

Pohled pacienta na komunikaci se zdravotnickými pracovníky

Magdaléna Grézlová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Magdaléna GRÉZLOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Pohled pacienta na komunikaci se zdravotnickými pracovníky**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:

Komunikace mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem, chybné kroky v komunikaci, edukace pacientů spojené s vyšetřením.

Zpracování praktické části:

Stanovení cílů a hypotéz, dotazníkové šetření, doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. Komunikace ve zdravotnické péči. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

KRISTOVÁ, J. Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.

LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. Základní otázky komunikace. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Gabriela Gajzlerová**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **18. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.5.2010

..... *gábor magdolna*

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem této bakalářské práce je proniknout do problematiky pobytu pacienta v nemocnici z hlediska komunikace se zdravotnickým personálem. Zaměření se týká i oblasti způsobů edukace využívaných na odděleních. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Po sběru a analýze dat je cílem zpětná informovanost jednotlivých oddělení o získaných výsledcích dotazníkového šetření. Smyslem je využití výsledků v praxi a to ve zlepšení kvality péče o pacienta.

Bakalářská práce se zpočátku zaměřuje na komunikaci a její význam, způsoby a kritéria, která vedou k jejímu správnému vedení, umění komunikace s pacienty se zvláštními potřebami, vysvětluje roli sestry a lékaře a jejich vzájemnou komunikaci s nemocným i ve zdravotnickém týmu navzájem. Druhou velkou oblastí, která je součástí práce je edukace, a to jak ve zdravotnických zařízeních, tak i jako součást prevence ve společnosti.

Klíčová slova: komunikace, pacient, sestra, lékař, edukace, tým, ošetrovatelská péče, vyšetření

ABSTRACT

Aim of this baccalaureate work is pierce into the problems stay inmate in hospital, in light of communication medical personnel. Sight apply to areas of waies of education exploited in the department too. Work is divided on theoretic and practical part. After collection and analysis informations is aim backward know - how single detachment about gained results questionnaire inquiry. Sense of inquiry is usage of results practically especially improvement qualities care of inmate.

Baccalaureate work initially survey on communication and her meaning, proceeding and criteria which are leading to correct lead, right communication with inmates with special needs, explains role sister and doctor and their mutual communication with ill in medical team together. Second big part which is work piece this work, is education, in medical facility, so as like as the part of prevention in company.

Keywords: communication, patient, nurse, doctor, education, team, healthy care, examination

Chtěla bych poděkovat Mgr. Gabriele Gajzlerové za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a trpělivost. Také chci vyjádřit poděkování vrchní sestře chirurgického oddělení za vstřícnost a ochotu při provádění dotazníkového šetření.

OBSAH

ÚVOD	9
1 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	10
1.1 KOMUNIKACE A JEJÍ VÝZNAM.....	10
1.2 SESTRA JAKO OSOBNOST A POVOLÁNÍ	13
1.2.1 Vztah mezi sestrou a nemocným.....	16
1.3 ROLE LÉKAŘE.....	17
1.3.1 Vztah mezi lékařem a nemocným	18
1.3.2 Pohled na komunikaci z hlediska transakční analýzy	19
1.3.3 Interpersonální vztahy sestra - lékař.....	20
1.4 SPOLUPRÁCE V TÝMU	21
1.5 KOMUNIKACE S PACIENTY SE ZVLÁŠTNÍMI POTŘEBAMI.....	21
2 EDUKACE JAKO PROCES	24
2.1 EDUKAČNÍ PROCES	25
2.2 DIDAKTICKÉ ZÁSADY EDUKACE.....	27
2.3 METODY EDUKACE.....	28
2.3.1 Rozhovor.....	28
2.3.2 Vysvětlování	32
2.3.3 Praktická cvičení	32
2.3.4 Diskuze	32
2.3.5 Konzultace	33
2.3.6 Brainstorming.....	33
2.3.7 Přednáška - prezentace.....	33
2.3.8 Informovaný souhlas	33
2.3.9 Plakáty	34
2.3.10 Internetové stránky	34
2.4 EDUKACE SPOJENÁ S VYŠETŘENÍM	34
2.5 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE.....	36
2.6 VÝZNAM EDUKACE V RÁMCI PREVENCE	37
2.6.1 Primární prevence.....	37
2.6.2 Sekundární prevence.....	38
2.6.3 Terciární prevence	38
I PRAKTICKÁ ČÁST	39
3 SHRnutí CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	40
4 METODIKA PRÁCE.....	42
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	44

6	DISKUZE	89
7	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	98
	SEZNAM TABULEK	99
	SEZNAM PŘÍLOH	101

ÚVOD

V názvu bakalářské práce jsou uvedena slova pacient a komunikace. Tyto dva termíny provázejí společně s dalším významným slovem lékař celou práci.

Komunikace a interakce se týká každého z nás a to ve všech oblastech života. Interakce neboli reagování lidí na sebe navzájem probíhá neustále, aniž si to uvědomujeme. Sestra stejně tak jako lékař si to uvědomovat musí. V této bakalářské práci se zabývám problematikou komunikace ve zdravotnických zařízeních se zaměřením na sestru a lékaře a jejich vliv na pacienta a péči.

I když se zdají být tato povolání ve svých činnostech odlišná, dohromady je slučuje hlavní cíl a tím je pacient. Dovednost komunikovat je jednou z důležitých a nenahraditelných vlastností pro pracovníky v pomáhajících profesích. Schopnosti komunikovat, zvládnout přístup k nemocnému na profesionální úrovni a přitom způsobem tak osobitým, individuálním si žádá velkou dávku empatie a vnitřní síly. Toto téma považuji za stále aktuální, o kterém by se mělo vědět a mluvit.

Spolupráce zdravotnického týmu, ve kterém mají sestra i lékař nezastupitelné místo, je nezbytným předpokladem dokonale odvedených činností v zájmu pacienta. Spolupráci, která by měla být jednou z dominant v týmu, bych přirovnala k dlouhému řetězci lidí, kteří si vzájemně podávají věci v řadě jeden po druhém. Ví, že společně to zvládnou za mnohem kratší dobu a s menší námahou. Pokud by ale jeden z nich vypadl, došlo by k přerušení řetězce a vznikla by komplikace. Pokud si ale jedinec uvědomí, že je součástí týmu, uvažuje, jak nejméně poškodit zatím dokonalou spolupráci, využije výhod a řekne náhradníkovi, aby ho na čas vystřídal.

Práce v týmu by podle mého názoru měla být založena na stejném principu. Jestliže se snažíme vzájemně spolupracovat, plánovat a realizovat činnosti se stejným cílem, předem stanovené priority se změny v dosažený výsledek. Pokud ovšem jeden článek řetězce přestane fungovat, dojde ke komplikaci, chybě, která se postupně projeví ve všech oblastech činností zdravotnického personálu na oddělení, jako je komunikace, edukace, projevovaný zájem a chování ZP k pacientovi, informovanost, empatický přístup apod.

1 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Komunikace a její význam

Komunikace má důležité místo ve všech oblastech života, je základem všeho dění. Vzájemná komunikace a interakce mezi zdravotnickým personálem a pacienty tvoří základní pilíř ošetrovatelství, bez kterého by proces realizace byl mnohem komplikovanější. Pokud bychom definovali slovo komunikace, jednoduchým označením by byla výměna informací pomocí různých prostředků. Zasloužila by si ovšem bohatší charakteristiku. V širším slova smyslu znamená na něčem se společně podílet, radit se, zúčastnit se. Její podstatou je předávání a přijímání zpráv, podnětů ze svého okolí, snaha něčeho dosáhnout. [17, 29] Sestra a klient spolu vstupují do interaktivního vztahu, na jehož začátku se neznají, ale respektují osobnost toho druhého. Tento vztah je tvořen čtyřmi fázemi:

- **Akce** – dochází k ní při střetnutí sestry a pacienta. Vše závisí na prvním dojmu, na prezentování obou účastníků. Sestra ze své vedoucí pozice by měla být tím, kdo povede vzájemnou akci s nemocným. Podle toho, jak se k sobě navzájem chovají, jak pacient přistoupí na změnu své role a jak dokáže sestra pomoci při zvládnutí prvních momentů nemocného ve zdravotnickém zařízení, dochází k vývoji dalších událostí.
- **Reakce** – je to způsob, kterým na sebe aktéři reagují v nově vzniklé situaci. Vznikla z akce a interakce, tedy zjednodušeně řečeno z prvního momentu setkání a ze vzájemné spolupráce. Reakce může přicházet z obou stran a záleží na mnoha faktorech, jako je prostředí, pohlaví a věk aktérů, zkušenosti, znalosti, přístup apod., jaký bude její charakter. Podle reakcí sestra a pacient poznávají, zda je vztah pro oba veden stejným směrem a zda se jeví jako efektivní.
- **Interakce** – je výsledkem sestry a pacienta, kteří mají zájem a snaží se dosáhnout společných cílů. Sestra se v této fázi např. zajímá, jaký postoj zaujímá pacient k problematice a navrhnutým postupům v léčebném režimu, jak se cítí, jaké jsou jeho myšlenky, pocity aj.
- **Transakce** – pokud ve fázi interakce dojde ke shodě postupů, cílů apod., nastává mezi sestrou a pacientem fáze transakce. Je znamením, že pacient a sestra mohou v interakci pokračovat. Předpokladem k dosažení cílů je vzájemná spolupráce a tolerance v nabízených možnostech pro nemocného, na kterých se sestra podílí. [20]

Komunikace je tvořena složkou verbální a neverbální. Má tedy mnoho podob, které můžeme využít a kombinovat pro dosažení výsledku. Díky ní dokážeme řešit problémy, zajišťuje udržování mezilidských vztahů, pomáhá dát najevo postoj, atd. I když to vypadá, že je pro každého z nás komunikace samozřejmostí, není lehké ji ovládat na takové úrovni, kterou je vhodné využívat ve zdravotnických zařízeních. V současné době došlo k novým změnám a problematika komunikace se začlenila do učebních osnov studia na středních zdravotnických školách a jako samostatný předmět komunikace se objevuje ve výuce na vyšších odborných a vysokých školách. [52]

V ošetrovatelské praxi se můžeme setkat s těmito typy komunikace:

- **Sociální komunikace** – jde o rozhovor pacienta, který může navázat s personálem během hospitalizace v nemocničním zařízení. Vyskytl se v novém prostředí, má omezenou možnost kontaktu s lidmi, s rodinou, proto by jednání mělo probíhat neformálně takovým způsobem, aby bylo dosaženo pozitivního ovlivnění nemocného především po psychické stránce.
- **Strukturovaná komunikace** – jedná se o specifický typ, např. při sdělování informací před vyšetřením, operací apod. V této oblasti jsou sdělována již určitá fakta. Komunikace by měla být vedena jasně a srozumitelně a klást důraz na vybraný způsob dle pacienta. Získané poznatky by měly být na závěr ověřeny dotazy pro kontrolu srozumitelnosti podané zprávy. Dokonalá informovanost má pozitivní vliv na další vývoj léčby.
- **Terapeutická (léčebná) komunikace** – součástí komunikace je empatický přístup a podpora nemocného v jeho situaci, snaha pomoci lépe snášet hospitalizaci, ovlivnit náhled na nemoc. Jedná se o komunikaci při běžném styku s pacientem většinou vedenou formou rozhovoru. Důležitou součástí je psychický komfort nemocného. [26, 29]

Kritéria pro úspěšné vedené verbální komunikace, které by měly být dodržovány v praxi, jsou:

- **Jednoduchost sdělení** - sdělení pacientovi by mělo být podáno takovou formou, aby došlo k pochopení obsahu, tedy stručné, jednoduché, zbavené odborné lékařské terminologie. I přesto si kladením otázek ověřujeme, zda nám nemocný porozuměl.

- **Stručnost** – neměla by být na úkor kvality informace. Jedná se o předání informací ve stručném znění s hlavními důležitými body. Její význam se odráží zejména v písemné formě.
- **Zřetelnost** – ve významu sdělit pacientovi a brát zřetel na to, co mu chceme říci. Jde o přesné vyjádření podstaty věci, aby měl nemocný dokonalý přehled a dozvěděl vše o problematice.
- **Vhodné načasování** – podle charakteru a závažnosti zprávy, stavu pacienta se volí vhodné načasování, odpovídající prostory se zajištěním soukromí a dostatečné časové rozmezí pro sdělení informací.
- **Přizpůsobivost pacientovi** – jakékoliv sdělení je individuální, zaměřeno přímo na jedince. Předávání zpráv se řídí podle potřeb a reakcí pacienta během rozhovoru na danou situaci. Podle nich je dále hovor přizpůsoben a rozvíjen. [29, 33]

Verbální komunikaci můžeme dále členit na:

- **Jednostrannou** – základní komunikace, může probíhat mezi dvěma lidmi, z nichž jeden vystupuje jako mluvčí a funkcí druhého je vnímat, poslouchat. V případě situace, kdy pacient získává informace čtením letáku, má později tendenci reagovat a o zjištěných informacích se zdravotnickým personálem komunikovat.
- **Oboustrannou** – komunikace většinou bývá vedena formou rozhovoru, oba aktéři se zapojují svými názory a připomínkami, nemocný reaguje na podněty, které při jednostranné komunikaci přijímal. [17, 29]

Komunikace není založena pouze na slovech. Můžeme ji ovlivnit také svým chováním, tím, jak se prezentujeme, tónem a intenzitou hlasu, doprovodnými gesty i tím, jak se oblékáme a vypadáme. Využití neverbální komunikace je proto velmi důležité a je nutné ji ovládat. Motivace pacienta je jedním z předpokladů úspěchu. Tvoří hnací sílu, je zdrojem efektivnější léčby a pozitivně působí na psychickou stránku pacienta. Během hospitalizace může dojít k překážkám, které komplikují průběh léčby. Nemocný má svůj životní styl a utříděny životní úkoly. Nyní ale je v situaci, kterou nezná a neumí si s ní poradit. Má omezené možnosti komunikace s rodinou, cítí se osamělý a bezmocný. Motivace by měla být součástí pacientovi léčby, společné komunikace. Je to jedna ze složek, která by neměla zůstat

opomíjena. Motivace jde ruku v ruce s podporou a empatickým nasloucháním od zdravotnického personálu. I když se to může zdát jako maličkost, pro pacienta to znamená hodně. [10]

Umění empatie a naslouchání je velice účinný prostředek. Pokud se zaměříme na sdělení pacienta, dáváme mu tím najevo náš zájem a postoj, že ho bereme vážně a chceme se obsahem a problematikou zabývat. Uměním vyslechnout pacienta můžeme ovlivnit rozhovor ve smyslu vzbuzením jeho zájmu. Pokud se dokážeme do nemocného vcítit, pochopíme i problém, se kterým se chce svěřit a probrat ho. Během úspěšného naslouchání je potom pacient připraven se otevřít a vyslechnout si i náš názor. [9, 29]

V komunikaci jako takové a zvláště ve zdravotnictví by měla být uplatněna etika dialogu, kdy dáváme druhému prostor a čas vyjádřit svůj názor, který si navzájem vyměňujeme a možnost otevřené komunikace. To, že je dán nemocnému prostor utřídit si myšlenky, zvyšuje efektivitu rozhovoru, edukace. Pokud pacient využije nabídnutý čas a prostor, dokáže si uvědomit nedostatky, které může doplnit podáním dotazů. Komunikace slouží k navázání a postupnému rozvíjení vztahu sestry či lékaře a pacienta. Problematice komunikace v pomáhajících profesích se v poslední době věnuje stále více pozornosti. Existují názory, že se jedná o schopnost, kterou jsou obdarováni pouze někteří z nás. Podle některých toto tvrzení není pravdivé. Komunikovat je schopnost, která se může rozvíjet u jakéhokoliv člověka. Pokud jedinec disponuje vůlí, může se zdokonalit ve všem. Osobně s tímto názorem souhlasím. Může se zdát, že ne každý má k tomu dispozice, ale postupným vzděláváním a učením můžeme dosáhnout kvalitní úrovně v komunikaci. [20, 35]

V komunikaci může dojít i k selháním, kdy chybné kroky mohou vést v nejhorších případech až ke smrti pacienta. Příčinou může být povrchní komunikace a malý zájem o něj i nedostatečná pozornost. Důraz by měl být kladen i na specifický přístup (zohlednění věku, zdravotního stavu, schopnosti porozumět informacím, jazyka a kultury aj.) Sdělené pokyny a informace sestrou i lékařem směrem k pacientovi musejí být stále ověřovány zpětnou vazbou a předávány takovou formou, aby jim pacient dostatečně porozuměl.

1.2 Sestra jako osobnost a povolání

Vliv na podobu dnešní role sester měl vznik zákona č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících

zákonů (vešel v platnost dne 1. 4. 2004, novelizace dne 1. 7. 2008). Dalším důležitým krokem pro roli sester v současnosti byly zákonem ustanovené kompetence, a to Vyhláškou 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. „ *Podle ní všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči.* “ [58]

Sestra ve své profesionální činnosti dříve ani v současnosti nezastávala jednu roli. Role se mění s ohledem na nové postupy a technologie, uznané kompetence, změny ve zdravotnictví, zdravotní stav obyvatelstva, apod. Práci sestry proto můžeme nejčastěji rozdělit do těchto rolí:

- **Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče** – vztah, který sestra naváže s pacientem, je hodnocen podle úrovně přístupu a kvality péče. Sestra je tím, kdo je s nemocným v nejužším kontaktu po celou dobu hospitalizace.
- **Sestra jako edukátorka nemocného a rodiny** – role sestry vede k upevnění zdraví, při kterém chce změnit vědomosti a dovednosti pacienta výběrem vhodné formy edukace. Součástí je plánování, realizace, evaluace- zhodnocení.
- **Sestra advokátka** – prezentuje se jako obhájkyň pacienta. Ten je ve zdravotnickém zařízení v omezeném spojení s rodinou, sestra je oproti tomu s ním v úzkém kontaktu. S ohledem na svůj zdravotní stav je většinou na sestře zcela závislý. Působí mimo jiné jako spojka s lékařem i s okolním světem, prezentuje názory nemocného, postoje, s lékařem projednává jeho obavy.
- **Sestra jako nositelka změn** – ve zdravotnictví více než v jiných povoláních dochází ke změnám, které je sestra povinna sledovat a naučit se užívat je v praxi.
- **Sestra mentorka** – jednou z funkcí sestry může být zodpovědnost za dohled nad studenty na praxi. Ve své roli vystupuje jako osobnost s profesionálním a pedagogickým přístupem.

- **Sestra manažerka** – v roli manažerky řídí a organizuje na různých pozicích ve vedení nemocnice. Ve většině případů jsou řešeny problémy z oblasti ošetrovatelství u jednotlivců, skupin a týmů. Pokud není vedení bráno s vážností a respektem, následkem může být neefektivní a nedostatečná ošetrovatelská činnost.
- **Sestra jako asistent** – podle kompetencí daných zákonem se sestra podílí na diagnosticko - terapeutické lékařské péči, zajišťuje a asistuje u vyšetření, při terapeutických činnostech ordinovaných lékařem. [4, 7]

Osvojení si role sestry tvoří osobnost sestry. „*Sociologie participuje role sestry na základní orientaci lékaře.*“ [1, str. 135] T. Parsons popsal základní znaky jak u role lékaře, tak sestry, které se ve své podstatě liší ve specifických činnostech. Znaky rolí pro chování sestry jsou shodné se znaky chování pro lékaře. Jsou popsány v kapitole Role lékaře a patří mezi ně: funkční specifita, emocionální neutralita, univerzalizmus a kolektivní orientace. [1,14]

Činnosti sestry mohou být rozděleny :

- **Základní ošetrovatelská péče** – individualizovaná péče, tedy zaměřená na jednotlivého pacienta s cílem identifikace a zajištění jeho základních potřeb.
- **Diagnosticko – terapeutická činnost** – obsahuje činnosti, které souvisí s přípravou a uskutečněním vyšetření, následně pozorováním pacienta. K terapeutické činnosti můžeme zařadit všechno, co souvisí s léčením a sledování změn stavu nemocného.
- **Psychosociální činnost** – v rámci dobrého vztahu s pacientem pro jeho komfort a psychickou pohodu. Svě uplatnění zde určitě najde komunikace, naslouchání, empatie, ale i odborná edukace pro zajištění dostatečné informovanosti pacienta i jeho rodiny.
- **Administrativní práce** – je samozřejmostí a důležitou součástí práce sestry. Neměla by ovšem odvádět od povinností péče o pacienta. Je důležité, aby sestra zhodnotila svůj časový plán a ustanovila priority zvláště v době, kdy stále více přibývá administrativních činností. [10, 18]

V rámci povolání sestry je krásné to, že se stále můžeme zdokonalovat, hledat a učit se nové věci, které pomohou zlepšovat kvalitu péče o nemocné. Vzdělávání sester je celoživotní záležitostí. Nezadržitelné pokroky ve zdravotnictví samy nutí, aby sestry dbaly na dokonalé a soustavné sebevzdělávání a přehlednost v trendech moderního ošetrovatelství.

Chování sester je následkem několika integrujících faktorů - její osobnosti, charakteru, přístupu k práci, lidem a k sobě samému, životních zkušeností, intelektu, temperamentu apod. Sestra musí umět nést zodpovědnost za ošetrovatelskou činnost, která souvisí s pacientem, pracovat samostatně a přitom umět spolupracovat s kolektivem, plánovat, řídit a organizovat. [17, 40]

Povolání sestry není jednoduchou záležitostí a její přijetí ve společnosti není často zcela doceněno. Sami pracovníci by se měli snažit své povolání více prezentovat v dobrém světle na veřejnosti, aby se jeho prospěšnost dostala více do povědomí lidí. Činnost v pomáhajících zařízeních se značně liší od ostatních povolání. Uprostřed zájmu stojí člověk – nemocný, jeho zdravotní stav, problémy, on jako osobnost. Všichni musí ke své práci přistupovat se značnou mírou zodpovědnosti vědomi si toho, jaký smysl nese toto povolání a proč ho vykonávají. Uvědomělý personál je základem pro úspěšné napomáhání nemocným v samotném ošetrovatelském procesu.

1.2.1 Vztah mezi sestrou a nemocným

Sestra zasahuje nejvíce do života nemocného během hospitalizace. Je s ním v nejtěsnějším kontaktu, snaží se plnit jeho potřeby, je tu pro něj kdykoliv potřebuje. Sestra dokáže naslouchat, být empatická, poradit ze svých zkušeností, stává se z ní nejbližší člověk pro pacienta. Je to povolání, ve kterém je kontakt a práce s lidmi na prvním místě. Každý pacient má svůj příběh, bolest. Sestra vnímá pacienta jako toho, kdo potřebuje její pomoc a to v jakékoliv míře bez ohledu na pohlaví, věk, národnost, dg, apod. Dokonale odvedená péče o něj je základem všeho společně s pečlivostí, láskou a ochotou. Sestra musí chtít. Vinou působení faktorů může docházet postupně ke změnám ve vztahu a komunikaci. Může dojít od nespokojenosti až ke konfliktům, čímž je narušena hlavně pacientova důvěra.

Efektivní komunikace je pro sestru jedním z nejdůležitějších faktorů. Žádná komunikace nebo vztah nemohou prospívat, pokud neobsahují základní pilíře, které udržují stabilitu. Udržování vztahu mezi sestrou a pacientem je založeno na faktorech, které by měly být ze

strany sestry respektovány a dodržovány. Mluvím o projevech empatie, individuálním, osobitým přístupem, o respektování práv nemocného, kdy každý má mimo jiné právo na informace [příloha P 3], úctě, podpoře a v neposlední řadě pozitivním vztahu k nemocnému i k práci. Schopnost pracovat v pomocných zařízeních není dána každému. Složky, které byly zmíněny pro dokonalou péči o pacienta musejí být využívány a prezentovány takovým způsobem, aby je pacient poznal, věděl o nich a cenil si jich. To, že se sestra dokáže vcítit do situace nemocného a zároveň mu i pomoci, je mnohdy velice těžké na psychiku a přitom jakoby automatické v této profesi. Do vztahu s nemocným dává sestra kus sebe sama, ale jak velký by měl být? Nesmí být moc velký, aby nedošlo k syndromu vyhoření, nesmí být zase moc malý, aby pacient měl šanci jej poznat a ocenit. [27, 35]

1.3 Role lékaře

„Obecně je činnost lékaře funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého života.“ [1, str. 107]

Povolání lékaře se odlišuje svojí podstatou od jiných profesí. Předmětem jeho zájmu je člověk. Již tento fakt staví toto povolání do jiného světla. Odstraňuje nemoci a léčí, musí rozhodovat o zdraví nemocného, i když si nikdy nemůže být stoprocentně jistý, v čem spočívá porucha jeho zdraví.

Činnost lékaře jako taková má tradici a sahá daleko do minulosti. Ovšem o roli lékaře, kterou známe ze současnosti, můžeme mluvit až od poslední třetiny 19. století. V tomto období se začínají utvářet nemocnice, kde i lékaři poprvé působí. O něco později se začíná vytvářet systém, na který jsme zvyklí v dnešní době. Především díky rozsáhlým nemocničním zařízením, do kterých docházeli pacienti, se lékaři stávají uznávanějšími a tím i jejich povolání nabývá na samostatnosti. [1]

Lékař vystupuje v několika rolích stejně jako sestra ve svém povolání. T. Parsons vyjádřil jejich základní znaky, mezi které spadá:

- **Funkční specifita** – ve své podstatě vyjadřuje nutnost kompetencí a specializací, bez kterých by nemohl vykonávat povolání. Kompetence jsou postupem specializací zužovány. Lékař již tedy nezaujímá funkci všeobecného vědění, ale více do hloubky se za-

bývá jen určitou oblastí z lékařských oborů. Kompetence lékaře jsou omezovány jak ze strany charakteru oddělení, tak struktury nemocnice a jeho postavením v jejím systému.

- **Emocionální neutralita** – tento požadavek není jen znakem role lékaře, ale měl by se vyskytovat i u ostatního personálu, který je v kontaktu s pacientem. Lékař přijímá emoce od pacienta, ale nedává je už najevo, cítí s ním, ale emočně je neutrální, stále si zachovává profesionalitu, nenechává se city ovlivnit. Je to obrana lékaře, aby mohl své povolání vykonávat. Nadměrné projevy emocionální neutrality by měl dokázat ovládnout i pacient.
- **Univerzalismus** – jako pacient může vystupovat každý člověk a to nezávisle na svém věku, pohlaví, národnosti, apod. Role lékaře se orientuje na každého nemocného. Univerzalismus vyjadřuje i oblast postižení nemocného, takže v tomto významu můžeme hovořit spíše o nemocniční zařízení. Zhoršený zdravotní stav nebo zranění se nemusí shodovat se specializací lékaře.
- **Kolektivní orientace** – u každého člena zdravotnického týmu by měly být zájmy pacienta postaveny nad jejich vlastní. Ne jinak je tomu i u neposledního znaku role lékaře. Jeho úkolem je zajistit u pacienta dostatečnou péči z hlediska diagnostiky, ošetřování i terapie a stejně tak i z pohledu emocionálního chápání zdravotního stavu člověka.

Všechny tyto uvedené znaky rolí lékaře se mohou slučovat a projevovat v různé míře. Dohromady utvářejí roli lékaře ve zdravotnictví. [1, 14]

1.3.1 Vztah mezi lékařem a nemocným

Musíme si uvědomit, že pouhé minimum nemocných se dostává do nemocnice k hospitalizaci např. po autonehodě, v bezvědomí. Naprostá většina ostatních nemocných je posílána svým ošetřujícím lékařem. Zatímco do ambulance přichází klient sám, dobrovolně, rozhodnutí k hospitalizaci nepřichází od něj. Ve chvíli, když nemocný vyhledá odbornou pomoc u svého ošetřujícího lékaře, specialisty, dochází k vytváření vztahu a to od prvního dojmu. Komunikace mezi lékařem a nemocným je odlišná na rozdíl od komunikace pacienta se sestrou. Je ovlivněna mnoha faktory, které mohou vztah v průběhu narušovat nebo naopak prohlubovat. Chci poukázat na to, že empatie není pouze doménou sester.

Pokud se lékař pokusí vcítit do pacienta, jeho pocitů, nové role, deprese, lítosti, životní změny, bude pro oba v následujících krocích snazší cesta k cíli, který si stanoví.

Na začátku při pozitivním prvním dojmu může pacient pocítit k lékaři důvěru, na které bude stavět a postupně si ji utvrzovat. Není tomu tak ale vždy. Lékař by si měl uvědomit svoji roli autority spjatou se zodpovědností informovanosti pacienta o jeho zdravotním stavu. Oba aktéři musí uvážit, jakou roli zaujímají a podle ní se chovat. Pacient se na lékaře obrací s prosbou o pomoc a s určitým očekáváním, že mu bude vyhověno. Je ten, který pomoc přijímá, je v očekávání. Ve vztahu by měl být ale rovnocenným partnerem lékaře. [14]

Problémy mohou nastat v komunikaci. Lékař by měl být schopen vysvětlit pacientovi danou problematiku srozumitelně tak, aby tomu rozuměl i pacient, který je laik. To znamená nepoužívat odbornou lékařskou terminologii a podat problém takovým způsobem, aby nemocný všemu dostatečně rozuměl.

Podívejme se na vztah ze dvou pohledů. Pohled ze strany pacienta - očekává od lékaře osobní zájem, pozitivní přístup a ochotu spolupracovat, má pocit, že mu lékař hned pomůže, že ho bude podporovat, může se na něj spolehnout. Pacient má již předem dané, naplánované nároky na lékaře, které očekává, že budou naplněny.

Lékař ze své pozice očekává také spolupráci, aktivní přístup, pravdivé sdělení všech důležitých informací. Věří, že nemocnému dokáže pomoci při vzájemné spolupráci. [14, 32]

1.3.2 Pohled na komunikaci z hlediska transakční analýzy

Pohled na vztah a komunikaci mezi pacientem a lékařem přináší také transakční analýza, která slouží pro poznání a pochopení chování jedince. Vznik teorie se odehrál v 60. letech dvacátého století a jeho průkopníky byli američtí psychologové Eric Berne a Thomas Harris.

Transakční analýza je postavena na modelu myšlenek a pocitů, které jsme schopni v sobě uchovávat a v určitých okamžicích je v mysli přehrát. Jak využít transakční analýzu v praxi? V podstatě nám radí, jakým způsobem předcházet konfliktům a zvládnout je vyřešit. Konflikt musíme brát jako součást života, který se nedá vymazat. Můžeme se ale pokusit ho ovlivnit a případně mu předejít. Pokud nemocnému něco sdělujeme, děje se to

za určitým cílem. Máme k tomu postoj, který dáváme najevo. Konfliktem by v tomto případě byla špatná interpretace ze strany pacienta, který by se mohl domnívat, že náš zájem o problematiku se odlišuje od jeho. Ve vztahu na sebe navzájem působíme. Pokud vedeme s druhým rozhovor, působíme na něj. On je příjemcem informací a také postojů, gest a mimiky, které na něj vysíláme. Stejně jako v komunikaci může dojít ke konfliktu, i zde může nastat obdobná situace. Záleží na způsobu předávání a přijímání zpráv, aby došlo ke shodě na obou stranách.

Transakční analýza představuje tři role, které mohou zaujímat jak lékař, tak pacient. Role otce (rodiče), dítěte (syna) a dospělého se mohou navzájem kombinovat a vytvářet kompatibilní dvojice. Může se ale i stát, že vzejde dvojice, kombinace, které vyvolávají konflikt. Role, která je akceptovatelná, vychází z lékaře jako otce a pacienta jako dítěte. Za nejvíce adekvátní je považována taková, ve které lékař i pacient jsou na stejné úrovni: dospělý – dospělý. Pomocí této teorie máme možnost podhalit podstatu sociální komunikace, pochopit změny chování a potřeby pacienta.

- **Dítě (ID)** v sobě obsahuje pocity, které jsou spojovány s dětským věkem, jako pocit závislosti, povinnosti, strachu, ale i pozitivně laděné, nadšené jako jsou radosti, spontánní jednání, dobrodružství apod.
- **Dospělí (EGO)** dokáže racionálně jednat, hodnotit, opírá se o rozum a přebírá odpovědnost za své činy. Je kritikem sobě i svému okolí podle převzatých norem.
- **Rodič (SUPEREGO)** v sobě nese zkušenosti, zvyky, které převzal od svých rodičů nebo autorit, uznává pravidla, zákazy, vystupuje jako mentor, který svým chováním dává najevo starostlivost, velice často dává rady, rozkazy. [14, 23]

1.3.3 Interpersonální vztahy sestry - lékař

Jejich role jsou nezaměnitelné ve své specifické činnosti. Sestra a lékař spolu tvoří část zdravotnického týmu. I když se jedná o jiná povolání ve vykonávaných činnostech a i přesto, že si jako lidé v týmu nemusí vyhovovat, musejí společně pracovat a vykonávat činnost, při níž je ve střetu zájmu stejný objekt – pacient. [27]

V současnosti má sestra nezastupitelné místo v týmu, snaží se o vybudování autonomního povolání, které bude oceněno a respektováno jak pacienty, členy týmu, tak i veřejností. Lékař i sestra mají vliv na zdraví nemocného ve zdravotnickém zařízení a tím na ně dopadá i odpovědnost. Tím, že lékař deleguje úkoly, na něj připadá zodpovědnost v oblasti zdraví z pohledu vybrané léčby, zákroků a postupů. Sestra, která delegované úkoly přijímá a plní, přijímá zodpovědnost za správný postup při ošetrovatelských činnostech. U obou povolání je nutností celoživotně se vzdělávat při narůstajících možnostech ve zdravotnictví. [1]

1.4 Spolupráce v týmu

Spolupráce v týmu je jednou z nejdůležitějších činností pro zefektivnění ošetrovatelské péče o pacienta ve zdravotnických zařízeních. Péče je zajištěna zdravotnickým týmem, který tvoří sestry, lékaři, fyzioterapeuti, zdravotničtí asistenti, nutriční terapeuti, ošetrovatelky a sanitárky. Z něho dále vychází tým ošetrovatelský. „*Je složen z větší části zdravotnického týmu a tvoří ho sestry různého stupně kvalifikace, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelky a sanitárky.*“ [10, str. 53]

Tým je definován jako skupina menšího počtu lidí, kteří se vzájemně doplňují znalostmi a dovednostmi a mají společný záměr a cíl. Týmová práce není založena jen na spolupráci, ale součástí dokonalého fungování by měla být i podpora, důvěra, schopnost naslouchat a empatický přístup, dosažení konsensu – hledání takového řešení, které bude vyhovovat všem členům, vyhledání vhodného řešení, flexibilita. Každý člen má svoji roli, kterou se podílí na péči o pacienta. [27]

1.5 Komunikace s pacienty se zvláštními potřebami

Lidé se zvláštními potřebami, jak již název vypovídá, vyžadují specifický přístup. Může se jednat o pacienty agresivní, s poruchou smyslů, zmatené nebo vystrašené, jiné kultury nebo jazyka, se všemi můžeme v praxi jednat a vést komunikaci. Tím, co je pro zdravotnický personál podstatné, je délka trvání komplikací a jejich rozsah.

Jinak bude rozhovor veden s handicapovaným člověkem od narození a s člověkem, který se s novou situací neztotožnil a nepřijal ji. Podle charakteru postižení je zvolen přístup k pacientovi a vedení komunikace. Jednání s lidmi s poruchou smyslů je o to složitější, že mají omezenější možnosti oproti agresivnímu nebo vystrašenému nemocnému. Tito lidé ztrácí kontakt se svým okolím, přičemž může dojít i k prohloubení psychického dyskomfortu (pocitům nespokojenosti, nepohody, emocionálního strádání).

Zjištění trvání a rozsah komplikací je hlavním úkolem sestry. Výběr vhodné metody navázání kontaktu s pacientem je další fází. Pokud se jedná o smyslové postižení nemocného **s poruchou sluchu nebo řeči**, nejužívanější metodou je psaná forma, např. psaní tužkou na blok, tabulku, komunikace psaním přes počítač apod. Samozřejmě se nabízí i metoda pomocí znakové řeči, ovšem tento způsob je velmi specifický a každý ze zdravotnického týmu ho nemůže ovládat. Při zhoršeném zdravotním stavu se domlouvají signály pro zrychlení komunikace a menší zatěžování pacienta. Existuje Desatero komunikace pro pacienty se sluchovým postižením [příloha č. 4]

V praxi se můžeme setkat i s pacientem se **zrakovým postižením**. Tento typ je nejzávažnějším ze všech smyslových postižení. Postižení se ve své podstatě významně liší v kontaktu s okolím, který je nejvíce omezen. Péče o pacienta není specificky zaměřena jen na komunikaci, ale i na zajištění bezbariérového prostředí s popisem věcí a jejich umístění. Vyžaduje velkou dávku trpělivosti projevovanou od sestry. Doprovod pacienta, zajištění potřeb v oblastech nesoběstačnosti je samozřejmou součástí péče. Proto i zde uvádím Desatero komunikace při doprovodu pacienta se zrakovým postižením [39, příloha č. 5].

Agresivní, zmatení pacienti patří do jiné skupiny, ale též vyžadují zvláštní přístup. Podle příznaků, které pacient prokazuje, musí být zvolen specifický přístup. **Agresivní člověk** se projevuje výbuchy hněvu, našťvaností, což může pramenit ze strachu ze smrti, vážností onemocnění nebo bezmocností. Pro sestru je jako první krok identifikace problému a tím důvodu chování. Přístup k nemocnému musí být veden velice opatrně, aby nedošlo k prohloubení hněvu a zvýšené reakce pacienta. Většinou je nutná další pomoc.

Zmatenost se většinou vyskytuje u starších pacientů. Na místě je vyloučení působení a možné vedlejší účinky léků, charakteru onemocnění apod. Příčina zmateného jednání může být jakákoliv, pacient může jednat stejně nebezpečně jako agresivní jedinec.

Neznámé prostředí, cizí lidé, obavy, nejistota, to vše může působit v nemocničním zařízení a pacient může být **vystrašený**. Nejúčinnější metodou je vyslechnutí a podpora. Je nutné nemocnému věnovat čas, klást otázky pro identifikaci problému a pokusit se najít společně s pacientem řešení. [13, 27]

2 EDUKACE JAKO PROCES

„Chceš – li účinně pomoci hladovému,

nedávej mu rybu, ale nauč ho ryby lovit.“ Eva R. Saxl [25, str. 108]

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ [8, str. 9]

Pokud bychom měli pátrat po pravém smyslu slova edukace, zjistíme, že podle lékařského slovníku je brán spíše jako výchova, vzdělávání. Vzdělávání je proces, u kterého jedinec získává nové dovednosti, zkušenosti, schopnosti, které může aplikovat v praxi. [50] V případě edukace se pacient může díky novým znalostem zapojit ve větší míře do ošetřovatelského procesu, přebírá jistou míru zodpovědnosti, je ovlivněn náhled na jeho zdravotní stav a díky novým informacím může se zdravotnickým personálem lépe spolupracovat. Edukace je stále důležitější součástí kvalifikované péče o pacienta, zaujímá přední místo v ošetřovatelském procesu a napomáhá k dosažení stanovených cílů. Je důležité, aby byla efektivní a splnila jasný a daný účel, tedy dokonalou informovanost klienta a jeho spolupráci v dalším léčebném režimu. [8, 47]

Nezastupitelnou roli v procesu hrají:

- **Edukační cíl** - je to změna, kterou předpokládáme u nemocného po edukaci jak v osobnosti, tak v jeho postoji, znalostech a chování. Je dobré si cíle před zahájením edukace naplánovat, aby bylo po skončení možné zjistit, s jakou úspěšností edukace proběhla.
- **Edukátor** - ten, který učí, snaží se vysvětlit, ukázat a předat informace, které bude pacient schopen použít v praxi.
- **Edukovaný** - příjemce zpráv, který je zpracovává a následně se je snaží využít a začlenit do svého stylu života.
- **Edukační prostředí** - místo, kde se edukace odehrává, které by mělo zajistit klid a soukromí pro daný účel, mělo by vyhovovat oběma stranám a být uzpůsobené jak počtu, tak potřebám osob.

- **Zvolená metoda edukace, použité materiály, pomůcky a způsob sdělení informací.** V neposlední řadě je to **čas, který si vyhradíme** pro jednotlivce nebo skupinu hned na začátku a podle fází rozplánujeme.

Dohromady to všechno jsou důležité aspekty edukačního procesu, bez nichž nemůžeme dosáhnout dobrého výsledku, který by byl uspokojivý pro všechny aktéry vystupující v edukačním procesu. [8]

2.1 Edukační proces

Edukace by měla být jednou z hlavních funkcí sestry. Stejně jako jiné činnosti i edukace podléhá znalostem a schopnostem ji vést. I když tato kompetence spadá do činností sestry, není dané, že každá má dovednost efektivně výuku pacienta zajistit. Pro zvládnutí role edukátorky sestra potřebuje:

- „ *Získat důvěru pacienta*
- *Vyhodnotit schopnost a připravenost pacienta*
- *Vyhodnotit bariéry, které vy mohly brzdit proces výuky*
- *Organizovat výuku tak, aby co nejvíce odpovídala potřebám pacienta*
- *Identifikovat a použít vhodné výukové metody a zdroje*
- *Přesvědčit se o tom, že pacient látku pochopil a je schopen v praxi realizovat potřebné instrukce “ [27, str. 376]*

Sestra s pacientem je v nejužším kontaktu a proto je právě ona tím, kdo plánuje a realizuje edukační proces. Jak jsem již zmínila, každá sestra v sobě neukrývá dovednost výuky pacienta, dovednost efektivně komunikovat s využitím dobře ovládané verbální i neverbální formy komunikace, které byly již zmíněny v kapitole Komunikace a její význam. Bariéry, které by mohly nějakým způsobem ovlivnit edukační proces, je nutné respektovat a sestavit podle nich plán. Za jednu z nich je považován věk pacienta. Zejména se jedná o problémovou skupinu dětí a seniorů pro zhoršené chápání sdělovaných informací. Zda je pacient mužského nebo ženského pohlaví činí jeho jiný náhled na nemoc, přístup řešit situaci a tím dokáže ovlivnit proces výuky. Jedním z nejdůležitějších faktorů je pacientova motivace. Pro každého je motivací něco jiného, např. když vidíme úspěšného člověka, pokud víme, že po dobrém výsledku bude následovat odměna nebo to může být i strach ze smrti. Každý z nás potřebuje mít v životě motivaci v jakékoliv podobě. Pokud tomu tak

není, nedokážeme změnit sebe, svoji situaci i pocity. Nemotivovaný pacient nepřijímá informace, nejeví zájem o změnu chování a náhledu na své zdraví. V neposlední řadě je to soběstačnost pacienta ve všech oblastech činností.

Pro pacienta není edukace povinností. Jestliže nemocný nevidí svoji nemoc a situaci, ve které se nachází jako komplikaci jeho zdravotního stavu, předávání informací by pro tento moment bylo téměř zbytečné. Jeho stanovisko musíme respektovat. Zvolit správný čas je proto důležitým krokem sestry. Ten nastane ve chvíli, kdy pacient zájem projeví a bude schopen výuky. [27]

Edukační proces musí být individuální, tedy zaměřen na jednotlivého pacienta. Řídí se podle fází, které na sebe jednotlivě navazují:

- **Fáze počáteční pedagogické diagnostiky** – součástí této fáze je shromažďování dat o pacientovi, zjištění úrovně vědomostí a schopnosti informace přijímat a chápat, utřídění si jeho potřeb v rámci edukace. Pro sběr dat se využívá metoda pozorování nebo rozhovor.
- **Fáze projektování** – v této fázi si již edukátor plánuje cíle edukace, volí metodu, pomůcky, obsahovou část, vyhrazuje čas a hledá způsob zhodnocení edukace.
- **Fáze realizace** – je fází již postupného sdělování informací, v níž by nemělo chybět motivování pacienta, na níž navazuje expozice, tedy předávání nových poznatků od edukátora společně s aktivitou projevenou od nemocného. Dalším krokem je fixace nově nabytých vědomostí a dovedností. Na fixaci by měla navazovat diagnostika, ve které se snažíme zjistit a ověřit si, jak edukant pochopil dané téma a jaký zájem o něj projevuje. Jako poslední krok je popisována aplikace, při které se snažíme, aby edukant dokázal nově získané dovednosti využít v praxi, pracovat s nimi a ovládat je.
- **Fáze upevnění a prohlubování učiva** – v neposlední řadě je jednou z nejdůležitějších fází, ve které je důraz kladen na procvičování a opakování, aby postupně docházelo k hluboké fixaci, tedy zapamatování nových informací. Je opakována podle potřeby pacienta. I když je to jedna z fází, která by neměla zůstat opomíjena, velice často se na ni zapomíná a je přeskakována na fázi evaluace, tedy zhodnocení.
- **Fáze zpětné vazby** – dochází ke zhodnocení edukace ze strany edukujícího i z pohledu edukanta. Jedná se o jednoznačný popis reakce či pochopení, který oba aktéři během edukace měli možnost pozorovat u toho druhého. Podle cílů, které byly na začátku stanoveny se zkoumá, k jakému výsledku se došlo a s jakou úspěšností. [8]

2.2 Didaktické zásady edukace

„Tyto zásady jsou obecné požadavky, které v souladu se základními zákonitostmi výuky a s výchovnými a vzdělávacími cíli určují její charakter.“ [12, str. 131] Didaktické zásady jsou pomocným činitelem v edukačním procesu, který pomáhá zkvalitnit a ovlivnit edukaci. Během procesu bychom se měli zaměřit na všechny zásady, přičemž by se měly shodovat s edukačním procesem. Mezi základní didaktické zásady patří:

- **Zásada názornosti** - podstatou je vhodně volit metody edukace, které by propojovali sluchové, vizuální i ostatní formy učení a zapamatování, např. prezentace, rozhovor, plakáty apod.
- **Zásada spojení teorie s praxí** - znalosti, které edukant získá, by měl být schopen využít v praxi. Podstatou je propojení teorie a praxe.
- **Zásada vědeckosti** - sdělování informací, které jsou v souladu s ověřenými a současnými poznatky z oblasti pedagogiky a zdravotnictví. Proto je důležité celoživotní vzdělávání edukanta. Jelikož se jedná o poznatky z odborné oblasti, obsah musí být edukujícímu přizpůsoben dle jeho schopností, aby porozuměl.
- **Zásada soustavnosti a přiměřenosti** - obsah sdělení by měl být logicky uspořádán a pro lepší pochopení edukovaného by měl postupovat od jednoduššího po složitější. Zvolená metoda, obsah a obtížnost by měla být zvolena podle schopností jedince.
- **Zásada aktuálnosti** - zjišťování aktuálních znalostí, vědomostí, edukačních potřeb jedince, doplnění a ovlivnění do takové míry, aby docházelo ke zlepšování jeho zdravotního stavu.
- **Zásada zpětné vazby** - během edukace se různými prostředky, např. kladením otázek zjišťuje, na jaké úrovni si pacient zapamatoval předané informace od edukátora, zda jim rozuměl, zapamatoval si je a zda by je dokázal uplatnit v praxi.
- **Zásada uvědomělosti a aktivity** - aktivita edukantů během edukačního procesu má vliv na lepší zapamatování a fixaci nových poznatků. Pokud se edukant nejví aktivně, je úkolem edukujícího ho různými způsoby motivovat v rámci jeho zdravotního stavu.
- **Zásada individuálního přístupu** - edukace by měla být zaměřena na individualitu jednotlivce. U edukanta musíme posoudit jeho zdravotní a psychický stav, individuální potřeby, vlastní zkušenosti, osobnost, sociální prostředí a kulturní odlišnosti.

- **Zásada trvalosti** - cílem je, aby edukant měl takové znalosti, které si pamatuje, ovládá a na kterých se může dále stavět.
- **Zásada kulturního kontextu** - respektování odlišností a zvláštností kultur, národností, pohlaví a sociálních vrstev. [12, 8]

2.3 Metody edukace

Edukační proces není záležitostí pouze pacienta, ale samozřejmě i rodinných příslušníků. Pracuje s modely, z nichž nejčastějším je empowerment, tedy v překladu proces, ve kterém pacient může vyjádřit své stanovisko, názor, získat větší kontrolu nad rozhodováním o sobě a svém zdravotním stavu, může být aktivní a tím více utvářet vztah se zdravotnickým personálem, tedy hrát aktivní roli v edukačním procesu. Taková podpora role je důležitá pro psychiku pacienta, kdy cítí se užitečný, má určitý přehled o situaci, na které se může i sám podílet a ke všemu se vyjadřovat vlastním názorem. Můžeme říct, že se stává rovnocenným partnerem v ošetrovatelském procesu. [45]

Podle výzkumu, který jsem provedla, jsou pacienti během hospitalizace edukováni především ústní formou ze strany sestry a lékaře, pomocí informovaného souhlasu a výjimečně prostřednictvím letáku. Jednotlivá oddělení využívají svůj stanovený systém, např. edukovat pacienty před vyšetřením navíc formou letáků, které sestry samy vyrobily. V nich se pacient v krátkých výstižných bodech dozví, co vše je nutné vědět a dodržet pro správný výsledek vyšetření. Aby byla edukace pro pacienta efektivní, sdělené informace by měly být z více než jednoho zdroje. Výuka by měla být kombinací metod pro dokonalejší zapamatování pacienta. V následujícím textu jsou způsoby, které by samostatně nebo v kombinacích měly tvořit edukační proces

Edukace může probíhat formou rozhovoru, přednášky - prezentace, vysvětlováním, demonstrací, diskuzí, konzultací apod. Pro zajištění komplexnosti a zvýšení kvality může být rozšířena o didaktické pomůcky, jako jsou video, plakáty, letáky, knihy, časopisy, kvalitní internetové stránky apod.

2.3.1 Rozhovor

Rozhovor je nejčastější formou edukace. Jedná se o záměrný a organizovaný akt, ve kterém můžeme určit role hovořícího a naslouchajícího. Jedná se o činnost, při které se snažíme něco sdělit jedinci (individualizovaná forma rozhovoru) nebo skupině (skupinová

forma rozhovoru). Podle J. Janouška je základem rozhovoru správná struktura, která je následující:

- **Záměr** – informace, které chceme prezentovat.
- **Smysl pro mluvčího** – musí rozumět a být informován o věcech, které předává, prezentuje.
- **Věcný obsah** – samotný obsah sdělených informací.
- **Smysl pro příjemce** – musí rozumět tomu, co se mu předává.
- **Efekt pro příjemce** – zhodnocení výsledku a významu pro jedince. [29, 35]

Podle charakteru sdělení a výběru metody ve zdravotnické praxi rozdělujeme rozhovory na:

- Terapeutický
- Informativní
- Edukační

Terapeutický rozhovor

Hlavní úlohu hrají pocity pacienta. Nasloucháme, co nemocného trápí, s čím se chce svěřit, součástí je snaha povzbudit nemocného, vyřešit jeho problémy, podpořit a uklidnit ho. Většinou se u nemocných setkáváme s pocity stesku, zklamání a beznaděje, ale i přesto, že většinou převládají emoce negativní, setkáme i s radostí, vstřícností a dobrou náladou. To všechno je důležité během rozhovoru s pacientem sdílet pomocí verbální i neverbální komunikace, dát mu najevo svoji účast. Nesnažme se hodnotit jeho chování a jednání, naopak ho akceptujeme v jakékoliv situaci. Je to náš postoj, kterým můžeme vyjádřit, že chápeme, co prožívá. Zdravotničtí pracovníci se během své praxe setkávají s různými skupinami pacientů. Je tedy proto nutné dokázat vést rozhovor s jakýmkoliv nemocným, znát pravidla komunikace i jejich specifika. [29, 52]

Informativní rozhovor

Jak již samotný název vypovídá, účelem je sdělování informací. Není jasně určeno, kdo komu bude informace předávat nebo komu jsou určeny. Uplatňuje se např. při dotazech kladených sestrou pacientovi na informace důležité pro anamnézu nebo naopak pokud sestra sděluje nemocnému, jaký režim musí dodržet před plánovaným vyšetřením. U tohoto typu rozhovoru se nejedná nikdy o monolog. Je nutné, aby oba aktéři, popřípadě skupina vyjádřili názor, myšlenku a pohovořili o tom. Pokud např. pacient podepíše informovaný souhlas, musí vědět, o co se jedná a proč to udělal. Informativní rozhovor je o předávání informací. V praxi při dotazování na informace, které již zasahují do intimnější zóny a jsou pro nemocného osobní je nutno dbát na výběr způsobu přístupu, dobře vybrané místo a správný čas. [29]

Edukativní rozhovor

Nedílnou součástí a cílem rozhovoru je spokojenost a pocit nemocného, že tento zákrok a vyšetření jsou pro něho tou nejlepší variantou a aby viděl v léčbě určitou cestu nebo způsob ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Pacient by nám měl věřit, že vše se děje v jeho zájmu. Před začátkem rozhovoru si určíme, za jakým cílem ho vedeme. Kladení otázek si můžeme rozvrhnout do počáteční i závěrečné fáze. Považuji za dobrý postup se hned na začátku pacienta zeptat, zda se již někdy setkal s tímto zákrokem nebo vyšetřením nebo o něm alespoň slyšel. Pro pacienta je to známka toho, že mě zajímá a mám zájem s ním vše probrat. Pokud sdělí, že ano, postupně budeme mít možnost navázat na jeho předchozí znalosti a zkušenosti, ať už se jedná o pozitivní nebo negativní. Tento typ edukace se nazývá **reedukační**. Informace, které mu budou předány musí chápat, porozumět jim a orientovat se v dané problematice. Může se jednat např. o charakteristiku onemocnění, vyšetření, průběh, dodržování léčebných režimů, dietních opatření atd. Aby bylo dosaženo efektivnějšího pochopení a dodržování všech důležitých bodů edukace, je dobrým řešením vysvětlit úskalí a komplikace spojená s daným tématem při nedodržení některého z režimů. Pacient, který se v jedné chvíli dozví např. o doporučení doživotního zákazu kouření cigaret při současné spotřebě 1 krabičky cigaret denně, požívání tučných jídel apod. by měl být obeznámen i s důvodem zákazu. Na konci rozhovoru je opět místo pro dotazy pacienta na personál, ale i opačně. Stejně tak, jako spolu ruku v ruce souvisí informace a vysvětlení, tak i empatie, podpora a motivace zde nachází své uplatnění. Pro zdravotnický personál

i pro nemocného z toho vyplývá pozitivní faktor – oba se budou cítit lépe, pokud si sestra uvědomí, že pacientovi nebyly předány jen informace, ale chápe i souvislosti v nemoci, léčbě i následném režimu. Nemocný si lépe zapamatuje doporučené rady, pokud zná jejich důsledky. Tato spolupráce poté vyústí v dokonalou edukaci.

Jako další možnost se nabízí **edukace základní** v případě, že jsou nemocnému předávány nové vědomosti např. o vzniklém onemocnění, přičemž současně je snaha jej motivovat ke spolupráci a poučit ho o případných změnách, které bude muset přijmout a dodržovat.

Za **komplexní edukaci** považujeme systematické a organizované předávání informací v několika fázích pro zajištění dostatečné informovanosti. Příkladem může být kurz pro diabetiky. [8, 54]

Edukaci vedeme v soukromí, na klidném místě bez přítomnosti jiných osob. Pokud tato možnost není, zajistíme alespoň částečné soukromí. Je dobré se předem s pacientem domluvit na době, která mu vyhovuje a vymezit si časový limit. Předem máme o klientovi zjištěna fakta z ošetrovatelské dokumentace, anamnézy nebo od rodiny, utříděny a rozplánovány informace, jakým způsobem a v jaké posloupnosti mu budou předány. Pokud budeme využívat pomůcky, je dobré si je zajistit předem a vyzkoušet manipulaci s nimi. Pokud v procesu chceme vystupovat s pacientem jako rovnocenní partneři, měli bychom na začátku zaujmout takovou pozici, abychom oba byli na stejné úrovni a v takové vzdálenosti, v níž budeme respektovat intimní zónu pacienta, do které nevstupujeme. V první fázi pacienta seznámíme s obsahem edukace, jakou formou bude probíhat a možnosti dotazů. Další část už patří samotnému sdělování informací. Pokud se edukace skládá z části teoretické i praktické, nejprve ukázkou předvede edukátor s komentářem a následně si ji několikrát vyzkouší edukovaný. V neposlední fázi následuje shrnutí nejdůležitějších bodů pro fixaci nových poznatků a prostor pro zodpovězení dotazů. Někdy nás nemusí pacient zastavit, když něčemu nerozumí. Sestra, lékař jsou v interakci s ním v dominantní pozici a často se stává, že pacient po vyslechnutí nových informací si ani ne polovinu zapamatuje do dalšího dne. Je proto nutné sběhem edukace pacienta aktivizovat, klást mu otázky, zapojit ho a tím pomoci prohloubení zapamatování nově získaných poznatků. Ve zhodnocení je dobré se zaměřit na obě strany - edukátora a edukanta a zjistit, v jaké míře byla edukace úspěšná. Klást otázky a postupně zapojovat nemocného do ošetrovatelského procesu, pozorování nebo rozhovor, to vše jsou formy zpětné vazby, kterou si ověřujeme, jakým

způsobem se pacient dokázal vypořádat s novými poznatky, zda je dokáže využít v praxi a kolik si z nich dokázal zapamatoval. Na základě toho se edukace ještě opakuje. [příloha P 6] Nemocný se dostává do nové role, není tedy snahou mu informace pouze předat, ale uvědomovat si po celou dobu, jak se nemocný cítí a přistupovat k němu s empatií a trpělivostí.

2.3.2 Vysvětlování

- u této metody edukace dochází k vysvětlování jedinci, který nemá předchozí zkušenosti s danou problematikou a tedy se nevyskytuje pevný základ, na který by se tak mohly postupně přidávat nové poznatky a vědomosti. Pro lepší představu a zapamatování je dobré přidat i názornou ukázkou. Obsah by měl být logicky uspořádán podle obtížnosti a zaměřen na konkrétního pacienta a jeho osobnost. [8]

2.3.3 Praktická cvičení

- cvičení nebo demonstrace bývají docela často formou edukace. Je to určitý pracovní postup, který nemocnému nejprve předvede edukátor sám. Cvičení může být součástí např. edukace aplikace inzulínu inzulínovým perem, výměny stomického sáčku apod. Edukátor mluví pomalu, jasně a výstižně a s každým dalším krokem se ujišťuje v podobě dotazů na pacienta, že může postoupit dál. Pacient by měl mít již základ o problematice v podobě teoretického sdělení v předchozí fázi edukačního procesu. Při zkoušení pacienta bedlivě edukátor sleduje jeho počínání a při nejasnostech nebo chybách ho opraví a znovu předvede správný postup. Tento proces se podle individuality pacienta opakuje. [8]

2.3.4 Diskuze

- další z typů edukace je ukázkou připravenosti a informovanosti přítomných. Díky této metodě si jedinci ukládají hlouběji své znalosti, mají možnost veřejně prezentovat své myšlenky, nápady, nesrovnalosti a nespokojenost, vlastně vše, co souvisí s nimi, režimem, onemocněním apod. Pro zachování kvality diskuze je dobré zvolení edukátora jako vedoucího členu korigujícího výměnu názorů. [8]

2.3.5 Konzultace

- častá forma edukace ve zdravotnictví, jejíž podstatou je přímý kontakt edukanta s edukátorem, tedy pacienta s odborníkem. Ke konzultaci dochází v případě, kdy pacient potřebuje poradit a vyhledá odbornou pomoc. Řeší své problémy a prodiskutovává nejpříjemnější možnosti, je aktivní a má dotazy. Jedná se např. o pacienty diabetiky při návštěvě u svého diabetologa, očního lékaře apod. [8]

2.3.6 Brainstorming

- neboli mozková bouře je metoda využívaná při skupinové edukaci. Jak již název vypovídá, jedná se o „bouři“ nápadů. Myšlenkou metody jsou nápady podle podnětů, které přichází od ostatních členů skupiny. Dohromady jich dokážeme vytvořit více než samostatný jedinec. Řeší se problém, který edukátor vybere. Lidé ve skupině se zaktivizují při časovém limitu, který je hned na začátku edukátorem vyhrazen. Kritizování řešení není podstatou této metody, ale nápady, které myšlenky vyprodukuje za určitou vymezenou dobu. To, že nás napadnou, je důkazem i našich vědomostí. [8]

2.3.7 Přednáška - prezentace

Edukace formou promítnutí prezentace se v jistých bodech rozchází od rozhovoru. „Výhodou přednášky je, že ucelené vědomosti můžeme předat velké skupině jedinců najednou. Mezi nevýhody přednášky patří malá aktivita edukantů, malá zpětná vazba mezi přednášejícím a posluchači.“ [8, str. 38] Proto je dobré během přednášky posluchačům pokládat otázky pro kontrolu zapamatování si informací a udržení pozornosti. Přednáška se většinou skládá ze tří základních částí – úvodu, vlastního výkladu a závěru. V této fázi by se měly shrnout nejdůležitější body a vymezit prostor na dotazy. V textu by se neměly objevovat odborné výrazy, klade se důraz na správnou velikost písma a barvu pozadí pro lepší orientaci, správný postoj přednášejícího, výběr vhodných verbálních a neverbálních projevů, měnící tón hlasu, přiměřenou gestikulaci a zručnost při praktických ukázkách. [8]

2.3.8 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas vznikl na podkladě Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001). Vždy musí být předán předem [příloha P 2]. V něm jsou pacientovi sdělovány informace o zákroku. Pacient je informován a má právo se sám rozhodnout. Podepsáním informovaného souhlasu dává pacient najevo souhlas s dodržováním

režimu ve zdravotnickém zařízení (nekouřit na oddělení) i k zákroku, který bez jeho souhlasu nemůže být proveden. Lékař pacienta seznámí s diagnózou, postupem při zákroku a režimem, který bude nutno dodržovat před i po vyšetření / operaci. Souhlas je poté uschován do ošetrovatelské dokumentace pacienta, kde je ponechán po dobu jeho hospitalizace. [21, 54]

2.3.9 Plakáty

Jako další možnost edukace uvádím plakáty. I když během čtení nepřichází pacient do interakce s edukujícím, má prostor si sám vyhledat, co je pro něj nové a důležité. S plakáty, letáky se primárně setkáváme ve sféře preventivní edukační činnosti v ambulancích, ordinacích, v lékárnách. Jak docílíme toho, že plakát splní svůj účel a lidé si ho přečtou? Svoji velikostí, názvem, barevným provedením a tématem, které je aktuální a zajímavé. Jsou tvořeny za účelem propagace a informovanosti veřejnosti.

2.3.10 Internetové stránky

Hledání informací na internetu již dnes není problém a ovládá ho téměř každý z nás. Podle Českého statistického úřadu za rok 2008 v České republice užívání internet 58 % mužů a 50 % žen. Podle výsledků výzkumu lidé ve věku 25 – 34 let užívají internet v 74 %, ve věku 35 – 44 let v 69 %, v rozmezí 45 – 54 let v 56 % , mezi lety 55 – 64 se hodnota již snižuje na 33 % a občané věku 65 a více užívají internet pouze ve 3 %. [50] Velice často se můžeme v praxi setkat s tím, že si pacienti vyhledávají odkazy s neověřenými informacemi, které jsou mnohdy zavádějící. Mají vliv na jejich psychiku, mohou zkreslit náhled na nemoc, vyšetření či jiný zákrok více, než si mnohdy uvědomují a pro zdravotnický personál je tedy těžší přesvědčit již jednou informovaného pacienta a případně ovlivnit jeho postoj. Pokud by pacient projevil zájem, měl by mu zdravotnický personál poskytnout odkazy, na kterých nalezne pouze ověřené informace.

2.4 Edukace spojená s vyšetřením

Jak je podrobněji popisováno v předchozích kapitolách, v prvních krocích mluví s pacientem lékař, který mu vše ohledně zákroku sdělí. Následně pacient podepíše informovaný souhlas s vyšetřením nebo jiným zákrokem. Podle průzkumu, který byl proveden, jsou pacienti v nemocnicích o zákrocích informováni především ústně od sestry, v menší míře ústně od lékaře, formou informovaného souhlasu a malá skupina navíc přečtením letáku.

Jako dobrý začátek považuji zahájit rozhovor s pacientem na téma, které je mu blízké, pokusit se ho naladit a přivést na jiné myšlenky. Poté by měla již následovat samotná edukace. Před zákrokem musí být nemocný dostatečně informován o všem alespoň jednou z metod, které již byly uvedeny. Edukace musí být individuální, stručná, jasná a zaměřená na daný zákrok. Záleží na ochotě pacienta spolupracovat a mnohdy i na trpělivosti, kterou zdravotnický personál do edukačního procesu vloží. Do procesu by měla být zapojena i rodina nemocného, která zastává funkci podpory při pobytu pacienta v nemocničním zařízení. Zdravotnický personál by měl nemocnému poskytnout dostatek času na přemýšlení i utřídění myšlenek. Tato část edukace bývá velice často v praxi opomíjena, kdy je tendence informace poskytnout a odejít. Potom může dojít k situaci, že pacient nemá prostor na dotazy, které ho napadnou až po časovém vymezení. Úspěchem je edukovat nemocného v takové míře, kdy rozumí problematice, chápe souvislosti s léčbou a dodržováním léčebného režimu a to vše za přítomnosti trpělivosti personálu, příjemného místa se zajištěním soukromí a vyhrazeným časem pro sdělení všech důležitých bodů edukace a dotazů pacienta i edukátora pro kontrolu, zda nemocný všemu porozuměl správně. [46, 59]

Před vyšetřením se pacient může zajímat a ptát na:

- Proč musím na tento výkon jít, co se tím zjistí?
- Jak bude zákrok probíhat?
- Kde a kdy bude výkon probíhat?
- Jak dlouho bude výkon trvat?
- Bude to bolestivé?
- Kdo všechno u výkonu bude?
- Budu muset něco dodržovat před zákrokem?
- Budu muset něco dodržovat po zákroku? [21]

Po vyšetření, zákroku je edukace stejně důležitá jako před ním. ZP musí počítat s případnými dotazy i v této fázi, na které by měl znát odpovědi a dokázat tak pacientovi sdělit vše, co ho zajímá.

Po vyšetření může mít pacient dotazy:

- Jak výkon dopadl?
- Kdy budu moci jíst, pít?
- Musím ležet v této poloze nebo ji mohu změnit?
- Co bude následovat dál?
- Kdy budu vědět výsledky?
- Budu muset jít na zákrok ještě jednou?
- Naučím se to ještě ve svém věku?
- Kdy a za kým budu chodit na kontroly?
- Jak často budu muset cvičit?
- Bude nutné opakovat hospitalizaci? [21]

2.5 Zdravotnická dokumentace

O tom, že jsme provedli u pacienta edukaci, svědčí zápis v Edukačním záznamu, který je součástí pacientova chorobopisu. [příloha P 1] Tento spis musí obsahovat celé jméno pacienta, číslo edukačního záznamu a zápis, kdo byl edukován, zda byly přítomny bariéry pro úspěšnou edukaci např. smyslové, komunikační a jiné, které by vyžadovaly specifický přístup k nemocnému, jaký způsob edukace byl vybrán, co bylo jejím tématem a s tím spojený slovní popis, na závěr zhodnocení a podpis edukovaného pacienta / rodiny. Dokument, který předkládá povinnost edukace pacienta ve zdravotnických zařízeních a který musím v této souvislosti zmínit je vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kromě povinnosti tuto činnost vykonávat slouží zápis do dokumentace a zhodnocení edukace jako ochrana zdravotnického personálu. Co je napsané, je potvrzené. V tomto případě to platí dvojnásobně a to např. pokud se pacient ozve, že mu žádné informace nebyly předány, v důsledku čehož nebyl zákrok proveden úspěšně a musí se opakovat. Edukační záznam slouží jako ochrana sestry. [21, 30]

Stejně jako je právními předpisy stanovena způsobilost nelékařských zdravotnických pracovníků v péči o pacienta, existují i právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci, a to základní právní předpis Zákon č. 20 / 1966 Sb. a Vyhláška č. 385 / 2006Sb. o zdravotnické dokumentaci. Tento zákon a vyhláška vymezují, jakou formou má být vedena

zdravotnická dokumentace, povinnost každého zdravotnického zařízení tuto dokumentaci vést a také dále stanovuje, co musí obsahovat.

Zdravotnická dokumentace musí být vedena pravdivě, čitelně a věcně, srozumitelně v listinné i elektronické podobě. Součástí dokumentace by neměly být vulgarismy, slangové výrazy, nesprávná terminologie a zkratky, popis v jiném jazyce a subjektivní pocity sestry. Naopak vždy musí obsahovat podpis o provedení výkonu zdravotnického pracovníka podle Zákona 96/2004 Sb. o způsobilosti nelékařských zdravotnických pracovníků. [31]

2.6 Význam edukace v rámci prevence

„Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince.“ [8, str. 11] Významně se odráží v primární, sekundární a terciární prevenci. Prioritním zaměřením edukace v rámci prevence je oslovení co největší části populace, vzbuzení zájmu, vysvětlení důležitosti preventivních opatření a seznámení s riziky při rozpoznávaných symptomech (zvýšený cholesterol, obezita, nedostatečný pohyb). Cílem je zvýšit zájem o preventivní prohlídky, vyšetření, využívat známé, ale vytvářet i nové prostředky a snažit se oslovit co největší část populace. Edukace je využitelná pro prevenci jakéhokoliv jedince ve sféře prevence primární, sekundární a terciární.

2.6.1 Primární prevence

Primární prevence je zaměřena na zdravé jedince s cílem zamezení vzniku nemoci, komplikace či jiného zdravotního problému. Zastoupeno je v této oblasti očkování, zdravotní výchova, média (televize, internet, rádio), která neustále informují o novinkách, dále letáky, časopisy, plakáty v ordinacích. Snaha zaujmout se děje konáním různých typů akcí, konferencích, jejichž cílem je seznámit jedince s problematikou, o kterou je důležité se zajímat a vědět o ní. Jako příklady jsem vybrala: Den proti rakovině (připadá na 12. 4.), Evropský den obezity (22. 5.), Světový den AIDS (1. 12.) nebo Týden štítné žlázy aj. jsou realizovány, aby se dostávaly do povědomí občanů, abychom byli seznámeni s příznaky a možných preventivních opatřeních, i když se nás problematika bytostně netýká. Pokud v ordinacích lékařů nedostane jedinec informace, měl by si je sám vyžádat. Jestliže se lidé o prevence nebudou zajímat sami, není jisté, že se jich dočkají. [8, 60]

2.6.2 Sekundární prevence

Edukace u sekundární prevence se týká pacientů, u nichž se nemoc již projevila. Jejím cílem je udržování vědomostí, dovedností, pozitivního postoje jedince a motivace. V rámci sekundární prevence je snaha zamezit zhoršování stavu, aby nedocházelo ke komplikacím, které by mohly vést ke zhoršení celkového stavu, udržet péči pacienta o sebe sama, nezávislost na okolí a zajistit v co největší možné míře stabilitu kvality jeho života. Proto je edukace zaměřena především na dodržování léčebného režimu a kontrolování znalostí pacienta, které využívá v činnostech souvisejících s léčbou a režimem. Edukátor by měl pacienta seznámit se všemi komplikacemi, které se mohou vyskytnout, pokud dojde k nedodržení režimu, např. zákazu alkoholu, kouření pro lepší náhled pacienta na situaci a lepší pochopení i zapamatování, což může dále ovlivnit recidivy onemocnění. [8]

2.6.3 Terciární prevence

Edukace je zaměřena na jedince s již trvalými změnami zdravotního stavu. Tyto změny jsou nevratné, zdraví jedince již nemůžeme vrátit, ale v podobě podpory a motivace se snažíme ovlivnit a případně zlepšit kvalitu úrovně života. Snažíme se zabránit zhoršování zdravotního stavu, předcházet vzniku rizikových situací a následných komplikací u již vzniklého onemocnění, o stabilizaci zdravotního stavu nemocného. [8]

I. PRAKTICKÁ ČÁST

3 SHRNU TÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

1. **Cíl:** Zjistit, na jaké úrovni jsou pacienti edukováni ZP před a po plánovaných vyšetřeních.

Hypotéza: 1.1 Předpokládám, že pacienti mají dostatečné informace o plánovaných vyšetřeních - **byla potvrzena**. Podle výsledků výzkumu dostávají pacienti dostatek informací formou ústní i písemnou.

1.2 Předpokládám, že pacienti dostali od ZP leták, kde měli možnost si o vyšetření přečíst veškeré informace - **byla potvrzena**, ovšem nižším počtem odpovědí, než jsem před výzkumem předpokládala. Mohu se pouze domnívat, že respondenti nerozlišovali mezi možnostmi leták a informovaný souhlas.

1.3 Předpokládám, že pacienti jsou dostatečně a srozumitelně edukováni v době před i po vyšetřeních o léčebném režimu automaticky od zdravotnického personálu - **byla potvrzena**. Pacienti dostávali informace automaticky od sestry a lékaře, mnohem méně početná skupina respondentů si informace musela vyžádat nebo je vůbec nedostala.

2. **Cíl:** Zjistit, za jakých podmínek jsou pacienti edukováni o plánovaných vyšetřeních.

Hypotéza: 2.1 Předpokládám, že pacienti jsou edukováni na svých pokojích - **byla potvrzena**. V nadpoloviční většině dostávají pacienti informace na svých pokojích, což zcela neodpovídá místu, které by si sami zvolili.

2.2 Předpokládám, že zdravotnický personál zajistí dostatečný čas, místo i klid pro sdělení informací - **byla potvrzena**. Početná skupina pacientů měla při sdělování informací zajištěn klid a soukromí, u většiny došlo k opakovanému sdělení informací. Vymezený čas pro sdělení informací však byl podle výzkumu uveden v mnohem kratších intervalech, než jsem očekávala. I přesto byli pacienti dle získaných dat informováni dostatečně.

2.3 Předpokládám, že pacienti nejsou rušeni mobilním telefonem zdravotnických pracovníků - **byla potvrzena**. Většina respondentů uvedla, že během komunikace se sestrou i lékařem nedošlo k vyrušení z důvodu zazvonění mobilního telefonu ZP.

2.4 Předpokládám, že pacienty během edukace neovlivňují jiné rušivé vlivy, např. nadměrný hluk, hlasité bavení - **byla potvrzena**. Občas jsou pacienti rušeni chová-

ním ostatních pacientů na pokoji, největší počet odpovědí ale spadal do možnosti, že si nemohou stěžovat a nic je neruší. Během edukace měli zajištěný klid a soukromí.

3. Cíl: Zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s komunikací ZP.

Hypotéza: 3.1 Předpokládám, že pacienti jsou spokojeni s komunikací ZP - **byla potvrzena**. ZP s pacienty komunikuje jasně a zřetelně, pro většinu pacientů je úroveň komunikace na výborné úrovni jak u sestry, tak lékaře.

3.2 Předpokládám, že ZP projevuje zájem o pacienta - **byla potvrzena**.

Dotázaní respondenti jsou velice spokojeni se zájmem projeveným od sestry i lékaře.

4 METODIKA PRÁCE

Jako název bakalářské práce jsem zvolila Pohled pacienta na komunikaci se zdravotnickými pracovníky. Po zkontaktování vedoucí práce jsem začala hledat vhodnou literaturu, materiály a shromažďovat informace o daném tématu. Od září 2009 již začala příprava na bakalářské práci s pomocí pravidelných konzultací. Z počátku byly stanoveny cíle a hypotézy, obsah teoretické části a směr, kterým bude práce vedena a zpracován soupis prozatím dostupné literatury, který byl postupně doplňován. Pro zpracování dat byla použita kvantitativní metoda. Je založena na stručnosti a využívána pro velké množství respondentů. Pro sběr dat je realizována formou dotazníku, rozhovoru, analýzy aj. Forma tohoto typu výzkumu pracuje s proměnnými jednotkami, které třídí.

Hlavními cíli mé bakalářské práce bylo zjistit spokojenost pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem, jaké způsoby vedení komunikace a předávání informací jsou nejběžněji využívány, na jaké úrovni jsou podle pacientů informace od zdravotnického personálu a jak pacienti vnímají chování ke své osobě.

Pro zpracování a analýzu dat praktické části bakalářské práce byla zvolena metoda dotazníkového šetření. [příloha P VII] Na jeho počátku byly stanoveny tři cíle, z nichž každý je podtržen dvěma a více hypotézami. Ke každé z nich se vztahují otázky z dotazníku pro jejich ověření. Před zahájením bylo zajištěno povolení o dotazníkovém šetření podepsané náměstkyní pro ošetrovatelskou péči příslušných nemocnic. Dotazník byl rozdán v únoru 2010 po pilotní studii, kterou absolvovalo 10 respondentů. Pro výzkum byla vybrána dvě chirurgická oddělení a to ve Středomoravská nemocniční a.s. - odštěpný závod Nemocnice Prostějov a v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně. Ani v jedné z nemocnic se nevyskytl problém s povolením výzkumu. K mému překvapení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici v Prostějově si vyžádala shlédnout dotazník i výsledky šetření.

Na jednotlivých odděleních bylo rozdáno 40 dotazníků, dohromady se výzkumného šetření zúčastnilo 80 anonymních respondentů (100%). Návratnost dotazníku byla 100%. Pokud se jednalo o pacienta, který projevil zájem o spolupráci, ale kvůli zdravotním potížím nebo vyššímu věku nemohl dotazník sám vyplnit, nabídla jsem pomoc a s pacientem vše vyplnila. Díky tomu jsem měla možnost vyslechnout reakce na dotazované okruhy otázek nebo v případě nepochopení, nesrovnalostí vysvětlit, jakým způsobem je daná otázka míněna. Tato spolupráce byla využívána na obou odděleních ve větší míře z důvodu vyššího věku

respondentů. V úvodu dotazníku jsou uvedeny zjišťovací dotazy týkající se pohlaví a věku respondentů. Dotazník obsahoval 27 otázek typu otevřené s volnou možností doplnění vlastních názorů, myšlenek, polouzavřené s možností zaznamenat i jinou odpověď, která nebyla nabídnuta a uzavřené s možností zakroužkování i více odpovědí. [14]

Vyhodnocení dotazníků

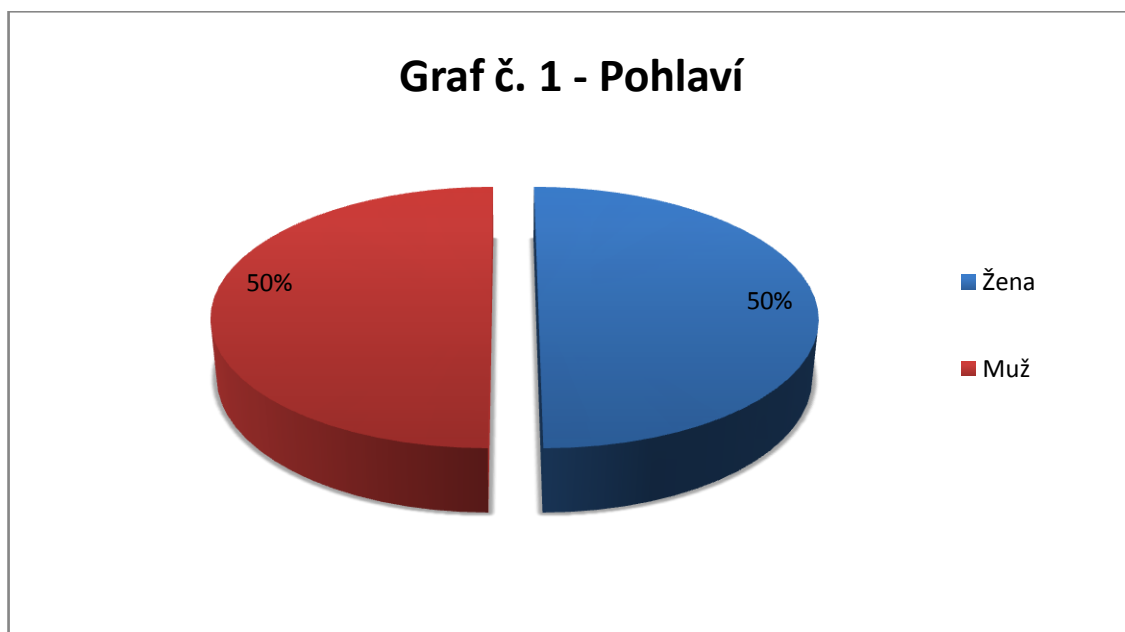
K analýze dat z dotazníkového šetření byl použit systém Microsoft office word 2007 a Microsoft office excel 2007. Získaná data byla interpretována v tabulkách a s nimi souvisejících grafech. Každý z grafů je sestaven z hodnot absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí na jednotlivé možnosti u otázky, relativní četnost oproti tomu jejich procentuální vyjádření. U obou četností je zaznamenán i souhrnný počet.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví ?

Tabulka č. 1 – Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	40	50 %
Muž	40	50 %
Celkem	80	100 %



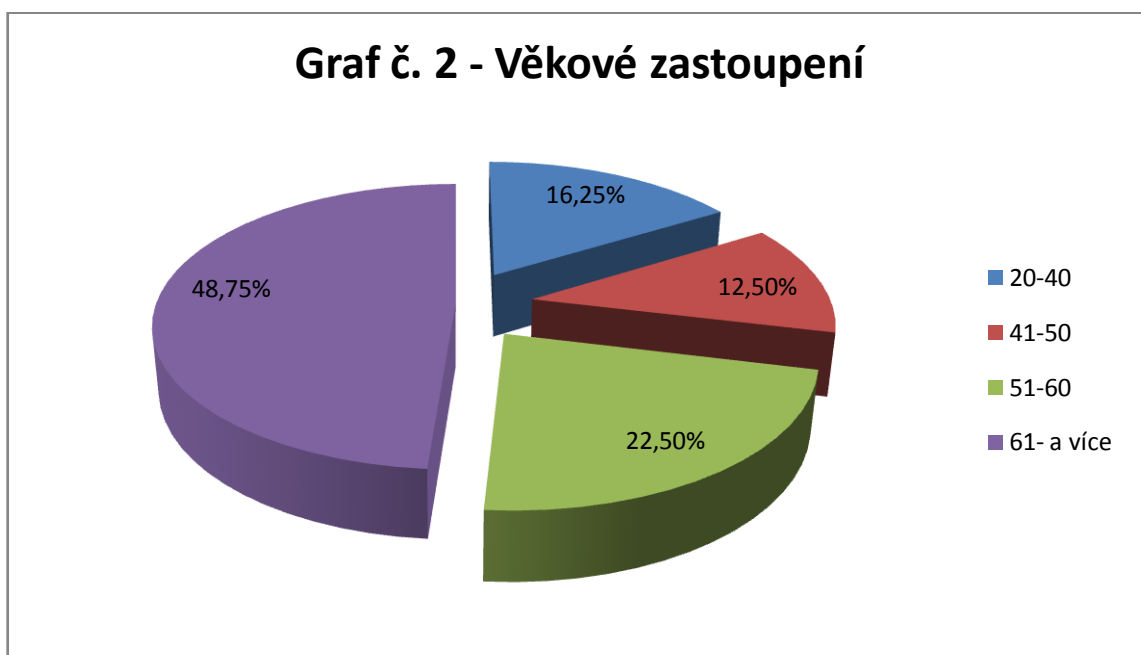
Graf č. 1 ve svém znázornění vyjadřuje zastoupení mužů a žen v dotazníkovém šetření. Ve výzkumu vystupovalo 40 mužů (50%) a 40 žen (50%).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let ?

Tabulka č. 2 - Věkové zastoupení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 - 40	13	16,25 %
41 - 50	10	12,50 %
51 - 60	18	22,50 %
61 - a více	39	48,75 %
Celkem	80	100 %

Graf č. 2 - Věkové zastoupení

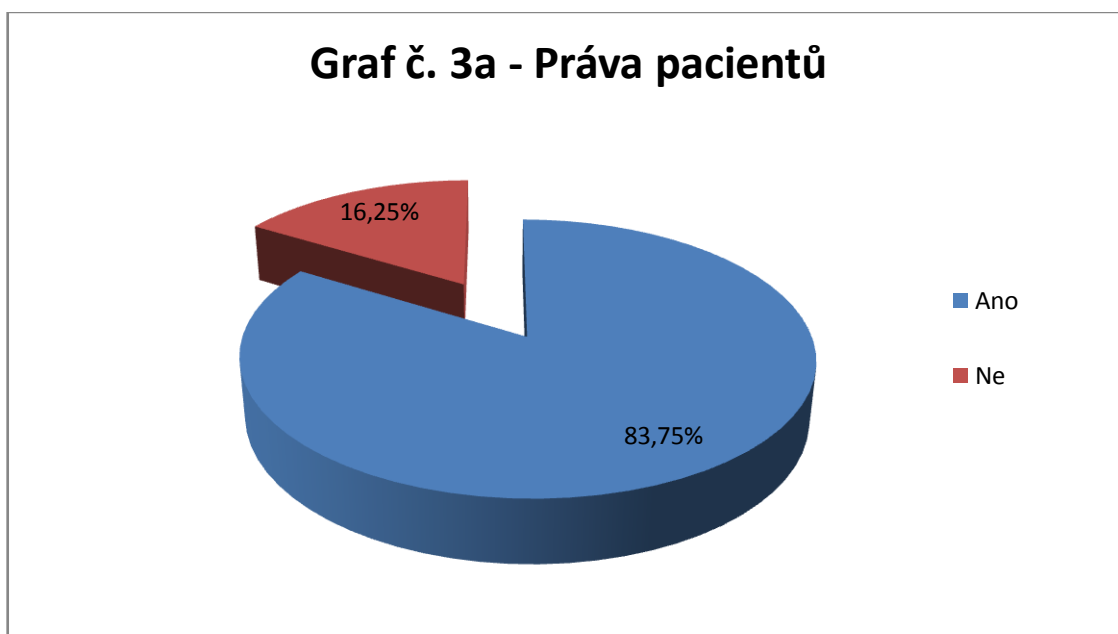


Na grafu vidíme vyjádření věkového zastoupení respondentů v dotazníkovém šetření. Největší počet dotázaných spadal do skupiny 61 let – a více, který byl zastoupen 39 respondenty (48,75 %). Druhá nejvíce zastoupená skupina byla s věkovým rozmezím 51 – 60 let s počtem 18 dotázaných respondentů (22,50 %). Ve věku 20 – 40 let na dotazník odpovídalo 13 pacientů (16,25 %) a respondentů ve věkovém rozmezí 41 – 50 let se výzkumu zúčastnilo 10 (12,50 %).

Otázka č. 3a – Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?

Tabulka č. 3a – Práva pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	67	83,75 %
Ne	13	16,25 %
Celkem	80	100 %

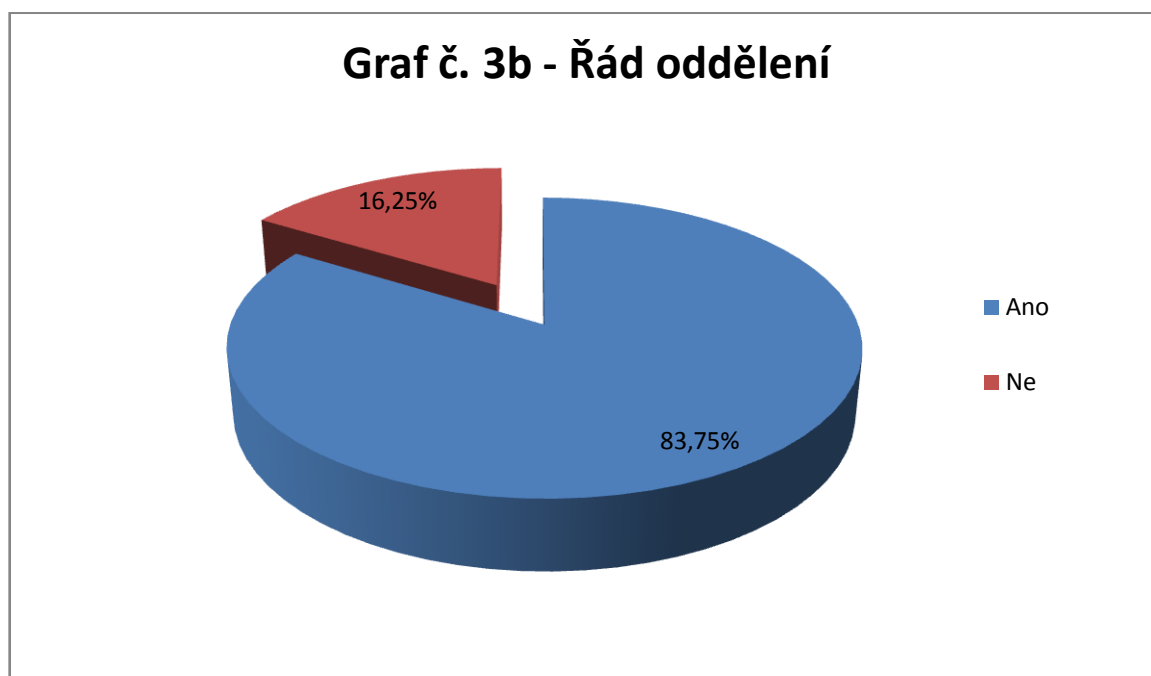


Graf č. 3a vyjadřuje, v jaké míře byli pacienti seznámeni s právy pacientů. Skupina 67 respondentů na otázku odpověděla ano, seznámen/a (83,75%), 13 respondentů označilo odpověď ne, seznámen/a jsem nebyl/a (16,25%).

Otázka č. 3b – Byl/a jste seznámen/a s řádem oddělení?

Tabulka č. 3b – Řád oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	67	83,75 %
Ne	13	16,25 %
Celkem	80	100 %

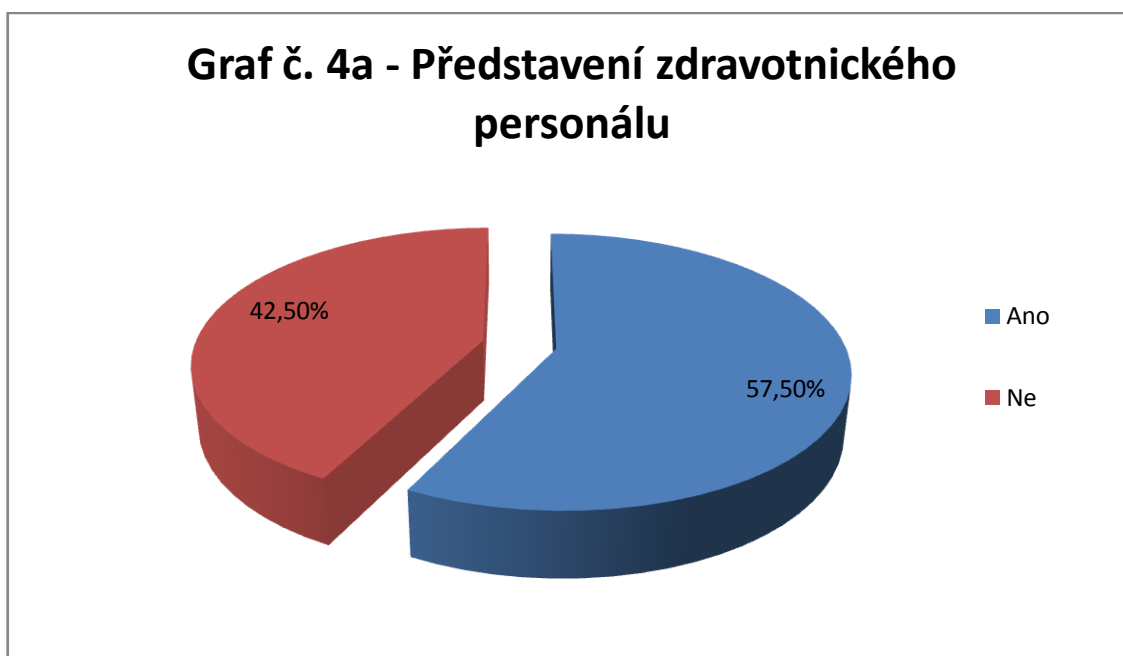


S řádem oddělení bylo z celkového počtu 80 respondentů seznámeno 67 (83,75%), 13 pacientů uvedlo odpověď ne, že k seznámení s řádem oddělení nedošlo (16,25 %).

Otázka č. 4a – Byla Vám po přijetí představena sestra?

Tabulka č. 4a - Představení zdravotnického personálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	57,5 %
Ne	34	42,5 %
Celkem	80	100 %

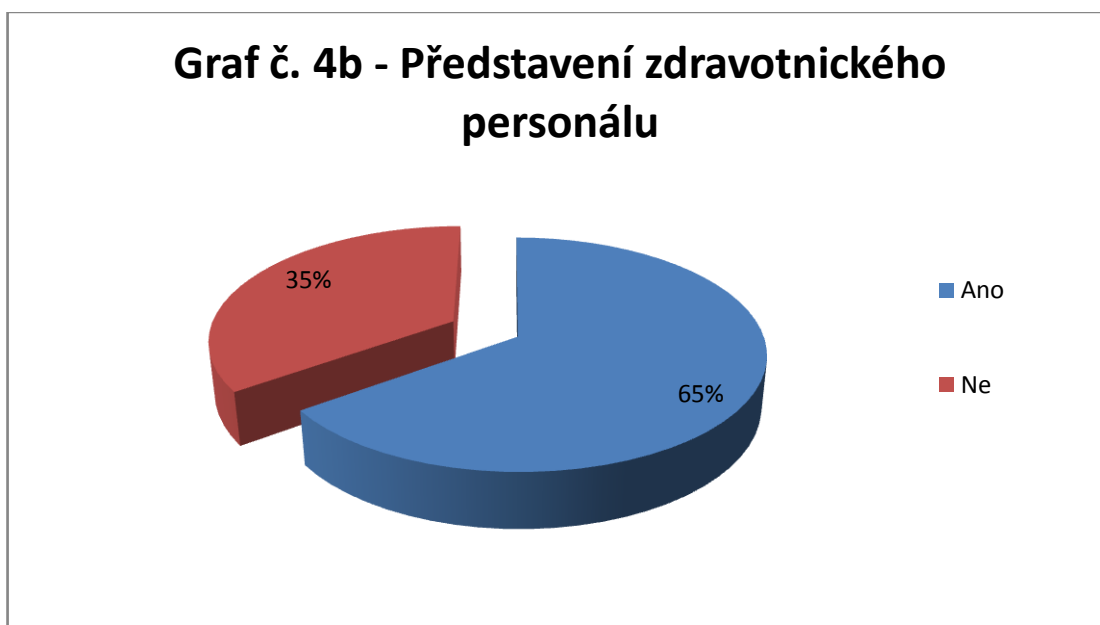


Tento graf vyjadřuje, zda byla pacientům představena sestra. V nadpoloviční většině, tedy v 57,50 % odpovědělo 46 dotázaných pacientů na otázku ano, byla. Jako další možnost ne, nebyla představena, označila velká skupina 34 respondentů (42,5 %).

Otázka č. 4b – Byl Vám po přijetí představen lékař?

Tabulka č. 4b - Představení zdravotnického personálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	65 %
Ne	28	35 %
Celkem	80	100 %

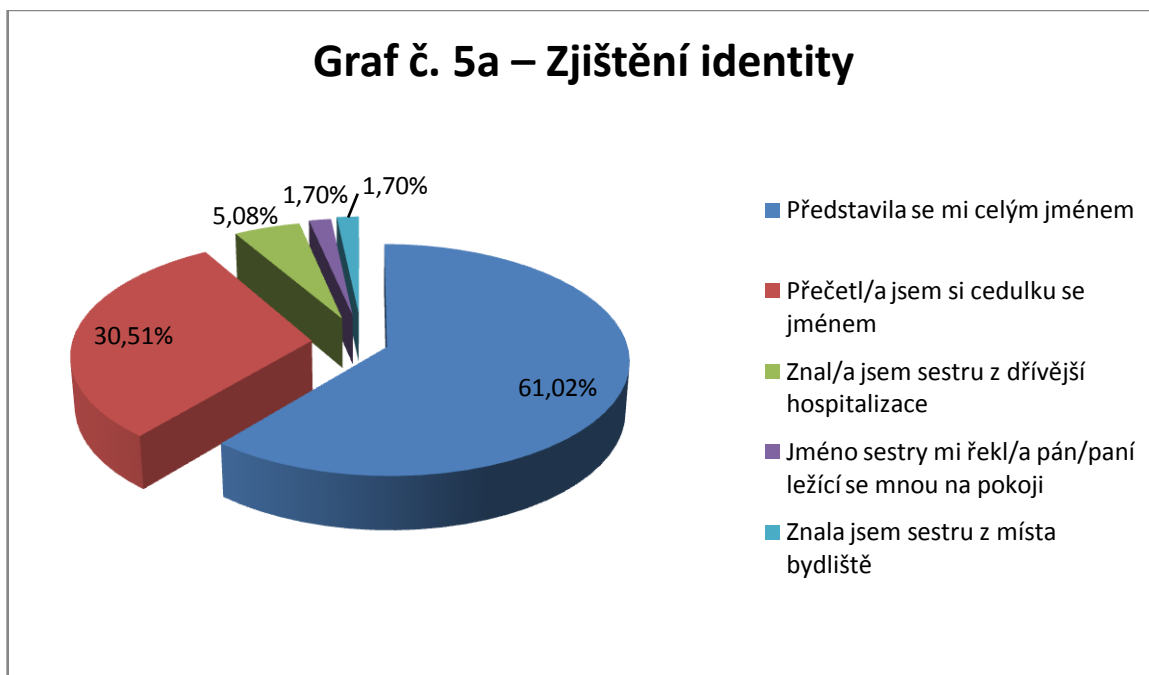


Otázka vyznačená na grafu se týká stejně jako otázka předchozí představení personálu pacientům, ovšem nyní z pozice lékaře. Odpověď ano zaznačilo 52 respondentů (65 %). Odpověď ne, nebyl představen byla vybrána 28 dotázanými pacienty (35 %). Po srovnání je patrné, že pacientům se lékař představuje ve více případech než sestra. Počet respondentů, kteří jméno neznají, se tedy oproti předchozímu grafu snížil.

Otázka č. 5a – Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jak Vám byla představena sestra?

Tabulka č. 5a – Zjištění identity

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Představila se mi celým jménem	36	61,02 %
Přečetl/a jsem si cedulku se jménem	18	30,51 %
Znal/a jsem sestru z dřívější hospitalizace	3	5,08 %
Jméno sestry mi řekl/a pán/paní ležící se mnou na pokoji	1	1,70 %
Znala jsem sestru z místa bydliště	1	1,70 %
Celkem	59	100 %



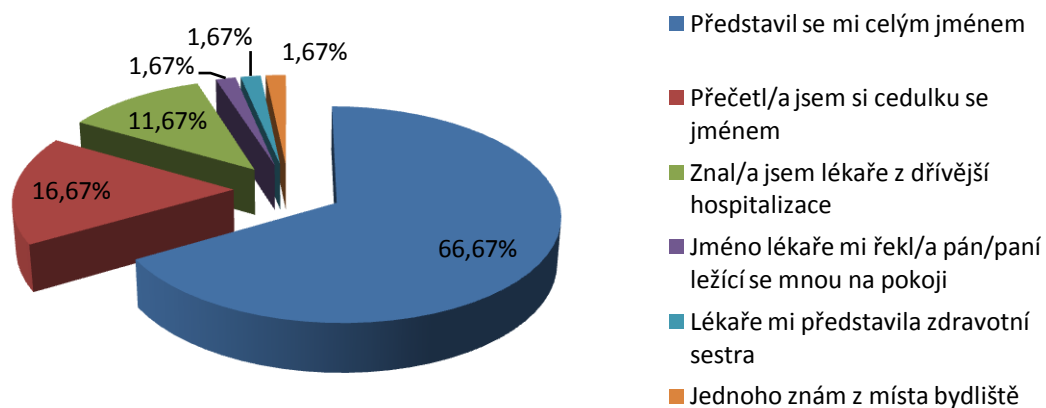
Graf č. 5a zobrazuje, jakým způsobem zjistili pacienti jméno sestry. Z 59 zaznamenaných odpovědí se sestra představila celým jménem u 36 z nich (61,02%), 18 označení měla možnost přečtení jména na cedulce (30,51%), 1 odpověď byla zaznamenána u - jméno sestry řekl pacient na pokoji (1,70%) a stejně tak 1 odpověď, že znal sestru z místa bydliště (1,70%). U této otázky bylo využito zakroužkování více možných odpovědí.

Otázka č. 5b - Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jak Vám byl představen lékař?

Tabulka č. 5b – Zjištění identity

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Představil se mi celým jménem	40	66,667 %
Přečetl/a jsem si cedulku se jménem	10	16,667 %
Znal/a jsem lékaře z dřívější hospitalizace	7	11,667 %
Jméno lékaře mi řekl/a pán/paní ležící se mnou na pokoji	1	1,667 %
Lékaře mi představila zdravotní sestra	1	1,667 %
Jednoho znám z místa bydliště	1	1,667 %
Celkem	60	100 %

Graf č. 5b - Zjištění identity

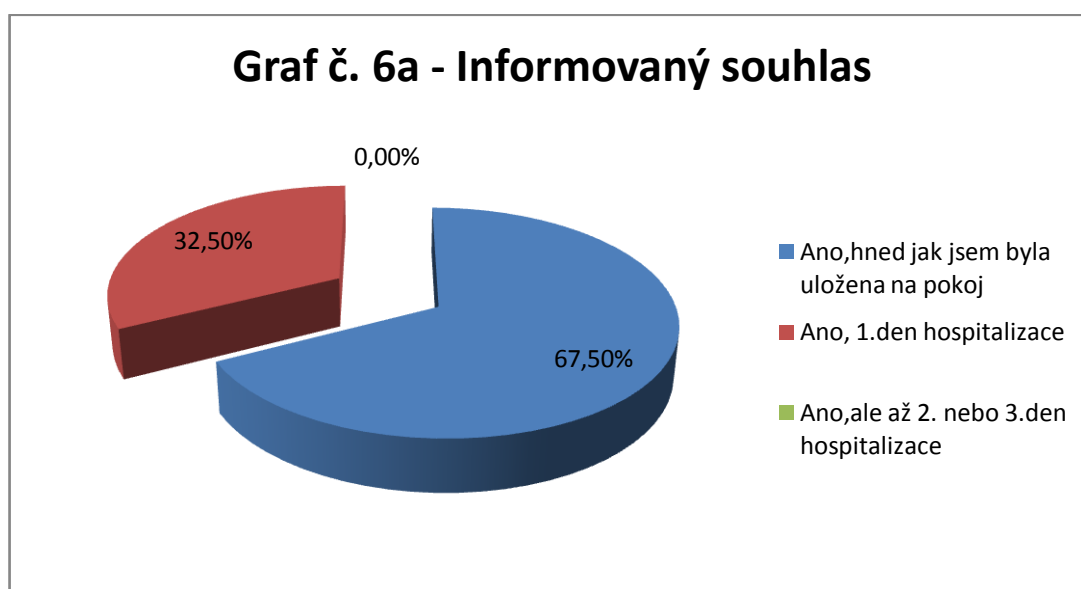


Graf č. 5b vyjadřuje, jakým způsobem zjistili pacienti jméno lékaře. Z množství 60 odpovědí se lékař představil celým jménem u 40 z nich (66,667 %), 10 označení měla možnost - přečetl/a jsem si cedulku se jménem (16,667%), 7 dotázaných pacientů znalo lékaře již z předchozí hospitalizace. Zbylé možnosti byly 1 označeny. Pacienti zaznamenávali i více odpovědí.

Otázka č. 6a - Byl Vám předán informovaný souhlas s hospitalizací?

Tabulka č. 6a – Informovaný souhlas

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, hned, jak jsem byl/a uložen/a na pokoj	54	67,5 %
Ano, 1. den hospitalizace	26	32,5 %
Ano, ale až 2. nebo 3. den hospitalizace	0	0,0 %
Celkem	80	100 %

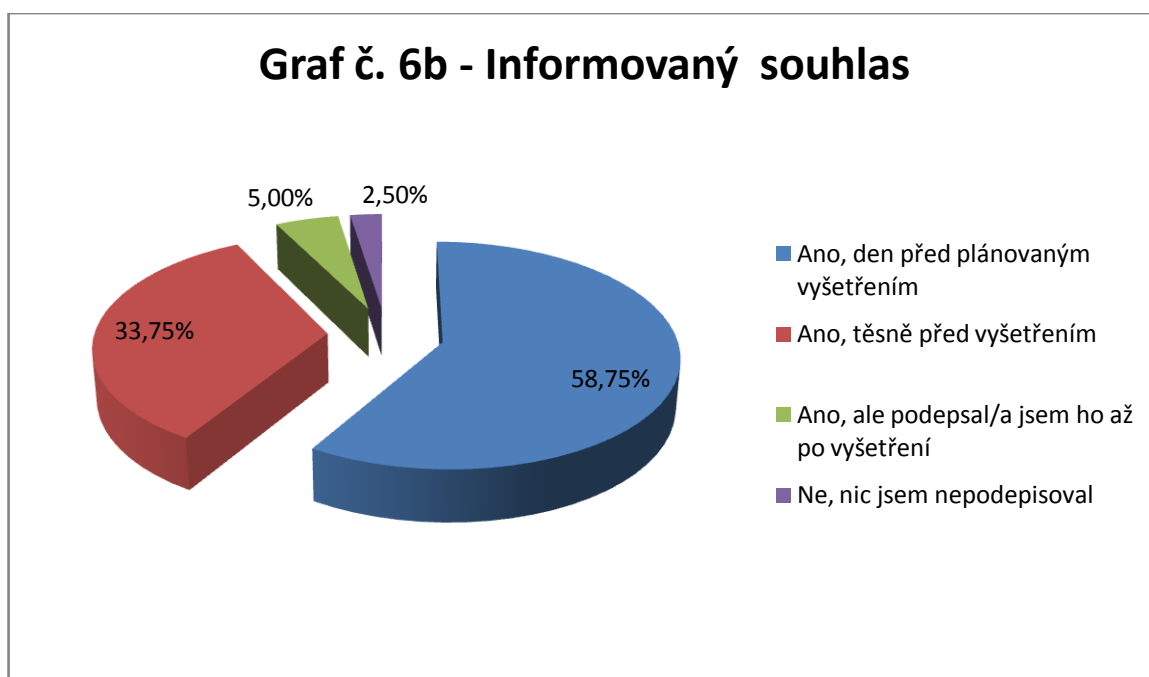


Předání informovaného souhlasu proběhlo hned po uložení na pokoj u 54 respondentů (67,50 %). Možnost ano, 1. den hospitalizace si vybralo 26 pacientů (32,50 %). Poslední uvedenou možnost u otázky nikdo neoznačil.

Otázka č. 6b - Byl Vám předán informovaný souhlas s vyšetřením?

Tabulka č. 6b – Informovaný souhlas

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, den před plánovaným vyšetřením	47	58,75 %
Ano, těsně před vyšetřením	27	33,75 %
Ano, ale podepsal/a jsem ho až po vyšetření	4	5,00 %
Ne, nic jsem nepodepisoval	2	2,50 %
Celkem	80	100 %

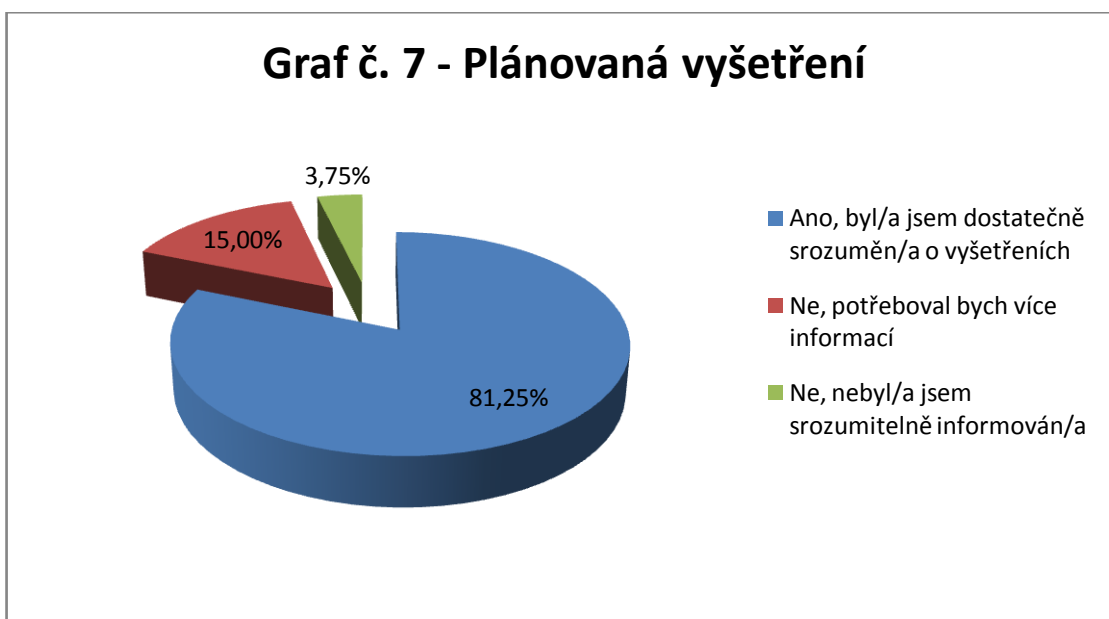


Graf č. 6b znázorňuje zastoupení pacientů, kterým byl předán informovaný souhlas s vyšetřením. Z celkového počtu 80 respondentů byl předán souhlas den před plánovaným vyšetřením 47 respondentům (58,75%), těsně před vyšetřením dostalo souhlas 27 respondentů (33,75%). Jak můžeme vidět, 92,5 % pacientů dostalo IS před vyšetřením, ovšem 7,50 % respondentů IS podepsalo až po vyšetření nebo vůbec neobdrželo.

Otázka č. 7 - Byl /a jste dostatečně a srozumitelně informován/a o plánovaných vyšetřeních?

Tabulka č. 7 – Plánovaná vyšetření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byl/a jsem dostatečně srozuměn/a o vyšetřeních	65	81,25 %
Ne, potřeboval bych více informací	12	15,00 %
Ne, nebyl/a jsem srozumitelně informován/a	3	3,75 %
Celkem	80	100 %

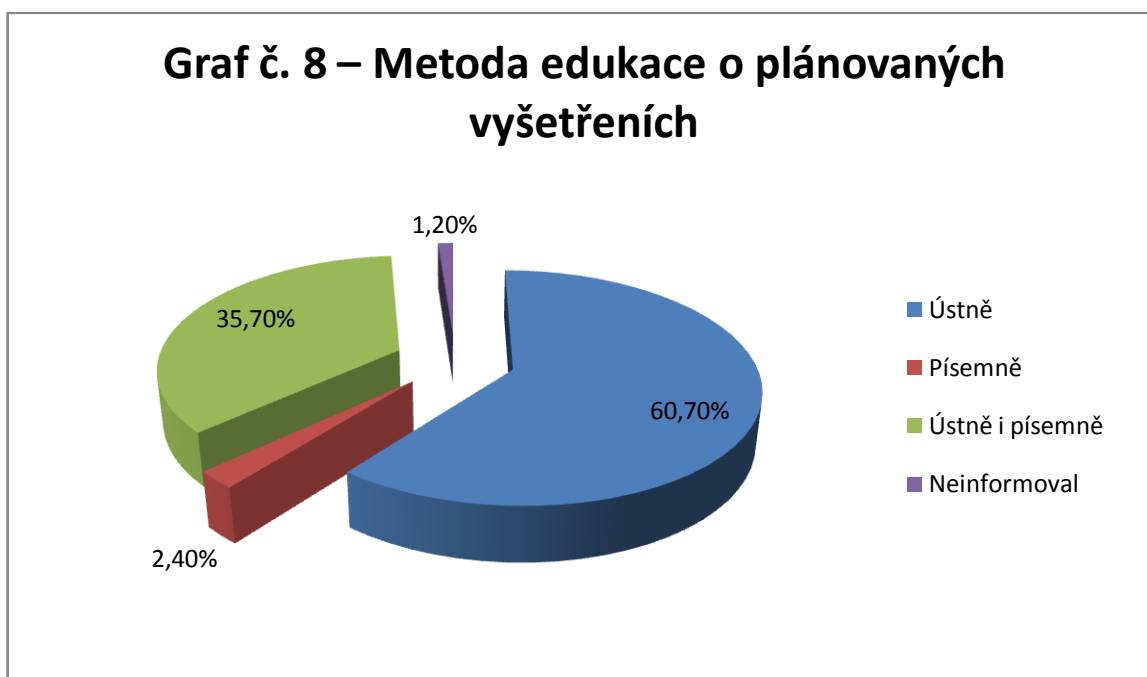


Na grafu je vyjádřeno, že 81,25 % pacientů bylo o plánovaných vyšetřeních dostatečně srozuměno. Pokud se podíváme na zbylé možnosti, jejich součtem získáme 18,75 %, tedy 15 respondentů, kteří potřebovali více informací nebo srozumitelnější podání.

Otázka č. 8 - Jakou formou Vás zdravotnický personál informoval o plánovaných vyšetřeních?

Tabulka č. 8 – Metoda edukace o plánovaných vyšetřeních

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ústně	51	60,70 %
Písemně	2	2,40 %
Ústně i písemně	30	35,70 %
Neinformoval	1	1,20 %
Celkem	84	100 %

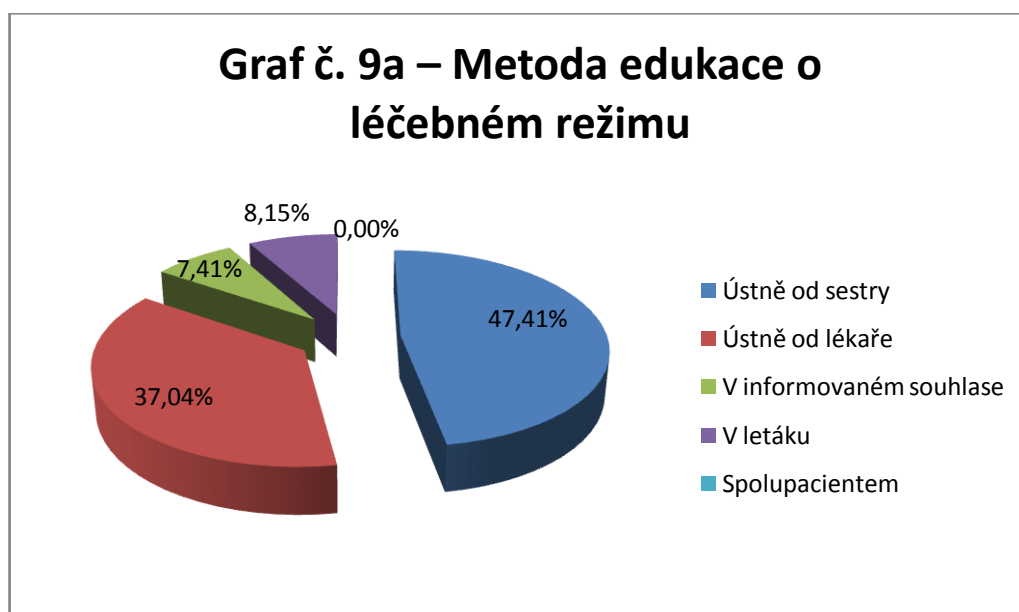


Graf č. 8 vyjadřuje formu, jakou zdravotnický personál pacienty informoval. Z celkového počtu 84 odpovědí jich 51 spadá do formy ústní (60,70 %), 2 odpovědi do možnosti písemné (2,40%), 30 zaznamenaných odpovědí patří k možnosti ústně i písemně (35,70 %) a 1 odpověď vypovídá o neinformovanosti (1,20%). U této otázky bylo využito zakroužkování více možných odpovědí.

Otázka č. 9a - Jakým způsobem jste byl/a poučen/a o dodržování léčebného a ošetrovatelského režimu před vyšetřením?

Tabulka č. 9a – Metoda edukace o léčebném režimu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ústně od sestry	64	47,41 %
Ústně od lékaře	50	37,04 %
V informovaném souhlase	10	7,41 %
V letáku	11	8,15 %
Spolupacientem	0	0,00 %
Celkem	135	100 %



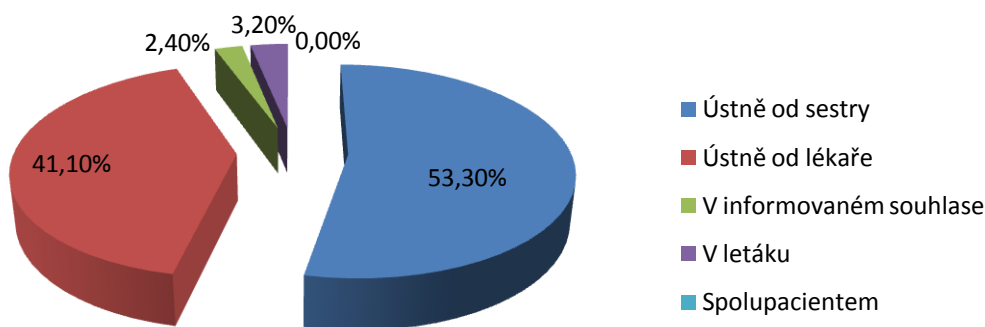
Jak z grafu vyplývá, pacienti jsou před vyšetřením poučováni především ústní formou, a to v 84,45 %. Použití metody informovaného souhlasu označilo 10 respondentů z celkového počtu (7,41%). Informovanost pomocí letáku byla použita u 11 pacientů (8,15 %). Jelikož bylo možné v otázce zaznačit i více možných odpovědí, jejich celkový počet se navýšil na 135, z čehož plyne, že mnozí z respondentů této možnosti využili. Možnost informovanosti spolupacientem nebyla využita.

Otázka č. 9b - Jakým způsobem jste byl/a poučen/a o dodržování léčebného a ošetrovatelského režimu po vyšetření?

Tabulka č. 9b – Metoda edukace o léčebném režimu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ústně od sestry	66	53,3 %
Ústně od lékaře	51	41,1 %
V informovaném souhlase	3	2,4 %
V letáku	4	3,2 %
Spolupacientem	0	0,0 %
Celkem	124	100 %

Graf č. 9b – Metoda edukace o léčebném režimu

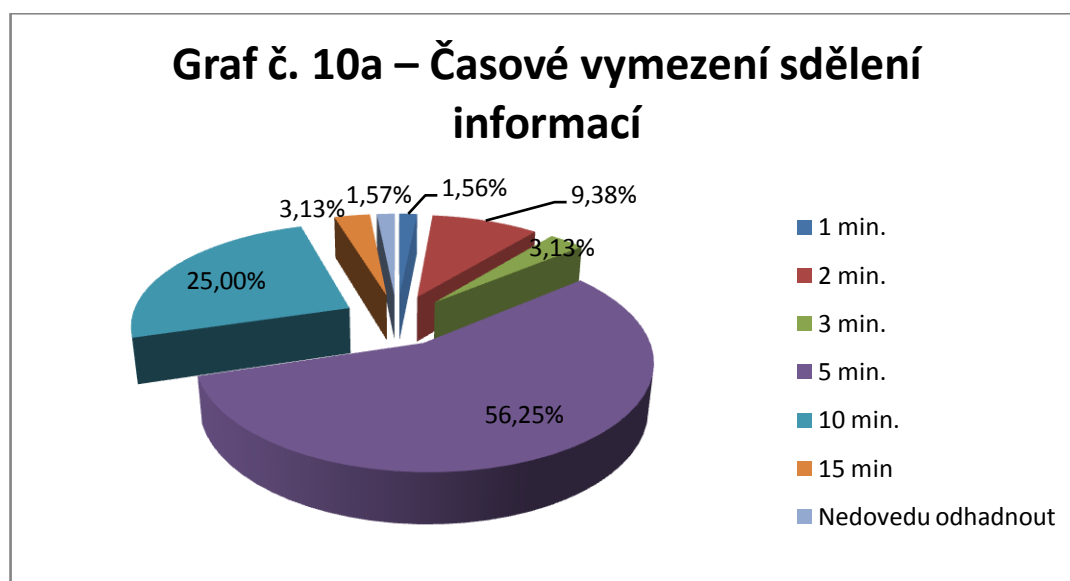


V grafu č. 9b je zaznamenáno, že poučení o režimu po vyšetření ústně od sestry bylo u 66 pacientů (53,3%), o něco méně, tedy 51 respondentů ústně od lékaře (41,1%). Pouze 3 respondenti označili odpověď formou informovaného souhlasu (2,4%) a u podobně malé skupiny 4 pacientů byla využita metoda letákem (3,2%). Možnost získání informace od spolupacienta nebyla využita. U této otázky bylo využito zakroužkování více možných odpovědí, z celkového počtu 80 respondentů bylo zaznamenáno 124 odpovědí.

Otázka č. 10a - Jak dlouho probíhalo sdělení informací před vyšetřením od sestry?

Tabulka č. 10a – Časové vymezení sdělení informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 min.	1	1,56 %
2 min.	6	9,38 %
3 min.	2	3,13 %
5 min.	36	56,25 %
10 min.	16	25,00 %
15 min.	2	3,13 %
Nedovedu odhadnout	1	1,57 %
Celkem	64	100 %

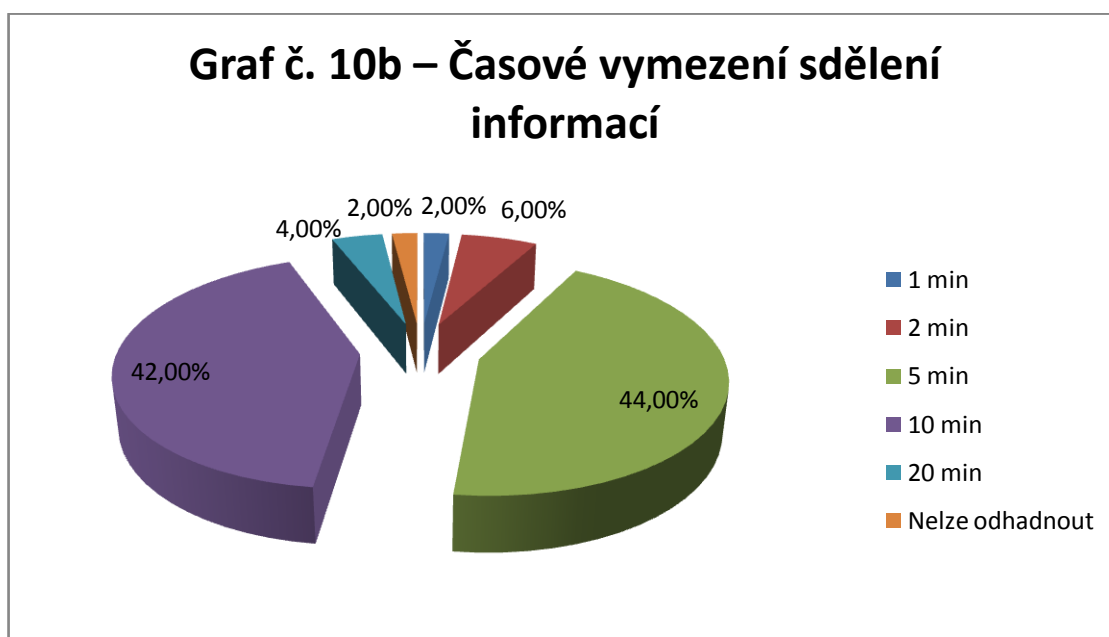


Graf č. 10a vyjadřuje časové úseky v minutách, které strávila sestra sdělením informací pacientům před vyšetřením. U jednoho respondenta předání trvalo 1 min (1,56 %), u 6 z dotázaných respondentů 2 min (9,38 %), 2 pacienti byli informováni 3 min (3,13 %), největší část 36 respondentů dostávali informace 5 min (56,25 %), 10 min sdělovala sestra informace u 16 pacientů (25,00 %), u 2 pacientů probíhalo sdělení 15 min (3,13 %) a 1 respondent nedovedl časový úsek odhadnout (1,57 %).

Otázka č. 10b – Jak dlouho probíhalo sdělení informací před vyšetřením od lékaře?

Tabulka č. 10b – Časové vymezení sdělení informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 min	1	2,0 %
2 min	3	6,0 %
5 min	22	44,0 %
10 min	21	42,0 %
20 min	2	4,0 %
Nelze odhadnout	1	2,0 %
Celkem	50	100 %



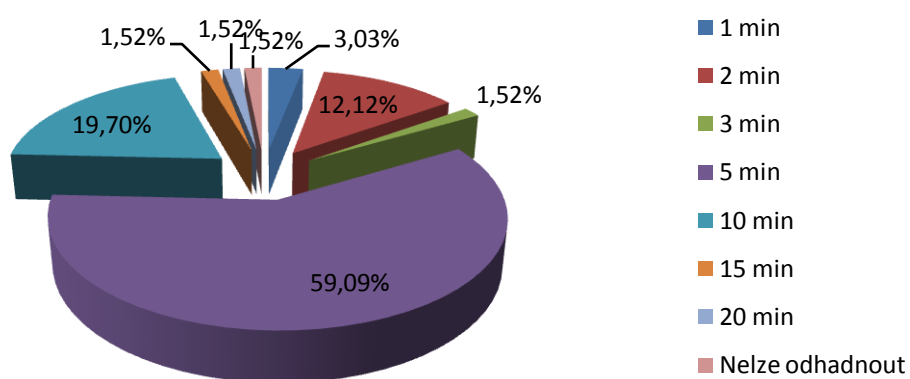
Graf č. 10b znázorňuje, že 1 dotázaný respondent (2,0 %) byl před vyšetřením informován lékařem 1 min, u 3 respondentů (6,0 %) byl časový úsek 2 min, časové vymezení 5 min označilo 22 respondentů (44,0 %), 21 dotázaných pacientů dopsalo časový úsek 10 min (42,0 %).

Otázka č. 10c - Jak dlouho probíhalo sdělení informací po vyšetření od sestry?

Tabulka č. 10c - Časové vymezení sdělení informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 min	2	3,03 %
2 min	8	12,12 %
3 min	1	1,52 %
5 min	39	59,09 %
10 min	13	19,70 %
15 min	1	1,52 %
20 min	1	1,52 %
Nelze odhadnout	1	1,52 %
Celkem	66	100 %

Graf č. 10c - Časové vymezení sdělení informací

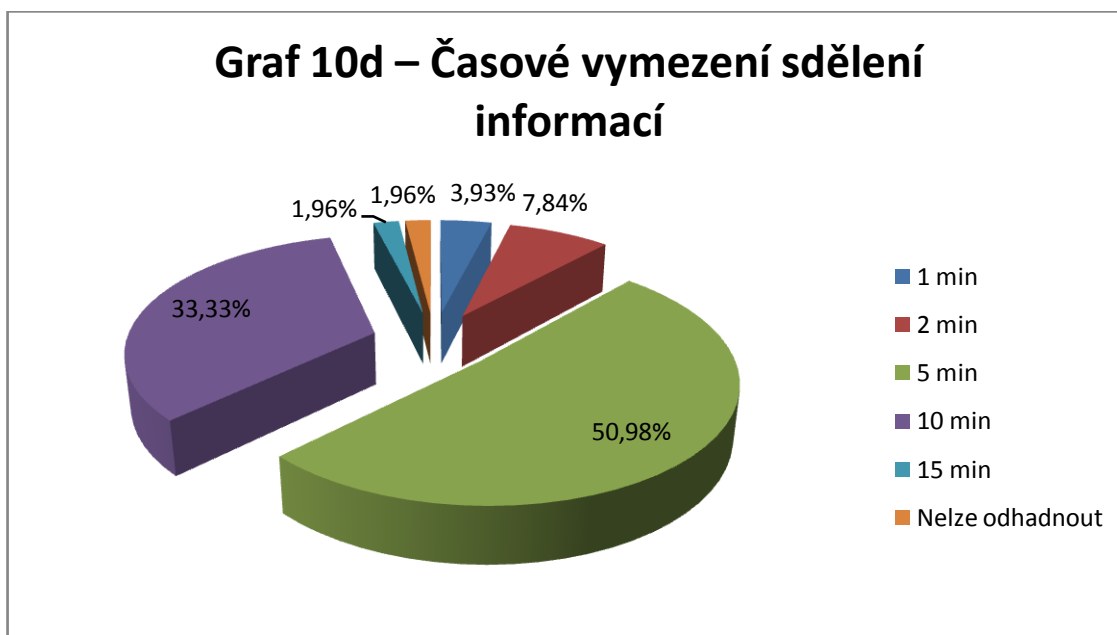


Nejvíce shodných odpovědí ohledně časového rozmezí sdělení informací po vyšetření od sestry bylo 5 min a to v 59,09 %. U 13 respondentů informovanost probíhala v rozmezí 10 min (19,70 %). Pouhé 2 min uvedlo 8 pacientů (12,12 %) a trvání v čase 1 min zapsali 2 pacienti (3,03 %). Zbylé odpovědi byly označeny po 1 respondentovi.

Otázka č. 10d - Jak dlouho probíhalo sdělení informací po vyšetření od lékaře?

Tabulka č. 10d – Časové vymezení sdělení informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 min	2	3,93 %
2 min	4	7,84 %
5 min	26	50,98 %
10 min	17	33,33 %
15 min	1	1,96 %
Nelze odhadnout	1	1,96 %
Celkem	51	100 %



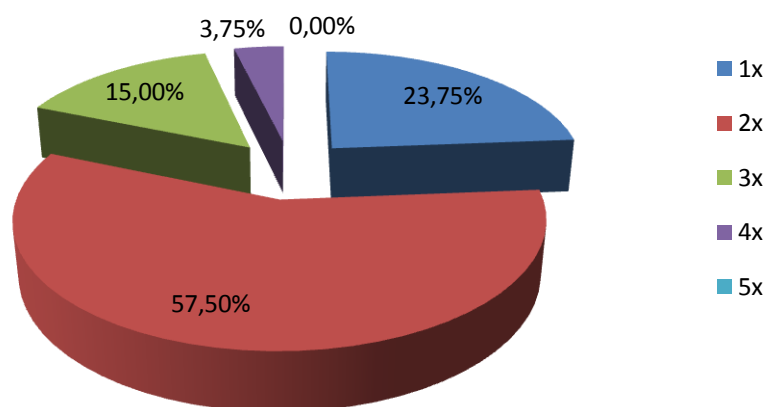
Graf č. 10d vyznačuje, že 2 pacienti byli informováni lékařem po vyšetření pouze 1 min. (3,93 %), u 4 pacientů bylo vypsáno trvání 2 min. (7,84 %), časový úsek 5 min. byl vypsán 26 respondenty (50,98 %), dobu 10 min. bylo informováno 17 dotázaných (33,33), 15 min. uvedl jeden pacient (1,96 %) a 1 respondent nedokázal čas odhadnout (1,96 %).

Otázka č. 11 - Kolikrát jste slyšel/a informace o jednom vyšetření?

Tabulka č. 11 – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1x	19	23,75 %
2x	46	57,50 %
3x	12	15,00 %
4x	3	3,75 %
5x	0	0,00 %
Celkem	80	100 %

Graf č. 11 – Informovanost o plánovaných vyšetřeních



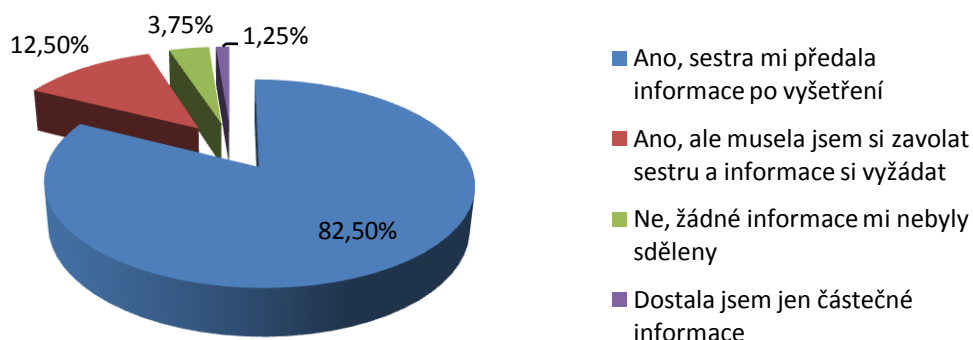
Na otázku Kolikrát jsem slyšel/a informace o jednom vyšetření odpovědělo 80 respondentů, tedy celkový počet. Z něj informace slyšelo jedenkrát 19 pacientů (23,75%), nejčastěji uváděnou odpovědí byla možnost dvakrát a to u 46 respondentů (57,50%), 12 respondentů označilo možnost třikrát (15,00%), 3 pacienti čtyřikrát (3,75%). Odpověď pětkrát nebyla využita.

Otázka č. 12a - Informace před i po vyšetření jste dostal/a od zdravotnického personálu (sestry) po vyžádání nebo Vám byly sděleny automaticky?

Tabulka č. 12a – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, sestra mi předala informace po vyšetření	66	82,50 %
Ano, ale musela jsem si zavolat sestru a informace si vyžádat	10	12,50 %
Ne, žádné informace mi nebyly sděleny	3	3,75 %
Dostala jsem jen částečné informace	1	1,25 %
Celkem	80	100 %

Graf 12a – Informovanost o plánovaných vyšetřeních



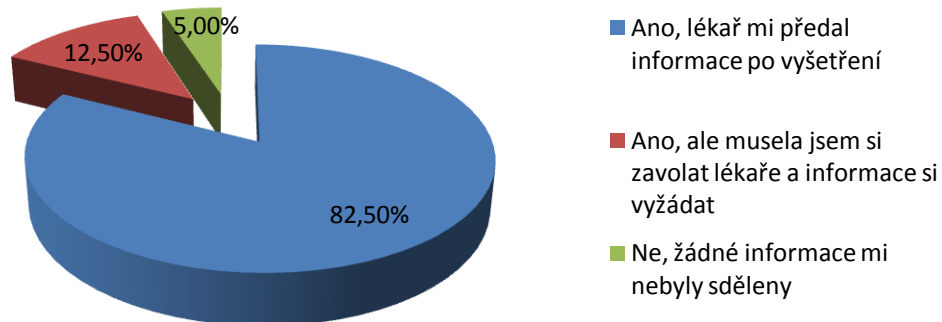
Jak můžeme vyčíst z výsledků, 82,50 % dotázaných pacientů dostalo automaticky od sestry informace ohledně vyšetření. U 17,5 % respondentů byly již komplikace ve smyslu vyžádání si informací, jejich nedostatečnosti nebo ke sdělení nedošlo vůbec.

Otázka č. 12b - Informace před i po vyšetření jste dostal/a od zdravotnického personálu (lékaře) po vyžádání nebo Vám byly sděleny automaticky?

Tabulka č. 12b – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, lékař mi předal informace po vyšetření	66	82,5 %
Ano, ale musela jsem si zavolat lékaře a informace si vyžádat	10	12,5 %
Ne, žádné informace mi nebyly sděleny	4	5,0 %
Celkem	80	100 %

Graf č. 12b – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

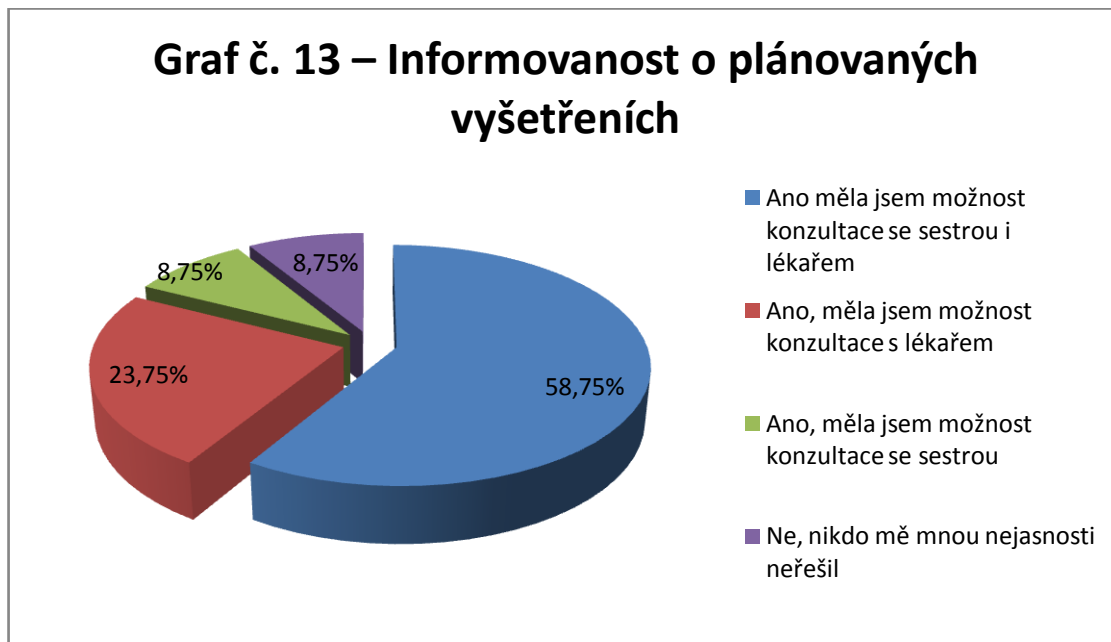


Graf č. 12b znázorňuje to, jak byl lékař ochoten sdělovat informace o vyšetřeních. 66 respondentům z celkového počtu 80 sdělil lékař informace po vyšetření (82,5%), 10 respondentů si muselo lékaře nechat zavolat a informace si od něj vyžádat (12,5%) 4 respondentům nebyly žádné informace sděleny (5,0%).

Otázka č. 13 - Měl/a jste možnost po předání informací s někým zkonzultovat nejasnosti, mít dotazy?

Tabulka č. 13 – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, měla jsem možnost konzultace se sestrou i lékařem	47	58,75 %
Ano, měla jsem možnost konzultace s lékařem	19	23,75 %
Ano, měla jsem možnost konzultace se sestrou	7	8,75 %
Ne, nikdo se mnou nejasnosti neřešil	7	8,75 %
Celkem	80	100 %

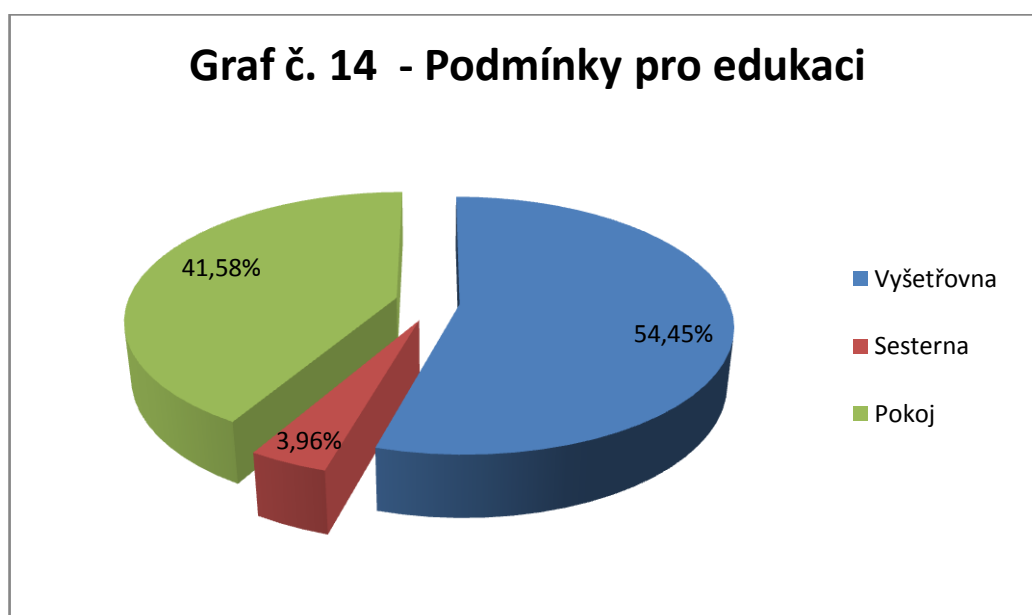


Graf č. 13 poukazuje na možnosti pacientů na informace a konzultace. Z celkového počtu 80 respondentů mělo 47 z nich možnost konzultace se sestrou i lékařem (58,75%), skupina 19 respondentů měla možnost konzultace s lékařem (23,75%), 7 respondentů mělo možnost konzultace se sestrou (8,75%) a se 7 respondenty nikdo nejasnosti neřešil (8,75%).

Otázka č. 14 - Pokud byste měla/a možnost zvolit si místo předání informací o vyšetření i o dalším léčebném postupu, kde by to bylo?

Tabulka č. 14 - Podmínky pro edukaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyšetřovna	55	54,45 %
Sesterna	4	3,96 %
Pokoj	42	41,58 %
Celkem	101	100 %

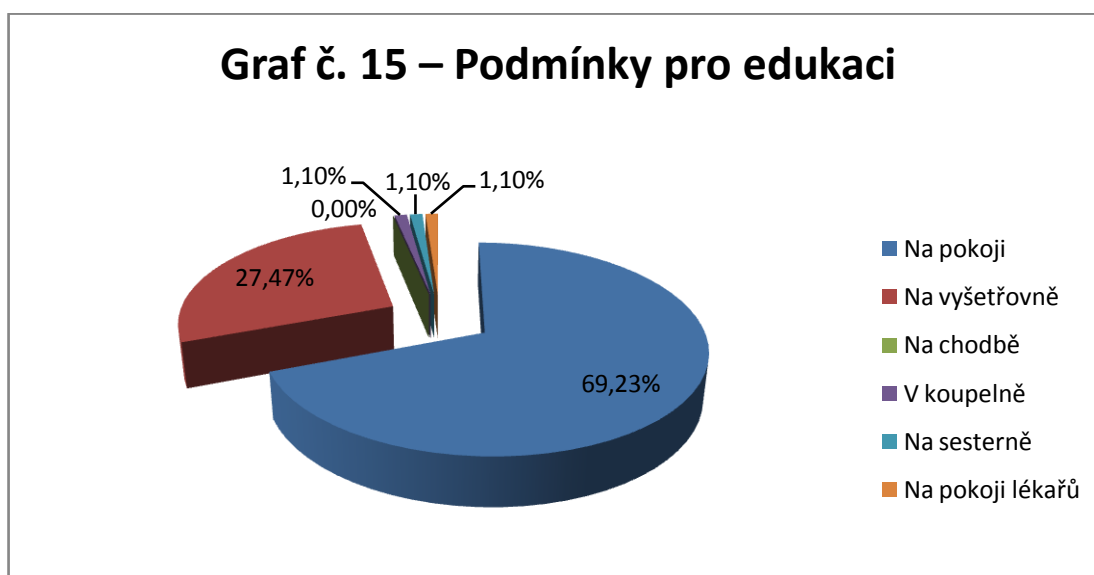


Jak z výsledků vyplývá, pokud by pacienti měli možnost výběru místa, 54,45 % by zvolilo vyšetřovnu, pro dalších 41,58 % by byl vhodný pokoj, na kterém leží. 4 respondenti označili jako místo předání informací sesternu (3,96 %).

Otázka č. 15 - Kde Vám byly tyto informace předány?

Tabulka č. 15 – Podmínky pro edukaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na pokoji	63	69,231 %
Na vyšetřovně	25	27,472 %
Na chodbě	0	0,00 %
V koupelně	1	1,099 %
Na sesterně	1	1,099 %
Na pokoji lékařů	1	1,099 %
Celkem	91	100 %

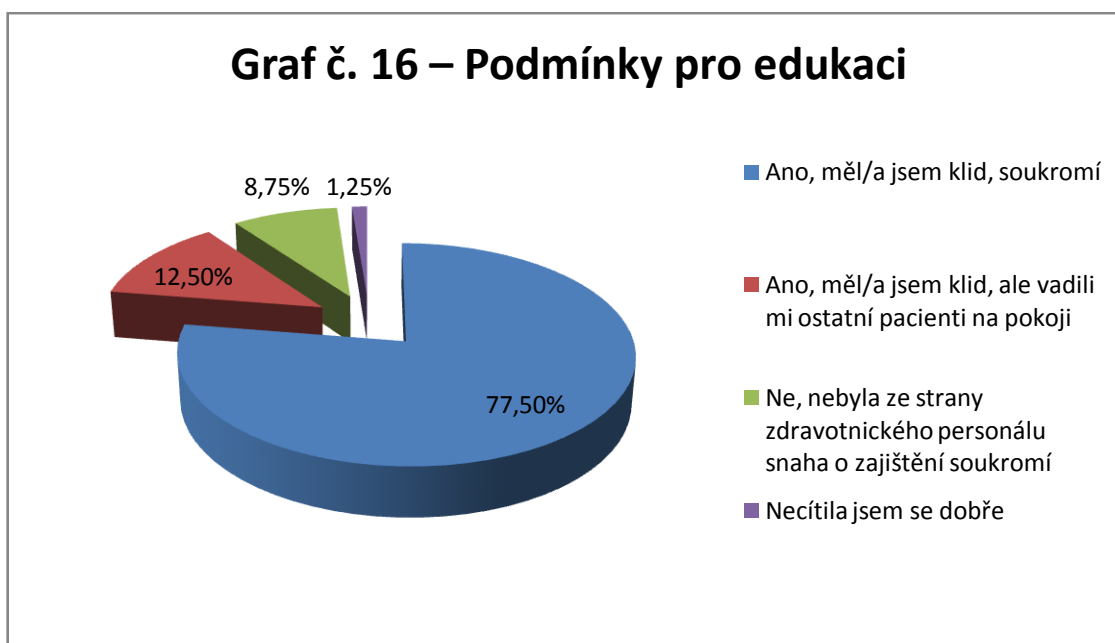


Zde můžeme vidět, kde k předávání informací dochází. Pacienti stejně jako u předchozí otázky i zde zaznačovali více možností, což je patrné na množství odpovědí 91. Nejčastěji tedy dochází k informovanosti pacientů na pokoji (69,231 %), druhým nejčastějším místem byla označena vyšetřovna, která se v předchozí otázce objevila na prvním místě. Možnost na chodbě nebyla využita.

Otázka č. 16 - Zajistil Vám pro předání informací zdravotnický personál soukromí, klid?

Tabulka č. 16 – Podmínky pro edukaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, měl/a jsem klid, soukromí	62	77,5 %
Ano, měl/a jsem klid, ale vadili mi ostatní pacienti na pokoji	10	12,5 %
Ne, nebyla ze strany zdravotnického personálu snaha o zajištění soukromí	7	8,75 %
Necítila jsem se dobře	1	1,25 %
Celkem	80	100 %



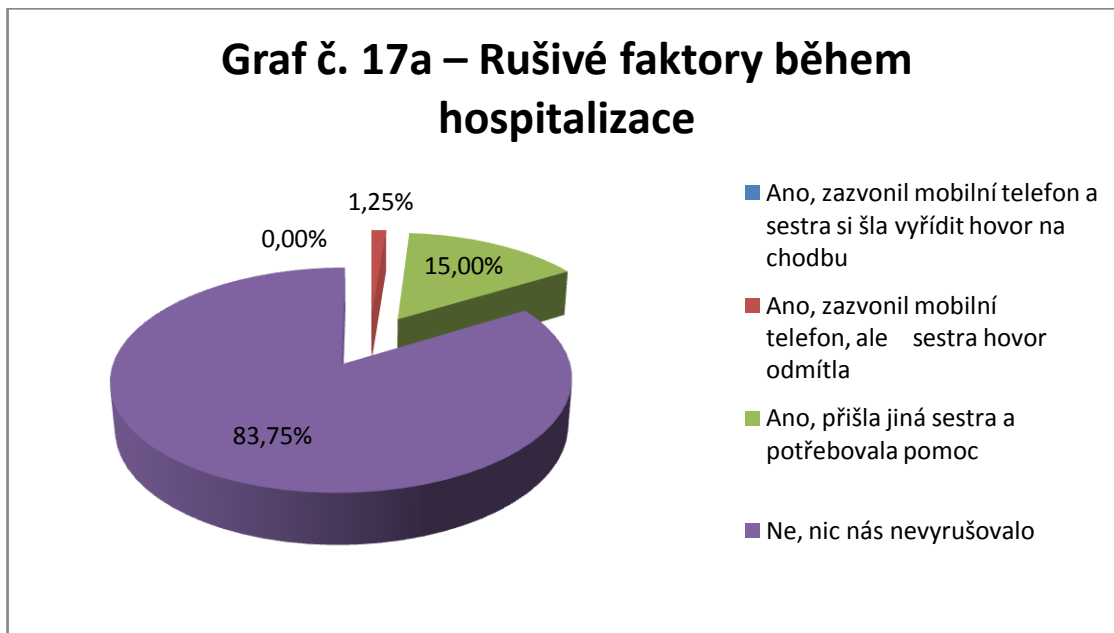
Graf č. 16 vyjadřuje, jaké prostředí zajistil zdravotnický personál pro předání informací. 62 respondentů uvedlo, že mělo klid, soukromí (77,5 %). Ze zbylých možností je patrné, že pro 22,5 % respondentů byly podmínky pro edukaci nedostatečné z důvodu pochybení ze strany ZP – pacient na pokoji, nezajištění soukromí, špatný pocit pacienta.

Otázka č. 17a - Stalo se Vám, že jste byli vyrušeni během předávání informací?

(Sestra)

Tabulka č. 17a – Rušivé faktory během hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, zazvonil mobilní telefon a sestra si šla vyřídit hovor na chodbu	0	0,00 %
Ano, zazvonil mobilní telefon, ale sestra hovor odmítla	1	1,25 %
Ano, přišla jiná sestra a potřebovala pomoc	12	15,00 %
Ne, nic nás nevyrušovalo	67	83,75 %
Celkem	80	100 %



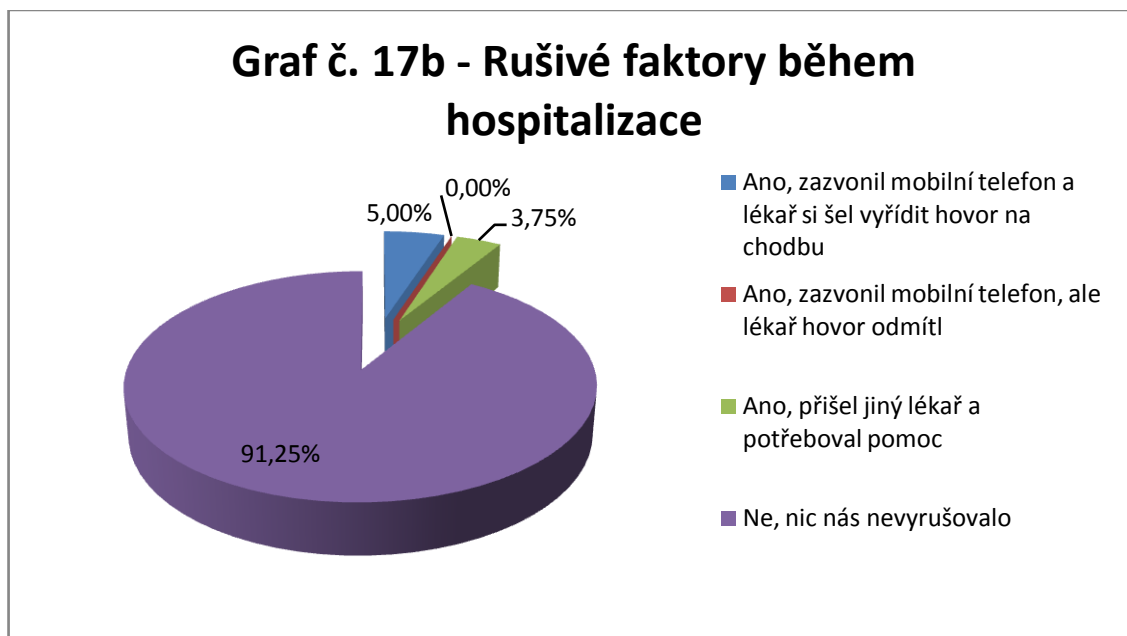
Graf č. 17a popisuje, zda došlo v interakci sestra – pacient k vyrušení ze strany sestry. Z celkového počtu 80 respondentů téměř většina, 83,75 % uvedlo, že k vyrušení nedošlo. 12 pacientů jako možné vyrušení uvedlo příchod jiné sestry, která potřebovala pomoc. Nabízená možnost vyrušení mobilním telefonem nebyla využita.

Otázka č. 17b - Stalo se Vám, že jste byli vyrušeni během předávání informací?

(Lékař)

Tabulka č. 17b - Rušivé faktory během hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, zazvonil mobilní telefon a lékař si šel vyřídit hovor na chodbu	4	5,00 %
Ano, zazvonil mobilní telefon, ale lékař hovor odmítl	0	0,00 %
Ano, přišel jiný lékař a potřeboval pomoc	3	3,75 %
Ne, nic nás nevyrušovalo	73	91,25 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 17b vyjadřuje, zda byl pacient v interakci s lékařem někdy vyrušen. 91,25 % respondentů uvedlo jako odpověď, že je nic nevyrušovalo. 4 dotázaní respondenti odpověděli, že byli vyrušeni mobilním telefonem a lékař si šel hovor vyřídit na chodbu (5,00 %). Možnosti, že lékaři zazvonil mobilní telefon, ale hovor odmítl, využito nebylo.

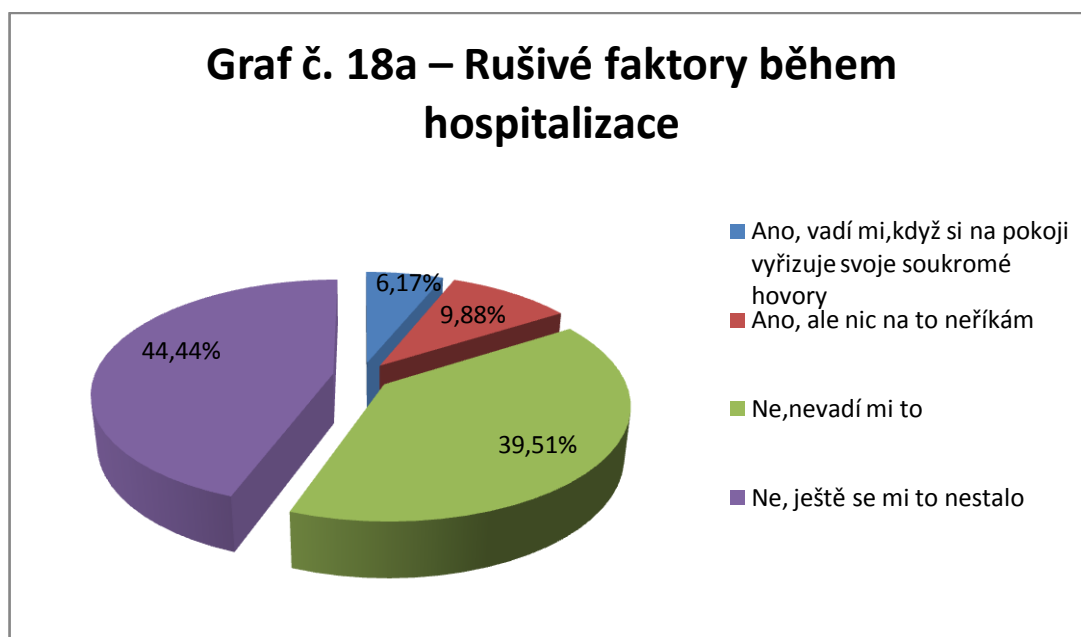
Otázka č. 18a - Je Vám nepříjemné vyrušení mobilním telefonem?

(Sestra)

Tabulka č. 18a – Rušivé faktory během hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vadí mi, když si na pokoji vyřizuje svoje soukromé hovory	5	6,173 %
Ano, ale nic na to neříkám	8	9,877 %
Ne, nevadí mi to	32	39,506 %
Ne, ještě se mi to nestalo	36	44,444 %
Celkem	81	100 %

Graf č. 18a – Rušivé faktory během hospitalizace



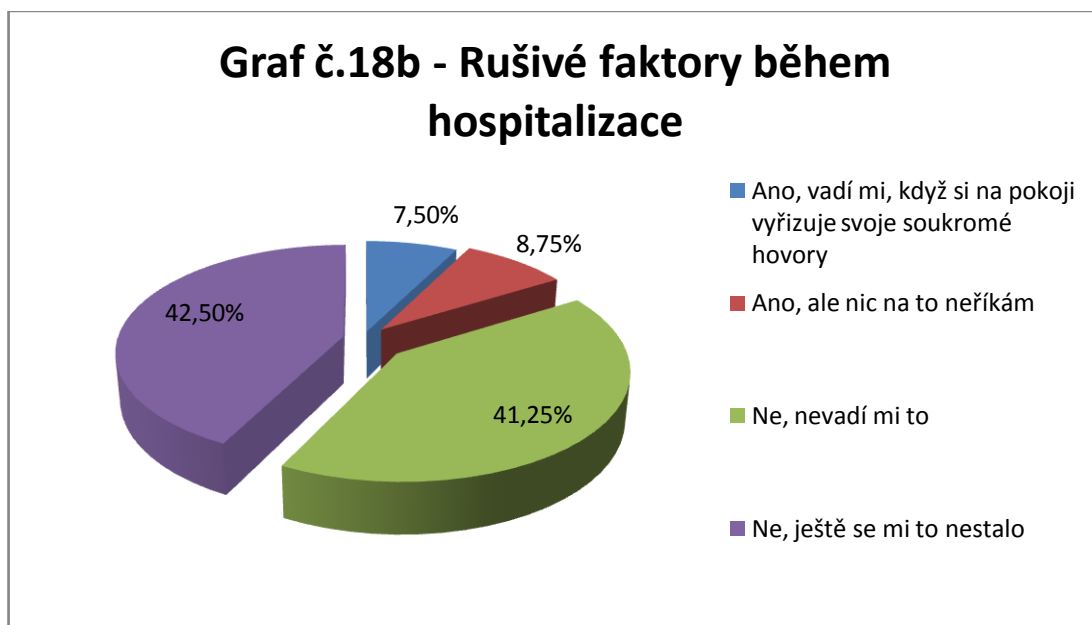
Graf č. 18a vyjadřuje názory pacientů na mobilní telefon u sestry během komunikace s nimi. 5 respondentům z celkového počtu 80 vadí, když si na pokoji vyřizuje soukromé hovory (6,173 %), 8 respondentů uvedlo, že jim to vadí, ale nic neříkají, 32 dotázaným pacientům mobilní telefon nevadí (39,506 %) a 36 respondentům se ještě nestalo, že by došlo k vyrušení při komunikaci se sestrou k vyrušení z důvodu zazvonění jejího mobilního telefonu (44,444 %).

Otázka č. 18b - Je Vám nepříjemné vyrušení mobilním telefonem?

(Lékař)

Tabulka č.18b - Rušivé faktory během hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vadí mi, když si na pokoji vyřizuje svoje soukromé hovory	6	7,50 %
Ano, ale nic na to neříkám	7	8,75 %
Ne, nevadí mi to	33	41,25 %
Ne, ještě se mi to nestalo	34	42,50 %
Celkem	80	100 %

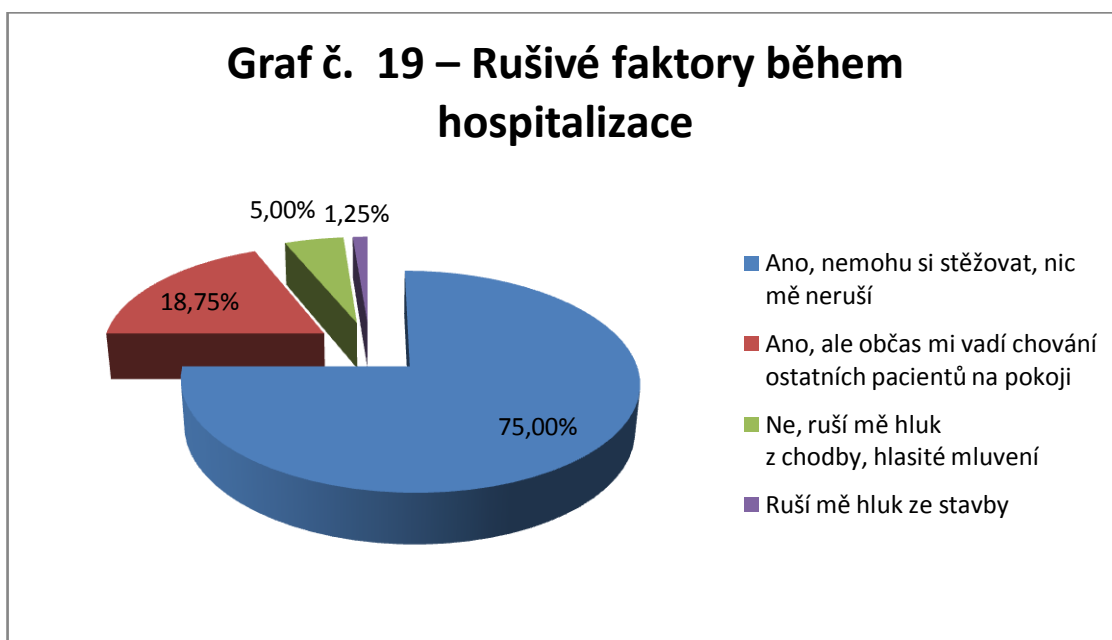


V grafu jsou vyjádřeny názory pacientů na mobilní telefony u lékařů během komunikace s nimi. Největší počet pacientů se ještě nesetkal s vyrušením mobilním telefonem u lékaře (42,50 %) a téměř stejnému počtu 41,25 % takové vyrušení nevadí. 16,25 % respondentů vnímá zazvonění mobilního telefonu jako vyrušení, zvláště při vyřizování soukromých hovorů přímo na pokoji pacienta.

Otázka č. 19 - Máte pocit, že je během komunikace se zdravotnickým personálem zajištěn na oddělení dostatečný klid?

Tabulka č. 19 – Rušivé faktory během hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, nemohu si stěžovat, nic mě neruší	60	75,00 %
Ano, ale občas mi vadí chování ostatních pacientů na pokoji	15	18,75 %
Ne, ruší mě hluk z chodby, hlasité mluvení	4	5,00 %
Ruší mě hluk ze stavby	1	1,25 %
Celkem	80	100 %

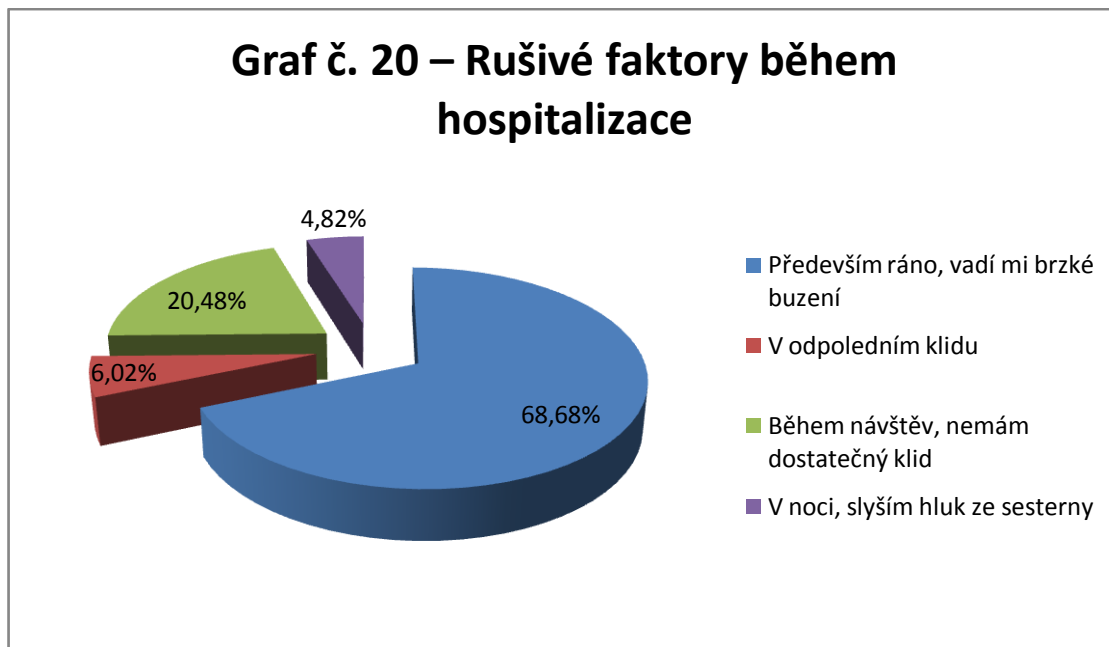


Graf č. 19 vyjadřuje, jak jsou pacienti spokojeni s klidem na oddělení. 60 respondentů si nemůže na nic stěžovat, nic je neruší (75,00 %), 15 respondentům občas vadí chování pacientů na pokoji (18,75 %), 4 hospitalizované respondenty ruší hlasité mluvení a hluk z chodby (5,00 %) a 1 respondent uvedl jako rušení hluk ze stavby (1,25 %).

Otázka č. 20 - Kdy nejčastěji dochází k rušení klidu na oddělení během komunikace se zdravotnickým personálem?

Tabulka č. 20 – Rušivé faktory během hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Především ráno, vadí mi brzké buzení	57	68,675 %
V odpoledním klidu	5	6,024 %
Během návštěv, nemám dostatečný klid	17	20,482 %
V noci, slyším hluk ze sesterny	4	4,819 %
Celkem	83	100 %

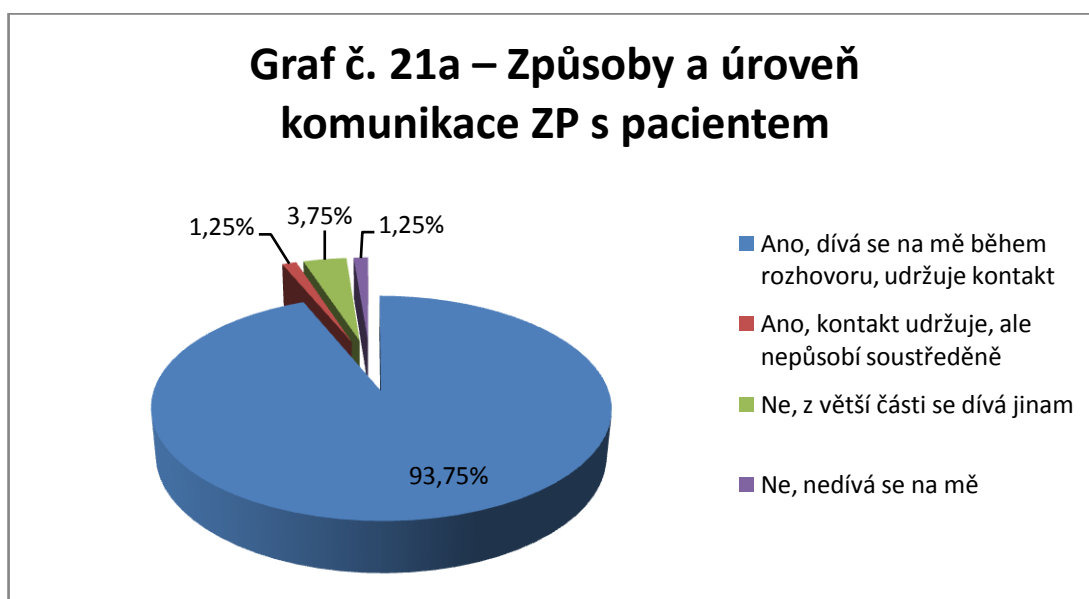


Graf č. 20 vyjadřuje názory dotázaných pacientů na dobu a faktory během hospitalizace, které je ruší. 57 respondentům vadí brzké buzení ráno (68,675 %), 5 pacientů uvedlo, že bývají rušeni během odpoledního klidu (6,024 %), 17 respondentů nemá dostatečný klid během návštěv (20, 482 %) a 4 respondenti jsou nespokojeni s hlukem v noci, který je ruší ze sesterny (4,819 %).

Otázka č. 21a - Udržuje s Vámi zdravotnický personál (sestra) oční kontakt během rozhovoru?

Tabulka č. 21a – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, dívá se na mě během rozhovoru, udržuje kontakt	75	93,75 %
Ano, kontakt udržuje, ale nepůsobí soustředěně	1	1,25 %
Ne, z větší části se dívá jinam	3	3,75 %
Ne, nedívá se na mě	1	1,25 %
Celkem	80	100 %

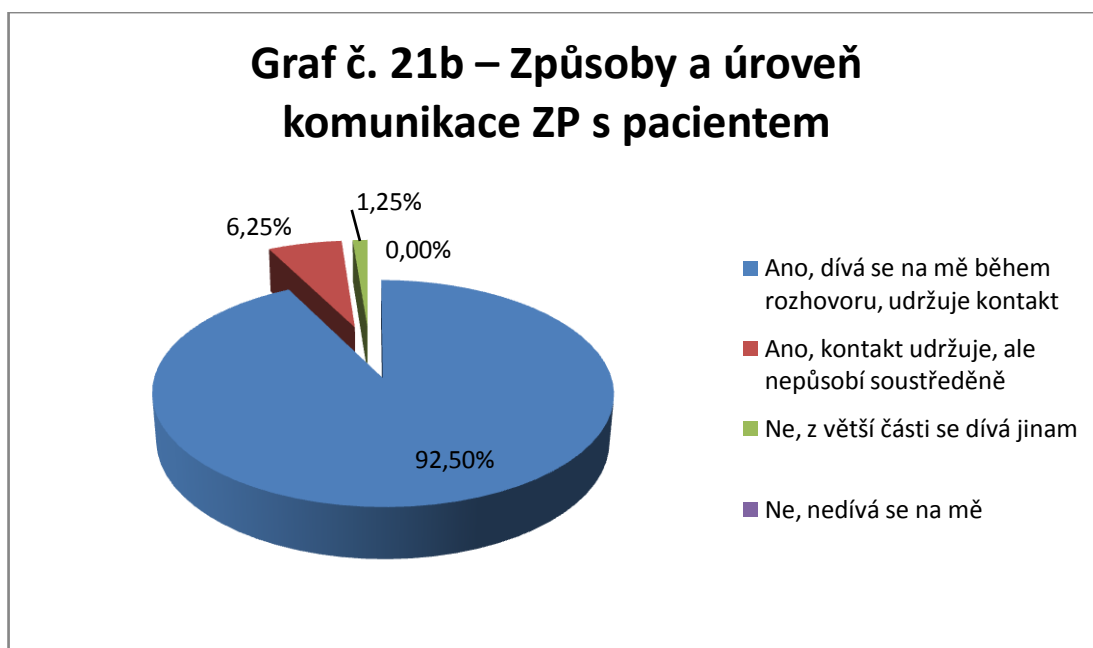


Podle dotázaných pacientů během komunikace s nimi sestra udržuje oční kontakt, dívá se na ně a to v 93,75 % podle 75 pacientů. Dle ostatních možností a jejích výsledků je patrné, že 6,25 %, tedy 5 pacientů z celkové počtu 80 si všimlo, že sestra působí nesoustředěně, občas se na ně nedívá během komunikace nebo oční kontakt neudrží vůbec.

Otázka č. 21b – Udržuje s Vámi zdravotnický personál (lékař) oční kontakt během rozhovoru?

Tabulka č. 21b – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, dívá se na mě během rozhovoru, udržuje kontakt	74	92,5 %
Ano, kontakt udržuje, ale nepůsobí soustředěně	5	6,25 %
Ne, z větší části se dívá jinam	1	1,25 %
Ne, nedívá se na mě	0	0,00 %
Celkem	80	100 %



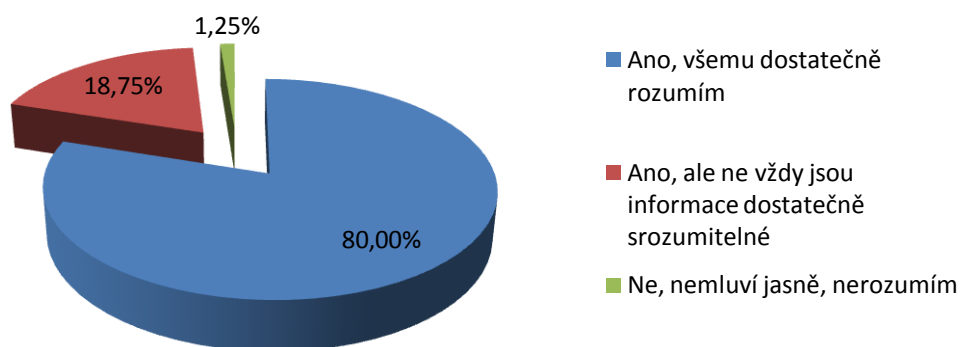
Graf č. 21b vyjadřuje, jak pacienti vnímají lékaře během komunikace s nimi. 92,50 % respondentů uvádí, že lékař udržuje oční kontakt s nimi, během rozhovoru se na ně dívá. 6 dotázaných pacientů si všimlo nesoustředěného chování, neudržování očního kontaktu, uhýbání pohledem jiným směrem. Jak můžeme porovnat s předchozím grafem, výsledná čísla se téměř shodují s udržováním kontaktu u sestry. Možnost nedívá se na mě nebyla využita.

Otázka č. 22a - Když s Vámi zdravotnický personál (sestra) komunikuje, mluví jasně, srozumitelně?

Tabulka č. 22a – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, všemu dostatečně rozumím	64	80,00 %
Ano, ale ne vždy jsou informace dostatečně srozumitelné	15	18,75 %
Ne, nemluví jasně, nerozumím	1	1,25 %
Celkem	80	100 %

Graf č. 22a – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem

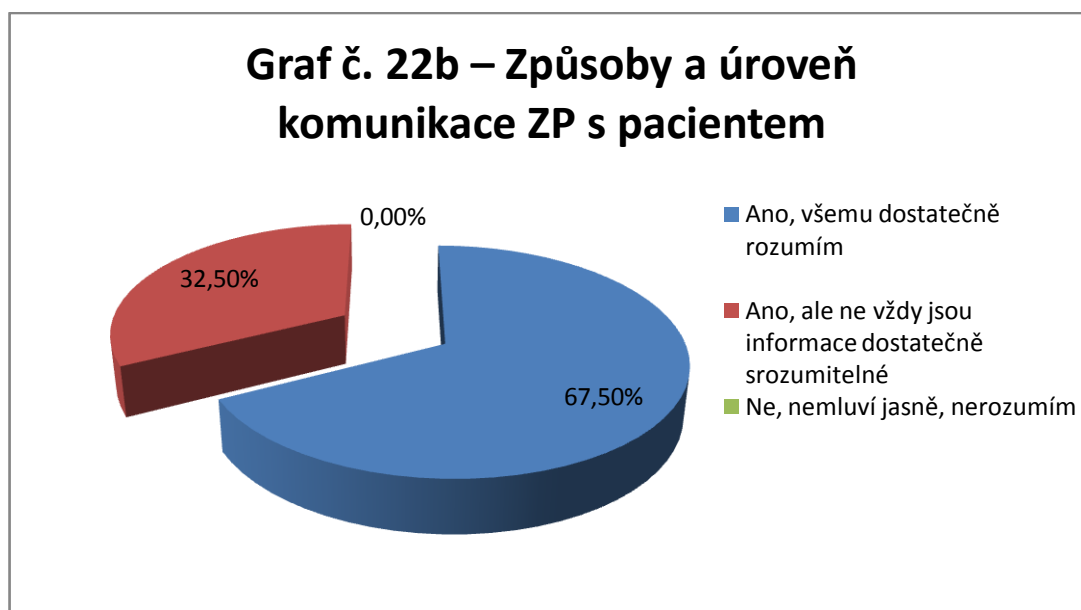


Graf č. 22a označuje odpovědi dotázaných respondentů na téma srozumitelnosti komunikace sestry. Z celkového počtu 80 dotázaných respondentů 64 uvedlo, že nemají problémy s komunikací sestry, všemu dostatečně rozumí (80,00 %). Podle následujících odpovědí je zřejmé, že pro 16 pacientů je komunikace nedostatečná a nebo jí vůbec nerozumí, není pro ně jasná a to ve 20 %.

Otázka č. 22b - Když s Vámi zdravotnický personál (lékař) komunikuje, mluví jasně, srozumitelně?

Tabulka č. 22b – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, všemu dostatečně rozumím	54	67,5 %
Ano, ale ne vždy jsou informace dostatečně srozumitelné	26	32,5 %
Ne, nemluví jasně, nerozumím	0	0,00 %
Celkem	80	100 %

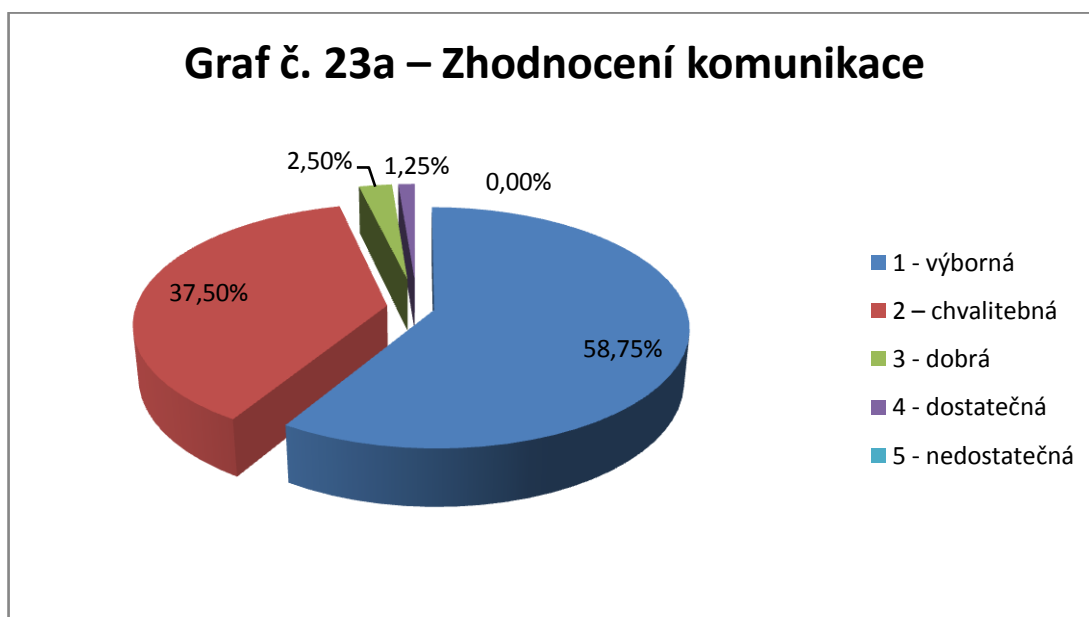


Graf č. 22b označuje odpovědi dotázaných respondentů na téma srozumitelnosti komunikace lékaře. 54 dotázaných pacientů označilo, že při komunikaci s lékařem všemu rozumí, mluví jasně a srozumitelně (67,5 %). Pro 26 respondentů jsou informace ne vždy dostatečné a srozumitelné (32,50 %). Možnosti ne, nemluví jasně, nerozumím využito nebylo.

Otázka č. 23a - Jak by jste zhodnotil/a úroveň komunikace zdravotnického personálu (sestry) s Vámi?

Tabulka č. 23a – Zhodnocení komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - výborná	47	58,75 %
2 – chvalitebná	30	37,50 %
3 - dobrá	2	2,50 %
4 - dostatečná	1	1,25 %
5 - nedostatečná	0	0,00 %
Celkem	80	100 %

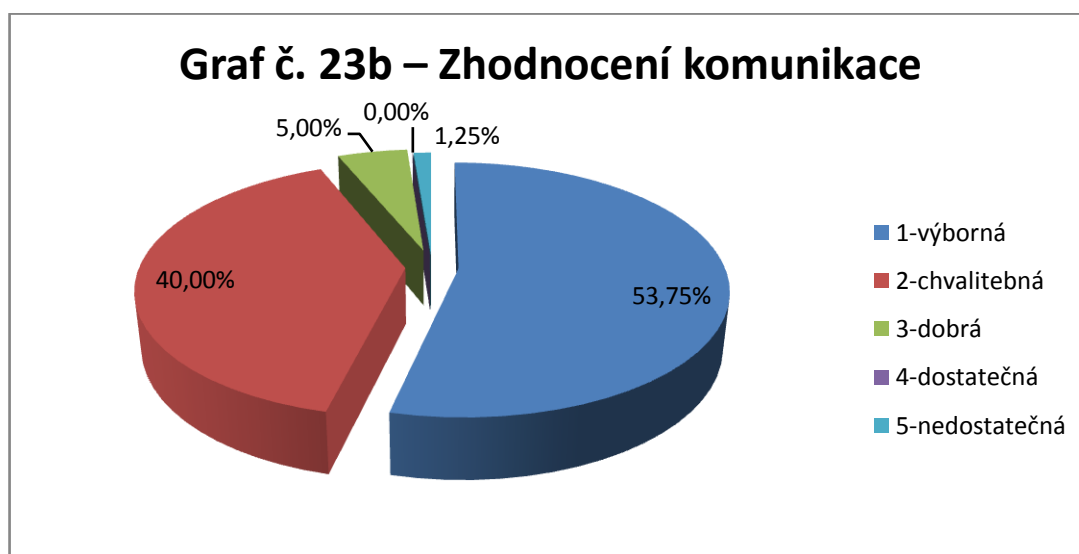


Graf č. 23a poukazuje, jak pacienti ohodnotili úroveň komunikace sestry s nimi. Nabízenou odpověď výborně označilo nejvíce z dotázaných respondentů a to 47 (58,75%), chvalitebně si vybralo 30 respondentů (37,50%), pouze 2 pacienty zaujala možná odpověď dobrá (2,50%) a 1 respondent zvolil odpověď dostatečná (1,25%).

Otázka č. 23b – Jak by jste zhodnotil/a úroveň komunikace zdravotnického personálu (lékaře) s Vámi?

Tabulka č. 23b – Zhodnocení komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-výborná	43	53,75 %
2-chvalitebná	32	40,00 %
3-dobrá	4	5,00 %
4-dostatečná	0	0,00 %
5-nedostatečná	1	1,25 %
Celkem	80	100 %



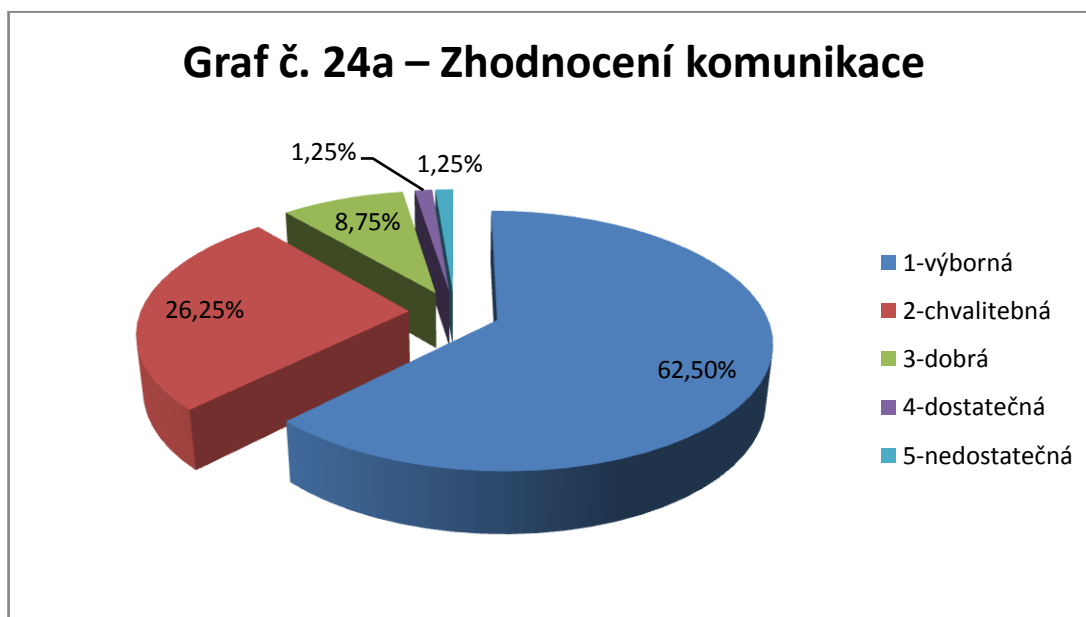
V grafu jsou zaznačeny názory dotázaných pacientů na úroveň komunikace lékaře s nimi. 43 respondentů ji označilo za výbornou (53,75%), 32 pacientů za chvalitebnou (40,00%), 4 pacientům se zdála být dobrá (5,00%), a 1 respondent ji zhodnotil jako nedostatečnou (1,25%), možnost dostatečná nebyla využita.

Otázka č. 24a - Zhodnocení úrovně a dostatečnosti předávání informací ?

(Sestra)

Tabulka č. 24a – Zhodnocení komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-výborná	50	62,50 %
2-chvalitebná	21	26,25 %
3-dobrá	7	8,75 %
4-dostatečná	1	1,25 %
5-nedostatečná	1	1,25 %
Celkem	80	100 %



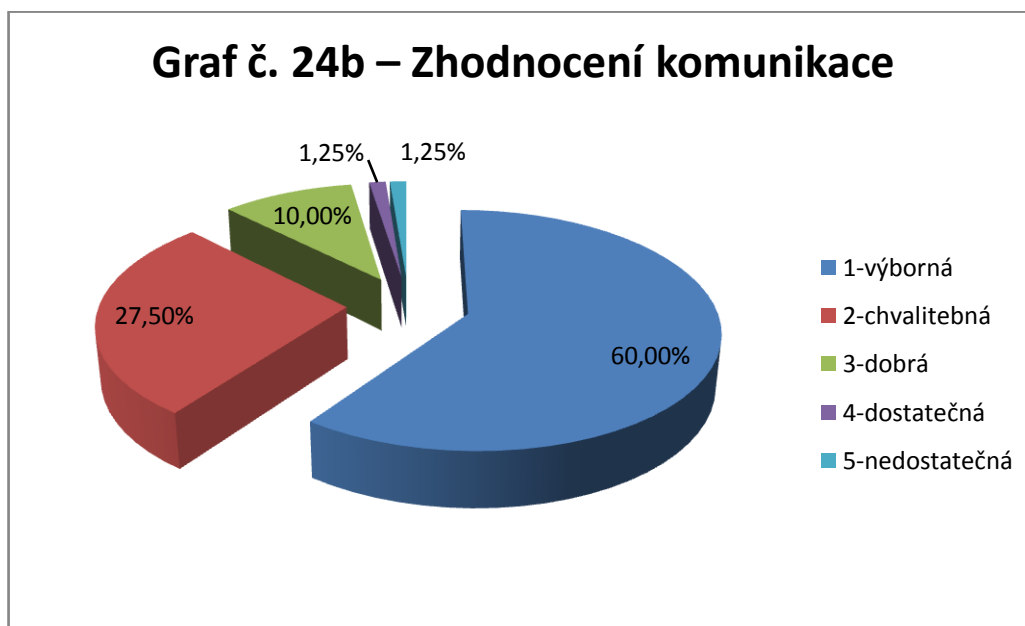
Graf č. 24a poukazuje na úroveň předávaných informací od sestry, která byla v 62,50% ohodnocena na výbornou a to 50 respondenty, u 21 pacientů byla označena stupněm chvalitebná (26,25%), 7 dotázaných pacientů ji považuje za dobrou (8,75%), 1 pacient ji označil na stupnici jako dostatečnou (1,25%) a stejně tak 1 za nedostatečnou (1,25%).

Otázka č. 24b - Zhodnocení úrovně a dostatečnosti předávání informací ?

(Lékař)

Tabulka č. 24b – Zhodnocení komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-výborná	48	60,00 %
2-chvalitebná	22	27,50 %
3-dobrá	8	10,00 %
4-dostatečná	1	1,25 %
5-nedostatečná	1	1,25 %
Celkem	80	100 %

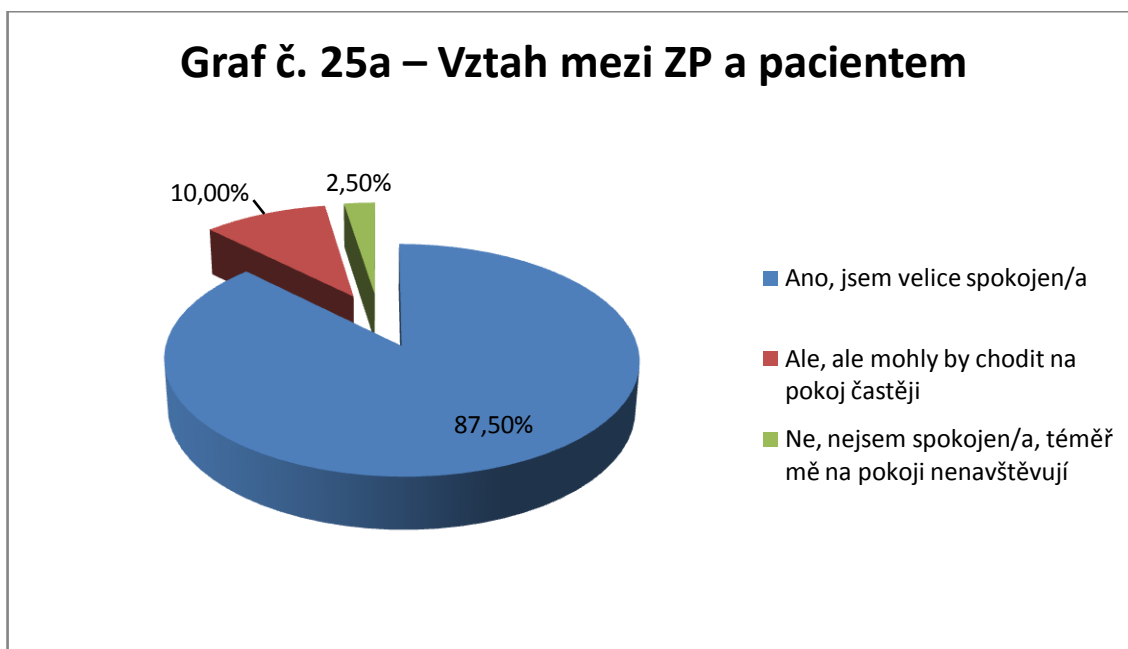


Největší počet respondentů, 60 % by zhodnotil předávání informací a jejich úroveň na výbornou, což činí 48 pacientů, 22 respondentů za chvalitebnou (27,50%), 8 dotázaných z celkového počtu ji na stupnici vyjádřilo jako dobrou (10,00%), 1 respondent ji označil jako dostatečnou (1,25%) a stejně tak 1 jako nedostatečnou (1,25%).

Otázka č. 25a - Jste spokojen/a se zájem, který o vás projevuje zdravotnický personál (Sestra)

Tabulka č. 25a – Vztah mezi ZP a pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, jsem velice spokojen/a	70	87,5 %
Ale, ale mohly by chodit na pokoj častěji	8	10,0 %
Ne, nejsem spokojen/a, téměř mě na pokoji nenavštěvují	2	2,5 %
Celkem	80	100 %



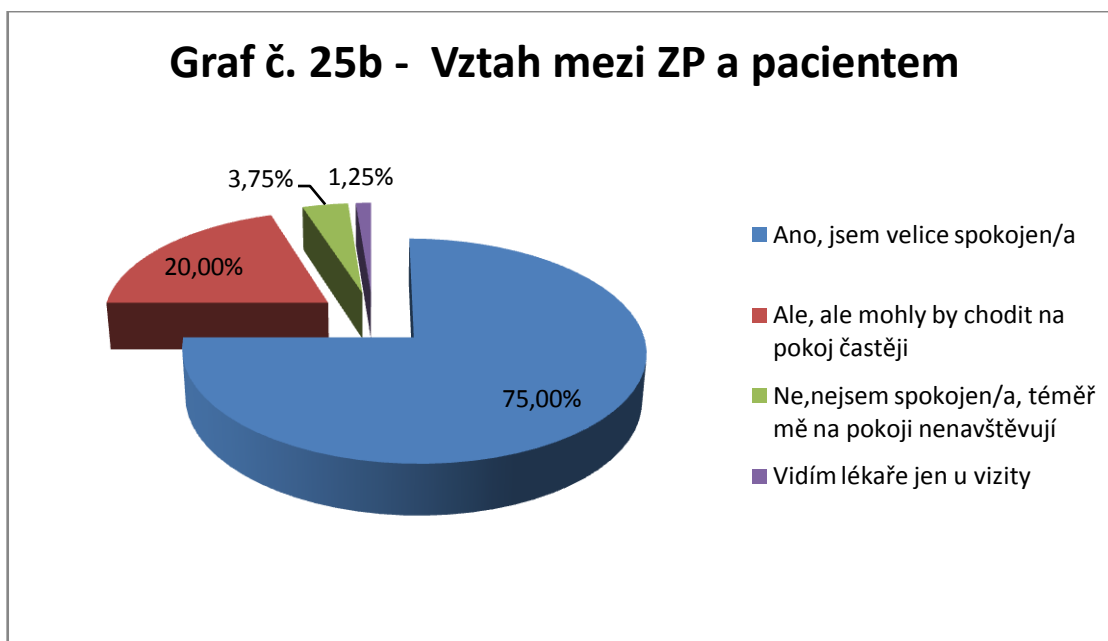
Graf č. 25a poukazuje na spokojenost pacientů s projeveným zájmem ze strany sestry. Z možných 80 respondentů bylo 70 z nich označena možnost ano, jsem velice spokojen/a (87,5 %), ovšem 12,5 % pacientů není úplně spokojeno se zájmem, který o ně sestra projevuje, a to z důvodu nízkého počtu návštěv na pokojích.

Otázka č. 25b - Jste spokojen/a se zájem, který o vás projevuje zdravotnický personál?

(Lékař)

Tabulka č. 25b - Vztah mezi ZP a pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, jsem velice spokojen/a	60	75,00 %
Ale, ale mohly by chodit na pokoj častěji	16	20,00 %
Ne, nejsem spokojen/a, téměř mě na pokoji nenavštěvují	3	3,75 %
Vidím lékaře jen u vizity	1	1,25 %
Celkem	80	100 %



Jak můžeme vidět na grafu, 75,00 % respondentů je velice spokojeno s projeveným zájmem od lékaře. Ovšem počet 20 pacientů, což činí 25,00 % z celkové počtu 100 % je nějakým způsobem se zájmem nespokojeno, nejčastěji z důvodu nízkého počtu návštěv na pokoji, dochází za nimi méně často, než by si představovali.

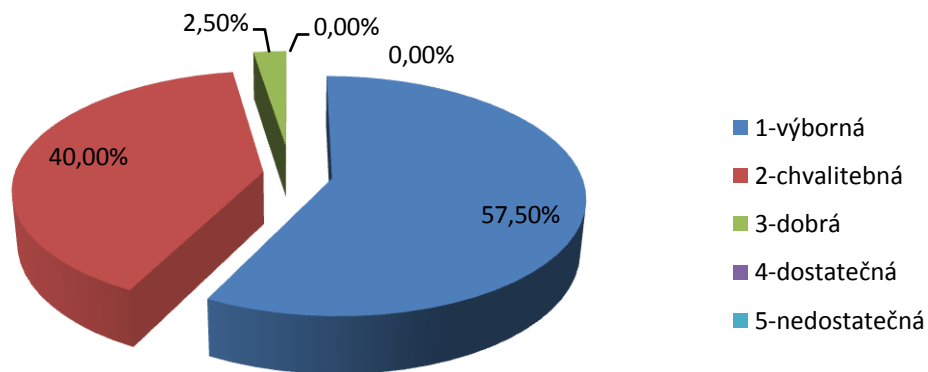
Otázka č. 26a - Máte důvěru ve ZP?

(Sestra)

Tabulka č. 26a – Vztah mezi ZP a pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-výborná	46	57,5 %
2-chvalitebná	32	40,0 %
3-dobrá	2	2,5 %
4-dostatečná	0	0,0 %
5-nedostatečná	0	0,0 %
Celkem	80	100 %

Graf č. 26a – Vztah mezi ZP a pacientem



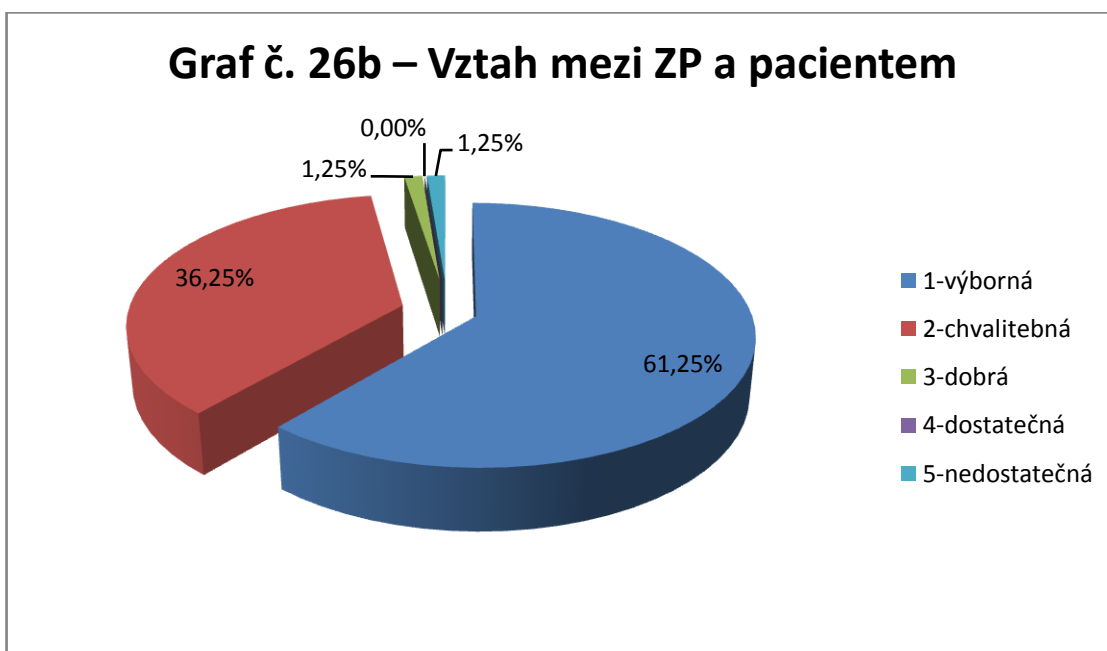
Graf č. 26a vyjadřuje, na jaké úrovni pacienti hodnotí důvěru k sestře. V největší míře byla zastoupena možnost výborně a to 46 respondenty (57,5%), 32 respondentů by ji označilo na stupnici jako chvalitebnou (40,0%), 2 pacientům se zdála podle stupnice dobrá (2,5%), možnosti dostatečná a nedostatečná nebyly využity.

Otázka č. 26b - Máte důvěru ve ZP?

(Lékař)

Tabulka č. 26b – Vztah mezi ZP a pacientem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1-výborná	49	61,25 %
2-chvalitebná	29	36,25 %
3-dobrá	1	1,25 %
4-dostatečná	0	0,00 %
5-nedostatečná	1	1,25 %
Celkem	80	100 %



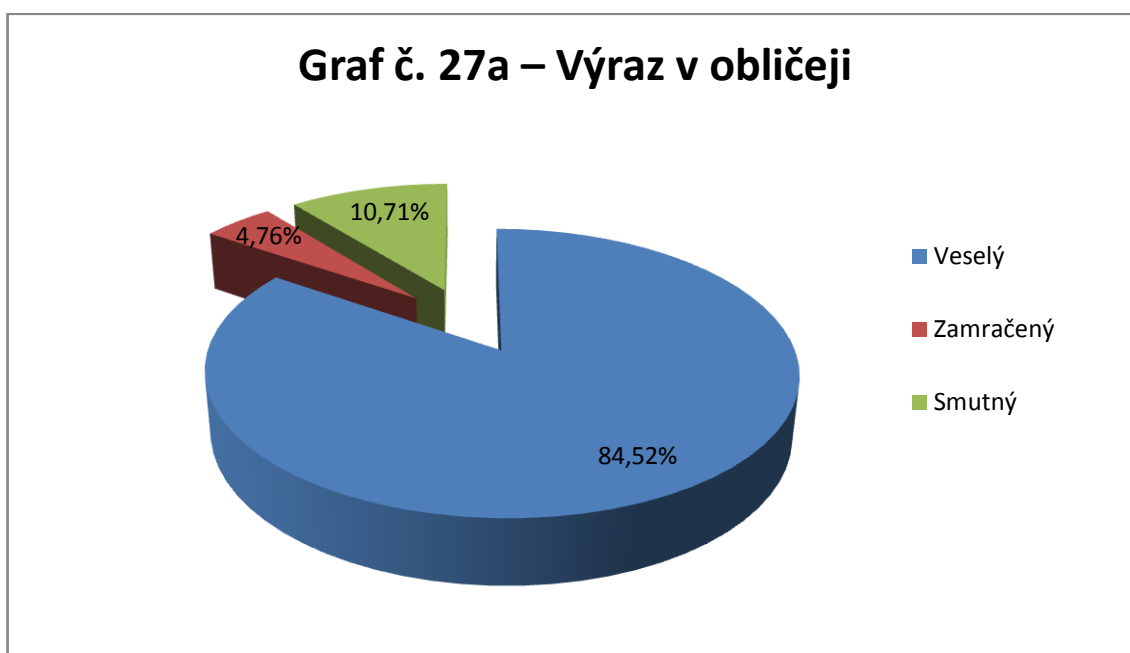
Z tohoto grafu můžeme vyčíst, na jaké úrovni by zhodnotili dotázaní pacienti důvěru k lékaři. 49 respondentů ji označilo jako výbornou (61,25%), pro 29 pacientů je na chvalitebné úrovni (36,25%), 1 pacientem byla vyjádřena jako dobrá (1,25%), pro 1 respondenta je důvěra nedostatečná (1,25%). Možnost dostatečná nebyla využita.

Otázka č. 27a – S jakým výrazem v obličeji k Vám zdravotnický personál chodí na pokoj nejčastěji?

(Sestra)

Tabulka č. 27a – Výraz v obličeji

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Veselý	71	84,524 %
Zamračený	4	4,762 %
Smutný	9	10,714 %
Celkem	84	100 %



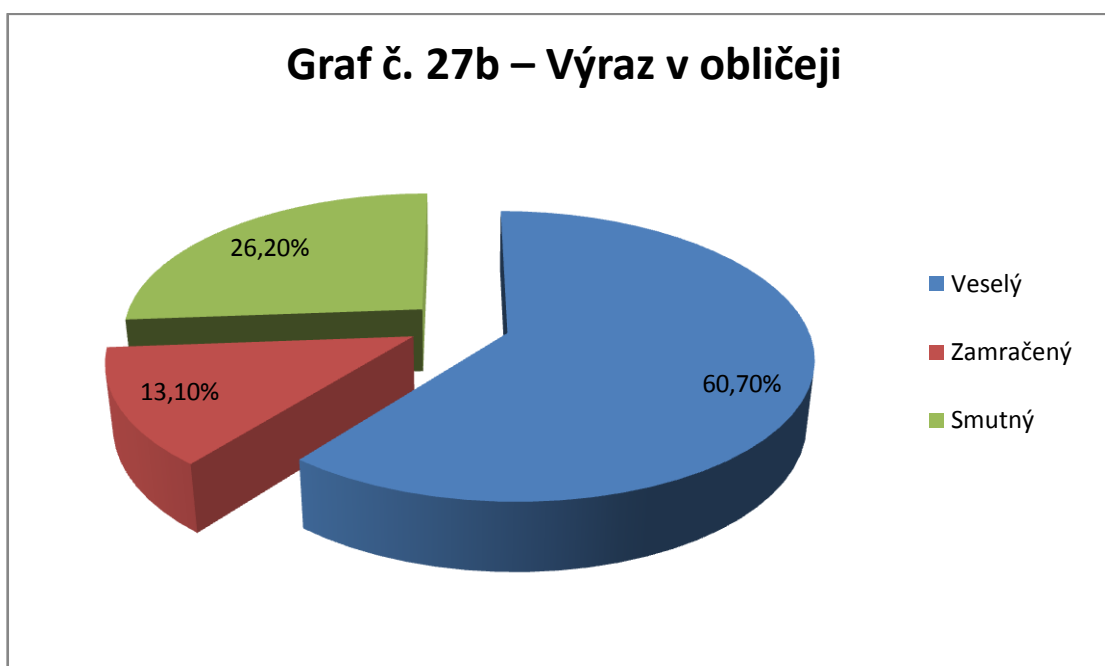
Jako nejčastější výraz v obličeji, se kterým se pacienti setkávají u sestry, byl označen veselý v 84,524 %, což činilo skupinu 71 respondentů, jenom 4 pacienti se setkali se zamračeným výrazem (4,762%) a 9 pacientů vnímalo sestru jako smutnou (10,714%).

Otázka č. 27b - S jakým výrazem v obličeji k Vám zdravotnický personál chodí na pokoj nejčastěji?

(Lékař)

Tabulka č. 27b – Výraz v obličeji

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Veselý	51	60,7 %
Zamračený	11	13,1 %
Smutný	22	26,2 %
Celkem	84	100 %



Graf č. 27b vyjadřuje, s jakým výrazem v obličeji lékaři nejčastěji přicházejí do styku s pacienty. Pro 51 respondentů byl lékař veselý (60,7%), jako zamračený připadal 11 pacientům (13,1%) a 22 respondentů vnímalo výraz lékaře jako smutný (26,2%).

6 DISKUZE

I když neplánovaně bylo celkově osloveno přesně 40 respondentů mužů (50 %) a 40 respondentů žen (50%) z celkového počtu 80 dotázaných (100 %). Co jsem již na začátku výzkumu očekávala, byl vyšší věk dotazovaných pacientů, který se nejčastěji pohyboval okolo 65 let a výše v zastoupení 39 respondentů (48,75 %). Poněkud mě nepřekvapily odpovědi týkající se představování sester a lékařů pacientům. I když u otázky č. 4a – Byla Vám při přijetí představena sestra odpověděla početnější skupina ano, tedy 46 respondentů (57,5 %), také velké množství využilo možnosti ne a to přesně 34 dotázaných pacientů (42,5 %). U otázky č. 4b - Byl Vám představen lékař se již absolutní četnost o něco navýšila a z celkového počtu 80 dotázaných respondentů odpovědělo na možnost ano 52 z nich (65 %). Odpověď ne označilo 28 respondentů (35 %). Tyto výsledky jsem si ještě nechala potvrdit a prověřit následující otázkou č. 5a ve znění - Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jak Vám byla představena sestra, na kterou odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili možnosti ano. Pacienti u této otázky využili možnosti zakroužkování i více možností, proto se celkový počet odpovědí navýšil na 59. Z nabídnutých možností zde dominovala odpověď představení sestry celým jménem a to u 36 respondentů (61,02 %), což pro mě bylo velice milým zjištěním. Stejný výsledek byl analyzován také v další otázce. Lékaři se představují pacientům celým jménem, a to v 66,667 % v zastoupení 40 dotázaných respondentů. V této práci jsem se zaměřila na komunikaci mezi zdravotníky a pacientem, k čemuž samozřejmě patří i tato problematika. To, že většina pacientů zná jména lékařů a sester na oddělení, kteří se jim představí svým celým jménem považuji za pozitivní výsledek.

V informovanosti o léčebném režimu převládaly informace od sestry. I přesto, že respondenti měli možnost volby i více odpovědí, jen ve velmi malé míře byla zaznamenána odpověď informovanosti pomocí letáku. Před vyšetřením se ho dostalo od zdravotnického personálu 11 pacientům, tedy 8,15 %. Po vyšetření se počet snížil na pouhé 4 respondenty, přesněji 3,2 %. Z těchto výsledků bohužel vyplývá, že i když sestra a lékař převážnou většinu pacientů edukují ústně, již nenabízí jiné možnosti, např. ukázkové letáky od firem, časopisy, internetové stránky, ze kterých by se pacienti mohli dozvědět více. Vše ale souvisí s charakterem zákroku.

Z výsledků je patrné, že pacienti od zdravotnického personálu dostávají dostatečné informace o plánovaných vyšetřeních. Tato data vycházejí z otázek o informovanosti pacientů o plánovaných vyšetřeních a dodržovaném režimu před i po zákroku. Po analýze bylo zjiš-

těno, že veškeré informace pacienti dostávají a vnímají hlavně od sester a lékařů. Opravdu velice málo si pacienti uvědomují jako možnost získávání poznatků také pomocí informovaného souhlasu. I když byl nabídnut jako možnost u otázky č. 9 - Jakým způsobem jste byl/a poučen/a o dodržování léčebného a ošetrovatelského režimu před vyšetřením a po něm, z celkového počtu 135 odpovědí tuto možnost označilo pouze 10 respondentů (7,41%). Myslím si, že pacienti neberou informovaný souhlas jako zdroj informací o zákroku, který je čeká, ale spíše jako papír, který mají podepsat. Ze zkušenosti vím, že ve většině případů jej pacient jednoduše podepíše a ví, že informace mu budou podány i jiným způsobem. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že respondenti mají dostatečné informace, ale způsoby, jakými jsou jim předávány na mě působí málo nápaditě. Vše opět závisí na charakteru zákroku.

Vytyčení cíle č. 2 bylo záměrně zvoleno pro zjištění, za jsou pacienti edukováni v prostředí, kde se cítí dobře, za dobrých podmínek, při vymezení dostatečného času a soukromí. Dotázaní respondenti by podle zjištěných dat nejvíce uvítali předávání informací na vyšetřovně a to celkem v 54,45 % skládajících se z 55 respondentů. To se ovšem vylučuje s výsledky z následující otázky, kterou jsem se chtěla přesvědčit, kde jsou jim informace ve skutečnosti na oddělení zdravotnickým personálem předávány. Respondenty v celkovém počtu 63 (69,231 %) bylo uvedeno, že předávání informací se nečastěji odehrává na pokoji a v poměrně menší míře, tedy 25 respondenty bylo zaznačeno předávání informací na vyšetřovně (27,472%). Na kvalitu získaných poznatků to vliv nemá, pokud vše probíhá v klidném prostředí, v soukromí s vyhrazeným časem, kterým dává zdravotnický personál najevo, že má zájem nemocnému sdělit vše důležité. Co na mě působí negativně je časový interval, který sestra i lékař stráví edukací pacientů před a po vyšetření / zákroku. Podle dat vyznačených v grafech byli pacienti před vyšetřením edukováni sestrou v 70,36 % v časovém rozmezí 1 – 5 min. a pouze ve 28,13 % v intervalu od 10 – 15 min. Výsledky ze strany lékaře před vyšetřením vyšly o něco lépe. Pacienti v interakci s lékařem dobu edukace označili v 52,0 % v rozmezí 1 – 5 min. a u 46,0 % byl časový interval 10 – 20 min. I přesto ale většina dotázaných pacientů uvedla dostatečnost informací. Cíl č. 3 byl zaměřen na spokojenost pacientů s komunikací a projeveným zájmem od zdravotnického personálu. To, zda jsou pacientům předány informace v dostatečné míře a jakým způsobem je důležitou součástí péče o nemocné. Pokud ovšem jsou informace prezentovány způsobem, který není určen pro pacienty laiky, nemůže být nikdy efektivní. Touto problematikou jsem se zabývala v otázkách číslo 22a a 22b se zaměřením na jasnost

a srozumitelnost komunikace od lékaře a sestry. Více jak polovina dotázaných respondentů, přesněji 64 (80,00 %) vyjádřila spokojenost s komunikací od sestry, které dostatečně rozumí. Pro mě trochu překvapujícím zjištěním bylo 15 respondentů (18,75%), kteří využili možnosti ano, ale ne vždy jsou informace dostatečně srozumitelné. Ze strany sestry jsem neočekávala, že by mohlo docházet v takové míře k nesrozumitelnostem a tím i nepochopení některých předávaných informací. Výši odpovídajících respondentů jsem spíše předpokládala u následující otázky zaměřující se na jasnost a srozumitelnost v komunikaci ze strany lékaře. Ve výsledku byly informace pro 26 respondentů ne vždy dostatečně srozumitelné, a to ve 32,5 %. Ovšem velké množství označených odpovědí se soustředilo na možnost ano, všemu dostatečně rozumím, kterou z celkového množství dotázaných pacientů využilo 54 (67,5 %). V neposlední řadě bych zmínila získané výsledky z anonymního dotazníku, které byly získány otázkami vztahujícími se na projevený zájem zdravotnického personálu o pacienty, a to ze strany sestry a lékaře. Spokojenost se zájmem projevovaným od sestry byl respondenty ohodnocen v 87,5 % , přesněji 70 dotázanými pacienty, což hodnotím jako velké pozitivum. Pouhých 10 % , tedy 8 pacientů by uvítalo častější návštěvy sester na pokojích. Spokojenost se zájmem ze strany lékaře by se dala vyjádřit jako téměř identická. Nepatrně klesl počet spokojených a naopak mírný nástup byl zaznamenán u možnosti častějších návštěv. Výsledky tedy ukazují, že 60 respondentů zastoupených 75 % by nic neměnilo se zájmem a je spokojeno, mírný nástup je vidět u 16 respondentů uvádějících možnost častějších návštěv lékařů na pokoji (20 %).

Celkový pocit ze získaných dat mám velice dobrý. Samozřejmostí je, že v každé otázce se objevily i možnosti, které byly doplněny třeba jedním nebo více respondenty, kteří využili polouzavřeného typu otázky a jsem ráda, že byli ochotni se vyjádřit i tímto způsobem k situaci na oddělení. Myslím si, že je dobře, že tento výzkum byl uskutečněn. Zpětná vazba je pro toto povolání jedna z nejdůležitějších věcí v péči. Získávat reakce pacientů, jejich názory, postoj by mělo být součástí zlepšování a zkvalitňování péče na každém oddělení.

7 ZÁVĚR

Po provedení dotazníkové šetření, analýze dat a jejich znázornění pomocí grafu jsem dospěla k závěru, že stanovené cíle a se mi podařilo splnit. Dotazník, který byl vytvořen za účelem zjištění stavu komunikace zdravotnického personálu s pacientem proběhl bez potíží během 2 měsíců za spolupráce a pozitivního přístupu jak dotazovaných pacientů, tak vrchních sester jednotlivých oddělení.

Jako hlavní nedostatek vidím v úzkém využití možností předávat informace pacientům v rámci edukace. Z výzkumného šetření vyplývá, že personál se soustředí zejména na ústní sdělení, což bývá většinou vedeno formou rozhovoru. V teoretické části se zabývám způsoby, jak může být edukace vedena. Je to ovšem dáno možnostmi oddělení a zájmem, který musí přijít ze strany personálu i pacienta. S tím souvisí i časové rozmezí edukace ze strany sestry a lékaře. V dotazníkovém šetření byly zjištěny velice krátké časové úseky, které personál věnoval této oblasti. Tato problematika by neměla zůstat opomíjena.

Jako přínos do praxe jsem právě proto zvolila seznámení zdravotnického personálu s výsledky výzkumného šetření a to na odděleních, kde byl výzkum realizován. Vidím v tom důležitý význam v tom smyslu, že personál dostane informace o systému a péči na oddělení na základě toho, jak ji vnímá pacient.

Pevně věřím, že tento výzkum měl smysl a dokázal poukázat na rozdílné pohledy lidí na stejnou věc. Je proto dobré si uvědomit tyto odchylky, mezery v oblastech péče o pacienta a pracovat na jejich zlepšení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 247-1197-4.
- [2] BERA, J. A KOL. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
- [3] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, spol. s r.o., 2004. ISBN 80-7333-028-8.
- [4] FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv *Ošetrovatel'stvo –teória*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
- [5] GROHAR - MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0267-3.
- [6] HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997. ISBN – 80-85824-60-4.
- [7] JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN – 978-80-7367-477-9.
- [8] JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 247-2171-2.
- [9] KANITZ, A. *Umění úspěšné komunikace: jak uspět v každém rozhovoru*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1222-9.
- [10] KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: 1. ročník*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.
- [11] KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN – 978-80-247-2831-5.
- [12] KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie 1. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3270-1.
- [13] KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, Grafické studio, 2004. ISBN 80-8063-160-3.

- [14] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [15] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [16] LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [17] MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0650-4.
- [18] MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN – 80-247-1024-2.
- [19] PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetrovatelství*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-066-81.
- [20] PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- [21] PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E. A KOL. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení. 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1997-9.
- [22] POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
- [23] POSSEHL, G., KITTEL, F. *Jak se prosadit a přesvědčit ostatní. Prosaďte své návrhy, nápady a projekty*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2677-9.
- [24] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1697-8.
- [25] RYBKA, J. a kol. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1612-7.
- [26] STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství I. Sestra – reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2002. ISBN 80-7013-368-6.
- [27] ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion s.r.o., 2003. ISBN 80-7172-841-1.

- [28] ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace nejen pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978 -80- 7262-599-4.
- [29] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 80-247-1262-8.
- [30] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-32-132-2.
- [31] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
- [32] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- [33] VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [34] WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN – 80-247-1714-X.
- [35] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

ČASOPISY

- [36] ADAMCZYK, R. Jazyková kompetence sester - hledání esperanta bytí. *In: Sestra*. Praha: 2008. Ročník 18, č. 2, s. 25. ISSN 1210-0404.
- [37] BAUMANOVÁ, Z. Zvládnutí etického chování-první krok úspěchu. *In: Sestra*. Praha: 2009. Ročník 19, č.7 - 8, s. 30. ISSN 1210-0404.
- [38] HALUZÍKOVÁ, J. Komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a nemocným. *In: Dimenze moderního ošetrovatelství*. Praha: 2007. Ročník 1, č. 1, s. 3 - 4. ISSN 1802-4084.
- [39] HOLUBOVÁ, A. Co s klientem, který je hluchý, němý a slepý? *In: Sestra*. Praha: 2009. Ročník 19, č. 1, s. 24. ISSN 1210-0404.
- [40] HORŇÁKOVÁ, A., UHEROVÁ, Z. Jak úspěšně komunikovat. *In: Sestra*. Praha: 2009. Ročník 19, č. 7 - 8, s. 31. ISSN 1210-0404.

- [41] HORNÁKOVÁ, A., ŠTEFKOVÁ, G. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *In: Sestra*. Praha: 2009. Ročník 19, č. 5, s. 30. ISSN 1210-0404.
- [42] KOBER, L. Specifikace ošetrovatelské péče o cizince. *In: Sestra*. Praha: 2008. Ročník 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.
- [43] KOPECKÁ, E. Gkddlá dých., čisét - je to v lidech. *In: Sestra*. Praha: 2008. Ročník 18, č. 6, s. 23. ISSN 1210-0404.
- [44] KUDLOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, G. Komunikační karty-alternativní způsob komunikace mezi zdravotníky a pacienty cizinci. *In: Dimenze moderního ošetrovatelství*. Praha: 2007. Ročník 1, č. 1, s. 6. ISSN 1802-4084.
- [45] ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *In: Sestra*. Praha: 2007. Ročník 17, č. 12, s. 17- 18. ISSN 1210-0404.
- [46] VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry... máme v sobě empatii? *In: Sestra*. Praha: 2006. Ročník 16, č. 11, s. 23. ISSN 1210-040.
- [47] ŠIMEK, J. Komunikace v ošetrovatelství. *In: Dimenze moderního ošetrovatelství*. Praha: 2007. Ročník 1, č. 1, s. 2. ISSN 1802-4084.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [48] BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ, T. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její poskytování ve zdravotnickém týmu* [online]. 2009 [cit. 2010-04-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-oseetrovatelske-pece-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617>>.
- [49] CZEFFER, L., PAPEŽOVÁ, M. *Role a kompetence sestry v multidisciplinárním týmu* [online]. 2008 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3JMf26NK0soJ:www.nemocnice.cz/download/PP%2520role%2520a%2520kompetence%2520sestre.ppt+Role+a+kompetence+sestry+v+multidisciplin%C3%A1rn%C3%ADm+t%C3%BDmu&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>>.

- [50] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Kolik a kdo z nás používá internet?* [online]. 2009 [cit. 2010-05-22]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/1_kolik_a_kdo_z_nas_pouziva_internet>.
- [51] *Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením* [online]. [cit. 2010-05-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp>>.
- [52] *Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením* [online]. [cit. 2010-05-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/desatera-nrzp>>.
- [53] HORNÁKOVÁ, A., MAGUROVÁ, D. *Využití edukačních metod při výuce komunikace v přípravě budoucích zdravotnických pracovníků* [online]. 2010 [cit. 2010-05-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyuziti-edukacnich-metod-pri-vyuce-komunikace-v-priprave-budoucich-zdravotnickych-pracovniku-449157>>.
- [54] KOUKALOVÁ S. *Ošetřovatelství – Informovaný souhlas* [online]. 2010 [cit. 2010-05-12]. Dostupné z WWW: <Dostupné z : http://vnl.xf.cz/ose/ose-informovany_souhlas.php>.
- [55] MÍČKOVÁ, I. *Edukace jako nedílná součást ošetřovatelského procesu* [online]. 2009 [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-osetrovatelskeho-procesu-448627>.
- [56] ODBOR 22. *Práva pacientů ČR* [online]. 2005 [cit. 2010-05-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>.
- [57] VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. *Edukace* [online]. 2008-2010 [cit. 2010-03-16]. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/edukace>>.
- [58] *Vyhláška 424/2004 Sb.* [online]. 2004 [cit. 2010-05-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf>>.
- [59] ZACHAROVÁ, E. *Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebezpečí* [online]. 2009 [cit. 2010-04-30]. Dostupné z WWW: <<http://starezdn.zdn.cz/scripts/detail.php?id=440927>>.
- [60] ŽÁKOVÁ, M. *Primární prevence – charakteristika* [online]. 2009 [cit. 2010-03-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.icm.cz/primarni-prevence-charakteristika>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod. – a podobně

Aj. – a jiné

IS – informovaný souhlas

ZP – zdravotnický personál

Např. – například

Dg. – diagnóza

Č. - číslo

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví

Tabulka č. 2 - Věkové zastoupení

Tabulka č. 3a – Práva pacientů

Tabulka č. 3b – Řád oddělení

Tabulka č. 4a - Představení zdravotnického personálu

Tabulka č. 4b - Představení zdravotnického personálu

Tabulka č. 5a – Zjištění identity

Tabulka č. 5b – Zjištění identity

Tabulka č. 6a – Informovaný souhlas

Tabulka č. 6b – Informovaný souhlas

Tabulka č. 7 – Plánovaná vyšetření

Tabulka č. 8 – Metoda edukace o plánovaných vyšetřeních

Tabulka č. 9a – Metoda edukace o léčebném režimu

Tabulka č. 9a – Metoda edukace o léčebném režimu

Tabulka č. 10a – Časové vymezení sdělení informací

Tabulka č. 10b – Časové vymezení sdělení informací

Tabulka č. 10c - Časové vymezení sdělení informací

Tabulka č. 10d – Časové vymezení sdělení informací

Tabulka č. 11 – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

Tabulka č. 12a – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

Tabulka č. 12b – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

Tabulka č. 13 – Informovanost o plánovaných vyšetřeních

Tabulka č. 14 - Podmínky pro edukaci

Tabulka č. 15 – Podmínky pro edukaci

Tabulka č. 16 – Podmínky pro edukaci

- Tabulka č. 17a – Rušivé faktory během hospitalizace
- Tabulka č. 17b - Rušivé faktory během hospitalizace
- Tabulka č. 18a – Rušivé faktory během hospitalizace
- Tabulka č. 18b - Rušivé faktory během hospitalizace
- Tabulka č. 19 – Rušivé faktory během hospitalizace
- Tabulka č. 20 – Rušivé faktory během hospitalizace
- Tabulka č. 21a – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem
- Tabulka č. 21b – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem
- Tabulka č. 22a – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem
- Tabulka č. 22b – Způsoby a úroveň komunikace ZP s pacientem
- Tabulka č. 23a – Zhodnocení komunikace
- Tabulka č. 23b – Zhodnocení komunikace
- Tabulka č. 24a – Zhodnocení komunikace
- Tabulka č. 24b – Zhodnocení komunikace
- Tabulka č. 25a – Vztah mezi ZP a pacientem
- Tabulka č. 25b - Vztah mezi ZP a pacientem
- Tabulka č. 26a – Vztah mezi ZP a pacientem
- Tabulka č. 26b – Vztah mezi ZP a pacientem
- Tabulka č. 27a – Výraz v obličeji
- Tabulka č. 27b – Výraz v obličeji

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: EDUKAČNÍ ZÁZNAM

PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS - GASTROSKOPIE

PŘÍLOHA P III: PRÁVA PACIENTŮ ČR

PŘÍLOHA P IV: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE SLUCHOVÝM
POSTIŽENÍM

PŘÍLOHA P V: DESATERO KOMUNIKACE PŘI DOPROVODU PACIENTA SE
ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

PŘÍLOHA P VI: CERTIFIKÁT ZE VZDĚLÁVACÍ KONFERENCE PRO SESTRY

PŘÍLOHA P VII: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín

Příjmení a jméno pacienta Edukační záznam č.

Edukovaný:	Bariéry:	Způsob edukace:	Hodnocení edukace:
N – nemocný	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> žádná	1) ústní 4) nácvik	1) verbální porozumění
R – rodina	<input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> demence	2) písemné materiály 5) audio, video	2) praktická dopomoc při nácviku
J - jiný	<input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	3) ukázka 6) jiné....	3) praktická dovednost bez dopomoci
			4) má praktickou dovednost a verbální reakci na otázku
			5) nepochopení, je nutno opakovat
			6) odmítá edukaci, nezáměr pacienta

Témata edukace:

<input type="checkbox"/> výživa	<input type="checkbox"/> medikace	<input type="checkbox"/> inkontinence	<input type="checkbox"/> dialýza	<input type="checkbox"/> cytostatika	<input type="checkbox"/> příprava před vyšetřením	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sebedpěče	<input type="checkbox"/> další postup léčby	<input type="checkbox"/> polohování	<input type="checkbox"/> kouření	<input type="checkbox"/> radioterapie	<input type="checkbox"/> trvalý kardiostimulátor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> užívání pomůcek	<input type="checkbox"/> péče o stomii	<input type="checkbox"/> pohybový režim	<input type="checkbox"/> antikoagulační léčba	<input type="checkbox"/> aplikace imunoterapie	<input type="checkbox"/> Reveal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aplikace inzulínu	<input type="checkbox"/> péče o invazivní vstupy	<input type="checkbox"/> prevence TEN	<input type="checkbox"/> péče o prsa	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> koronarografie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> respirační terapie	<input type="checkbox"/> péče o chronickou ránu	<input type="checkbox"/> prevence ICHS	<input type="checkbox"/> péče o novorozence	<input type="checkbox"/> předoperační příprava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum	Edukovaný (N, R, J)	Způsob (1 – 6)	Slovní popis edukace	Hodnocení (1 - 6)	Identifikace a podpis edukujícího	Podpis pacienta/event. svědek, osoba blízka/osoba určená pacientem

PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS - GASTROSKOPIE

 KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI, a. s.

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
Zapsána v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Brně, oddíl B, vložka 4437
IČ: 27661989, DIČ: CZ27661989
bankovní spojení: Česká spořitelna, a.s., číslo účtu: 3482762/0800

tel.: 577 551 111, fax: 577 552 107, e-mail: bnzlin@bnzlin.cz

Interní klinika IPVZ , Centrum digestivní endoskopie, tel.: 577 552 512

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče

(ve smyslu přílohy č. 1 bodu 5 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. a v souladu s ust. § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu)

Vážená paní, vážený pane,

Na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučeno provedení níže popsaného zdravotního výkonu. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze Vašeho onemocnění či zranění o předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného zdravotního výkonu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého výkonu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce nebo opatrovník: _____

Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi

Gastroskopie

Na základě potíží a nálezu pokládáme u Vás za potřebné provést vyšetření jícnu, žaludku a dvanácterníku ohebným přístrojem / endoskopem /.

Vyšetření může odhalit vředy, nádory, zdroj krvácení, zánětlivé změny a další choroby. Ve srovnání s rentgenologickým vyšetřením je mnohem přesnější, odpadá zátěž zářením a umožňuje v případě potřeby odebrat drobné vzorky tkáně na mikroskopické a bakteriologické vyšetření. V některých případech / např. krvácení, cizí tělesa, nezhoubné nádory / je možná současná léčba.

Vyšetřovací postup:

Běžné diagnostické vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu, je jen nezbytné alespoň 6 hodin před výkonem nejíst a nepít. *Vyšetření nebolí, je jen nepříjemné,* vyžaduje však Vaši spolupráci. Přístroj se zavádí vleže na levém boku. V průběhu vyšetření držíte mezi zuby nebo dásněmi stiskem ochranný kroužek, pocit dávení překonáváte hlubokým a pomalým dýcháním. Další konkrétní postup závisí od zjištěných chorobných změn.

Alternativou:

Je méně přesné rentgenové vyšetření, při kterém však nelze provádět léčebné zákroky.

Možné komplikace:

S vyšetřením máme velké zkušenosti, komplikace jsou zcela výjimečné a s některými jsme se v praxi vůbec nesetkali. Patří sem možnost poškození orgánu, krvácení-zejména při léčebných výkonech. Výjimečně je nutná chirurgická léčba. Pokud trpíte zvýšeným sklonem ke krvácení,

berete léky proti srážení krve či trpíte alergií hlaste tuto skutečnost před vyšetřením lékaři. Platí to taktéž o možném těhotenství.

Chování po vyšetření:

V případě, že byla aplikována injekce, nesmí pacient 24 hodin řídit motorová vozidla a vykonávat takovou práci, která vyžaduje pozornost.

Budeme Vás v tomto případě konkrétně informovat. Pokud by se vyskytly jakékoliv komplikace kontaktujte ihned naše pracoviště, v mimopracovní době příjmovou ambulanci kliniky.

Zeptejte se nás, pokud něčemu nerozumíte nebo pokud chcete o vyšetření vědět víc, popřípadě o jiných vyšetřovacích metodách. Rádi Vám poskytneme v pohovoru další informace.

Možná omezení v obvyklém způsobu života:

Výkon se provádí na lačno, v případě závažnějšího výkonu (odstranění velkého polypu) je nutná krátkodobá hospitalizace.

Prohlášení a informovaný souhlas

Podpisem tohoto záznamu potvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl. Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně **souhlasím** s provedením navrženého a popsánoho zdravotního výkonu.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas kdykoli odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nejde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepiši negativní reverz.

Ve Zlíně, dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli.

PŘÍLOHA P III – 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 věcí 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. [56]

PŘÍLOHA P IV: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

1. Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.
2. Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat. Zjištěnou komunikační preferenci napíšeme na desky zdravotní dokumentace.
3. Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči, dochází při ní často k omylům. Úspěšnost odezírání je velmi snížena při fyzické či psychické nepohodě. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru. Mluvíme obrácení čelem k ní, naše tvář musí být osvětlena, nesmíme pohybovat hlavou nebo si zakrývat ústa. Dbáme na zřetelnou výslovnost a mluvíme volnějším tempem při zachování přirozeného rytmu řeči. Zdůrazňujeme klíčová slova. V případě potřeby opakujeme sdělení jinými slovy.
4. Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.
5. Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnická či jiná osoba, vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod. O přítomnosti tlumočnicka si rozhoduje jenom sám pacient se sluchovým postižením. Má na tlumočnicka právo.
6. Člověku se sluchovým postižením předem vysvětlíme, co může během vyšetření či ošetření očekávat a jakou spolupráci od něj budeme potřebovat. Při vyšetření nebo ošetření mimo zrakové pole pacienta potřebujeme další osobu, která bude stát před pacientem a dávat mu potřebné pokyny. Tvář této osoby musí být dobře osvětlena. Před snímkováním na RTG domluvíme optický signál, kdy už může pacient začít dýchat a pohybovat se.
7. Důležité dotazy na alergie, kardiostimulátor, užívané léky atd. raději opakujeme a neváháme ani použít písemnou formu. U neslyšících uživatelů znakového jazyka je bezpečnější se zdravotní anamnézou počkat na tlumočnicka. Totéž platí, chceme-li pacientovi sdělit, jak má užívat léky nebo dodržovat léčebnou životosprávu. Toto své sdělení vždy ještě napíšeme na papírek, který dáme pacientovi s sebou.
8. Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.
9. Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.
10. Pro získání potřebných znalostí nestačí tento text, je nutno prostudovat si příslušnou literaturu a získat dostatečné dovednosti a zkušenosti v praxi. [51]

PŘÍLOHA P V: DESATERO KOMUNIKACE PŘI DOPROVODU PACIENTA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

1. Zdravotnický pracovník se s nevidomým vždy předem stručně dohodne o způsobu doprovázení. Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne nevidomému rámě a ten se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Průvodce jde vpředu, nikdy nevidomého nepostrkuje, nepopotahuje ani jinak se s ním nesnaží manipulovat.
2. Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá. Proto je výhodné, aby doprovázený byl na straně závěsů (pantů) dveří; není-li tomu tak, před dveřmi si vymění místa tak, že nevidomý za průvodcem přejde na druhou stranu. Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.
3. Před vstupem na schodiště průvodce zpomalí nebo úplně zastaví a upozorní nevidomého na směr schodiště: "schody nahoru" apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.
4. O nástupu do auta (sanitky) se průvodce a doprovázený předem stručně dohodnou. Praktické je, aby průvodce položil ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak nechá na nevidomém. Je rovněž vhodné předem se dohodnout, kdo zavře.
5. Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první. Průvodce naznačí pohybem paže, za níž se nevidomý drží, aby se zařadil za něj a šel za ním v zákrytu.
6. Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo. Nevidomému stačí sdělit: "zde je židle, toto je opěradlo" a on sám si zjistí její polohu a posadí se.
7. Průvodce nevidomému stručně popíše místnost, kde se budou zdržovat. To platí i o toaletě. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.
8. Při delším pobytu musí být pacient seznámen s orientační situací místnosti, aby byl následně samostatný - jak vypadá pokoj, kde se nachází jeho lůžko a noční stolek, kde je umyvadlo, jak najde WC a umývárnu, kde se nachází ambulance, "sesterna", jak se obsluhuje zařízení na přivolání zdravotní sestry v případě nouze.
9. Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku. Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované auto.
10. Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje. [52]

**PŘÍLOHA P VI: CERTIFIKÁT ZE VZDĚLÁVACÍ KONFERENCE
PRO SESTRY**



An MSM Group Company

VZDĚLÁVACÍ KONFERENCE PRO SESTRY

Téma: Vzdělávání pro sestry

Krajská nemocnice T.Bati Zlín
Havlíčkovo Nábřeží 600, Zlín, 762 75

POTVRZENÍ O ÚČASTI

Registrovaná akce pod číslem: ČAS/KK/1047/2010
(dle vyhlášky MZČR č. 4/2010 Sb.)

Jméno: *MAGDALENA BRÉŽLOVA*

Datum narození: *24.10.1987*

Kreditní hodnota akce: 4 kreditní body

Doba trvání: 4,5 hodiny

Účast (zaškrtněte): aktivní účast autor
 aktivní účast spoluautor
 pasivní účast

Akce je určena (dle zákona č. 96/2004 Sb.) zaškrtněte:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> všeobecná sestra | <input type="checkbox"/> zubní technik |
| <input checked="" type="checkbox"/> porodní asistentka | <input type="checkbox"/> dentální hygienista |
| <input type="checkbox"/> zdravotní laborant | <input checked="" type="checkbox"/> zdravotnický záchranář |
| <input type="checkbox"/> asistent ochrany veřejného zdraví | <input type="checkbox"/> farmaceutický asistent |
| <input checked="" type="checkbox"/> nutriční terapeut | <input checked="" type="checkbox"/> zdravotně sociální pracovník |
| <input type="checkbox"/> ortoptista | |

Datum 14.4.2010

Blanka Kasperová
Blanka Kasperová, DiS.
ředitelka Divize Health Care
MSM, spol. s r. o.

PŘÍLOHA V II: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Magdaléna Grézlová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a jehož výsledky budou použity pro bakalářskou práci na téma: *Pohled pacienta na komunikaci se zdravotnickými pracovníky*. Pečlivě si prosím přečtete všechny otázky a zakřížkujte (můžete i více možností), popřípadě doplňte odpovědi tak, aby souhlasily s Vaším názorem na dané téma. Děkuji za Váš čas i ochotu.

Magdaléna Grézlová

1. Jste žena muž

2. Kolik je Vám let?

20-40

41-50

51-60

61 a více

3. Byl/a jste seznámen/a s :

- | | | |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ▪ právy pacientů | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| ▪ řádem oddělení | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

4. Byli Vám po přijetí představeni :

- | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|
| ▪ sestra | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |
| ▪ lékař | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne |

5. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, jak Vám byli představeni?

- | | |
|-----------------|--|
| ▪ sestra | <input type="checkbox"/> představila se mi celým jménem |
| | <input type="checkbox"/> přečetl/a jsem si cedulku se jménem |

- znal/a jsem sestru zdřívější hospitalizace
- jméno sestry mi řekl/la pán/paní ležící se mnou na pokoji
- jiné.....

▪ **lékař**

- představil/a se mi celým jménem
- přečetl/a jsem si cedulku se jménem
- znal/a jsem lékaře zdřívější hospitalizace
- jméno lékaře mi řekl/a pán/paní ležící se mnou na pokoji
- jiné.....

6. Byl Vám předán informovaný souhlas?

A) S HOSPITALIZACÍ

- ano, hned jak jsem byl/a uložen/a na pokoj
- ano, 1.den hospitalizace
- ano, ale až 2. nebo 3.den hospitalizace
- jiné.....

B) S VYŠETŘENÍM

- ano, den před plánovaným vyšetřením
- ano, těsně před vyšetřením
- ano, ale podepsal/a jsem ho až po vyšetření
- jiné.....

7. Byl/a jste dostatečně a srozumitelně informován/a o plánovaných vyšetřeních?

- ano, byl/a jsem dostatečně srozuměn/a o vyšetřeních
- ne, potřeboval/a bych více informací
- ne, nebyl/a jsem srozumitelně informován/a
- jiné.....

8. Jakou formou Vás zdravotnický personál informoval o plánovaných vyšetřeních?

- ústně
- písemně
- ústně i písemně
- neinformoval
- jiné.....

9. Jakým způsobem jste byl/a poučen/a dodržování léčebného a ošetrovatelského režimu?

PŘED VYŠETŘENÍM

- ústně od sestry
- ústně od lékaře
- v informovaném souhlasu
- v letáku
- spolupacientem
- jiné.....

PO VYŠETŘENÍ

- ústně od sestry
- ústně od lékaře
- v informovaném souhlasu
- v letáku
- spolupacientem
- jiné.....

10. Pokud jste odpověděl/a ústně od sestry nebo od lékaře, jak dlouho probíhalo sdělení informací? (uveďte v minutách)

PŘED VYŠETŘENÍM

sestrou

lékařem.....

PO VYŠETŘENÍ

sestrou

lékařem.....

11. Kolikrát jste slyšel/a informace o jednom vyšetření?

1x

2x

3x

4x

5x

12. Informace před i po vyšetření jste dostal/a od zdravotnického personálu po vyžádání nebo Vám byly sděleny automaticky?

SESTRA

ano, sestra mi předala informace po vyšetření

ano, ale musela jsem si zavolat sestru a informace si vyžádat

ne, žádné informace mi nebyly sděleny

jiné.....

LÉKAŘ

ano, lékař mi předal informace po vyšetření

ano, ale musela jsem si zavolat lékaře a informace si vyžádat

ne, žádné informace mi nebyly sděleny

jiné.....

13. Měl/a jste možnost po předání informací s někým zkonzultovat nejasnosti, mít dotazy?

ano, měla jsem možnost konzultace se sestrou i lékařem

ano, měla jsem možnost konzultace s lékařem

ano, měla jsem možnost konzultace se sestrou

ne, nikdo se mnou nejasnosti neřešil

14. Pokud by jste měl/a možnost zvolit si místo předání informací o vyšetření i o dalším léčebném postupu, kde by to bylo?

vyšetřovna

sesterna

pokoj

jiné.....

15. Kde Vám byly tyto informace předány?

na pokoji

na vyšetřovně

na chodbě

vkoupelně

jiné.....

16. Zajistil Vám pro předání informací zdravotnický personál soukromí, klid?

ano, měl/a jsem klid, soukromí

ano, měl/a jsem klid, ale vadili mi ostatní pacienti na pokoji

- ne, nebyla ze strany zdravotnického personálu snaha o zajištění soukromí
- jiné.....

17. Stalo se Vám, že jste byli vyrušeni během předávání informací?

SESTRA

- ano, zazvonil mobilní telefon a sestra si šla vyřídit hovor na chodbu
- ano, zazvonil mobilní telefon, ale sestra hovor odmítla
- ano, přišla jiná sestra a potřebovala pomoc
- ne, nic nás nevyrušovalo
- jiné.....

LÉKAŘ

- ano, zazvonil mobilní telefon a lékař si šel vyřídit hovor na chodbu
- ano, zazvonil mobilní telefon, ale lékař hovor odmítl
- ano, přišel jiný lékař a potřeboval pomoc
- ne, nic nás nevyrušovalo
- jiné.....

18. Je Vám nepříjemné vyrušení mobilním telefonem?

SESTRA

- ano, vadí mi, když si na pokoji vyřizuje svoje soukromé hovory
- ano, ale nic na to neříkám
- ne, nevadí mi to
- ne, ještě se mi to nestalo

LÉKAŘ

- ano, vadí mi, když si na pokoji vyřizuje svoje soukromé hovory
- ano, ale nic na to neříkám

- ne, nevadí mi to
- ne, ještě se mi to nestalo

19. Máte pocit, že je během komunikace se zdravotnickým personálem je zajištěn na oddělení dostatečný klid?

- ano, nemohu si stěžovat, nic mě neruší
- ano, ale občas mi vadí chování ostatní pacientů na pokoji
- ne, ruší mě hluk zchodby, hlasité mluvení
- jiné.....

20. Kdy nejčastěji dochází k rušení klidu na oddělení během komunikace se zdravotnickým personálem?

- především ráno, vadí mi brzké buzení
- v odpoledním klidu
- během návštěv, nemám dostatečný klid
- v noci, slyším hluk ze sesterny

21. Udržuje s Vámi zdravotnický personál oční kontakt během rozhovoru?

SESTRA

- ano, dívá se na mě během rozhovoru, udržuje kontakt
- ano, kontakt udržuje, ale působí nesoustředěně
- ne, z větší části se dívá jinam
- ne, nedívá se na mě
- jiné.....

LÉKAŘ

- ano, dívá se na mě během rozhovoru, udržuje kontakt
- ano, kontakt udržuje, ale působí nesoustředěně

- ne, zvětší části se dívá jinam
- ne, nedívá se na mě
- jiné.....

22. Když s Vámi zdravotnický personál komunikuje, mluví jasně, srozumitelně?

SESTRA

- ano, všemu dostatečně rozumím
- ano, ale ne vždy jsou informace dostatečně srozumitelné
- ne, nemluví jasně, nerozumím

LÉKAŘ

- ano, všemu dostatečně rozumím
- ano, ale ne vždy jsou informace dostatečně srozumitelné
- ne, nemluví jasně, nerozumím

23. Jak by jste zhodnotil/a úroveň komunikace zdravotnického personálu s Vámi?

(1=výborná,5=nedostatečná)

sestra 1 - 2 - 3 - 4 - 5

lékař 1 - 2 - 3 - 4 - 5

24. Jak by jste zhodnotil/a úroveň a dostatečnost předávání informací Vám od zdravotnického personálu?

(1=výborná,5=nedostatečná)

sestra 1 - 2 - 3 - 4 - 5

lékař 1 - 2 - 3 - 4 - 5

25. Jste spokojen/a se zájmem, který o vás projevuje zdravotnický personál?

SESTRA

- ano, jsem velice spokojen/a
- ano, ale mohly by na pokoj chodit častěji
- ne, nejsem spokojený/á, téměř mě na pokoji nenavštěvují
- jiné.....

LÉKAŘ

- ano, jsem velice spokojen/a
- ano, ale mohli by na pokoj chodit častěji
- ne, nejsem spokojený/á, téměř mě na pokoji nenavštěvují
- jiné.....

26. Máte důvěru ve zdravotnický personál?

(1=výborně,5= nedostatečně)

sestra 1 - 2 - 3 - 4 - 5

lékař 1 - 2 - 3 - 4 - 5

27. S jakým výrazem v obličeji k Vám zdravotnický personál chodí na pokoj nejčastěji?

sestra   

lékař   

