

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Zdeňka Růžičková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Zdeňka Růžičková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**MANAGEMENT PŘÍJMU NEMOCNÝCH NA INTERNÍ
AMBULANCI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2014

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 2. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji rodině za trpělivost během mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Růžičková Zdeňka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Management příjmu nemocných na interní ambulanci

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 49

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: příjem do nemocnice - čekací doba - psychický stav - podpora rodiny - informovanost

Souhrn: Management příjmu pacienta na interní ambulanci je soubor postupně na sebe navazujících úkonů, jehož hlavní součástí je spolupráce pacienta a zdravotnického personálu. Hlavním úkolem mé bakalářské práce bylo zjistit akceptaci čekací doby na ošetření, vliv psychického stavu a rodinného příslušníka při čekání na výsledky vyšetření. Součástí šetření bylo odhalení negativních vlivů a emocí, které vnímají pacienti během čekání na výsledky vyšetření s následnou možností hospitalizace. V praktické části jsem se zaměřila na dotazníkové šetření. Ze tří předpokladů byly dva potvrzeny.

Annotation

Surname and name: Růžičková Zdeňka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Organization of the patient income on internal surgery

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 49

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 32

Keywords: admission to a hospital – treatment latency - mental condition - family support –awareness

Summary: The management of patient's admission at an internal ambulatory is a cluster of operations linking to each other, requiring a cooperation between patients and medical staff. The major aim of my bachelor's thesis was to find out an acceptance of treatment latency, an effect of dependent's presence and actual mental condition during waiting for results of examination. All at once, I investigated all the negative effects and emotions related to the waiting for results and potential admission to a hospital. In the practical part of my bachelor's thesis, I focused on the questionnaire survey especially. Out of three assumptions, two were verified.

OBSAH

Obsah.....	9
Úvod.....	11
1 Příjem nemocného do zdravotnického zařízení	12
1.1 Hospitalizace obecně.....	12
1.2 Centrální příjem	12
1.3 Ambulantní příjem.....	13
1.4 Příjem na oddělení	13
2 Dokumentace	15
2.1 Lékařská dokumentace.....	15
2.2 Sesterská dokumentace	16
2.3 Informované souhlasy.....	17
2.4 Identifikační náramky	18
3 Technické záze mí příjmové ambulance	19
3.1 Informační kancelář	19
3.2 Vyšetřovací ambulance	19
3.3 Hygienické a čistící zázemí.....	21
3.4 Čekárna pro pacienty a příbuzné.....	21
4 Odpovědnost a role sestry při příjmu do nemocnice	22
4.1 Organizace příjmu a pořadí pacientů	22
4.2 Příprava dokumentace pacienta	22
4.3 Spolupráce s lékařem	23
4.4 Edukace pacienta.....	23
4.5 Zajištění bezpečnosti a pohodlí pacienta	24
5 Specifika příjmu na interní ambulanci	25
5.1 Akutní a chronické příjmy	25
5.2 Čekání na ošetření.....	25
5.3 První dojem.....	26
5.4 Prevence hospitalismu.....	26

5.5 Doprovod rodinným příslušníkem	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
6 Formulace problému.....	28
7 Cíle a předpoklady výzkumu	29
8 Charakteristika souboru	30
9 Metoda sběru dat	30
10 Organizace výzkumu	30
11 Analýza údajů.....	31
12 Prezentace a interpretace získaných údajů	52
13 Diskuse	55
Závěr	59
Literatura.....	60
Seznam tabulek	63
Seznam příloh.....	64
Příloha č. 1	65
Příloha č. 2	66

ÚVOD

Pokud se u člověka objeví zdravotní problémy, ať v podobě příznaků, nebo bolesti, tento pocit nás nepříjemně omezuje. Nemocný začíná mít strach o svůj osobní život.

Bude to jen banalita, nebo vzniklé bolesti signalizují něco horšího? Budu moci sportovat jako dříve? Neohrozí mi nemoc rodinný život, nenaruší mi vztah s manželkou, nebo s dětmi? Nedostanu výpověď v zaměstnání z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti? Nebudu mít z důvodu nemoci finanční těžkosti? Tyto a jiné otázky nutí většinu pacientů k návštěvě lékaře. (Křivohlavý aj., 2002, s. 13-14)

Při návštěvě lékaře pacient očekává laskavou péči, vstřícnost, jednoduchost vyšetřovacích metod, rychlé stanovení diagnózy, plné vyléčení v co nejkratším termínu. Nemalou měrou se na této představě podílejí multimédia.

Po příchodu do zdravotnického zařízení pacient často zjistí, že léčba nemoci má někdy svá úskalí, nelze urychlit, je třeba trpělivosti a to jak na straně personálu, tak pacienta.

Vzhledem k tomu, že pracuji na příjmové interní ambulanci, vnímám jako největší problém čekací doby na ošetření, s tím spojený nárůst nervozity, strachu pacientů o své zdraví. V této práci bych se chtěla zaměřit na čekací doby pacientů na ošetření, na jejich psychický stav a v poslední řadě svoji práci zaměřit na přítomnost a podporu člena rodiny při návštěvě zdravotnického zařízení.

1 PŘÍJEM NEMOCNÉHO DO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ

Potřebná zdravotní lékařská péče by měla být dostupná pro všechny občany našeho státu, a to bez rozdílu věku a sociálního postavení. Naše zdraví je dáno souborem indikátorů, které se různě během života mění. Zdraví se dotýká každého z nás. Pacienti přicházejí do nemocnice na doporučení obvodního lékaře, lékaře specialisty, na doporučení lékařské služby první pomoci, přijíždí vozem rychlé záchranné služby nebo přicházejí bez doporučení. Přijetí do nemocnice není příjemnou záležitostí.

Cílem dnešní medicíny je preference ambulantní léčby. (Gladkin aj., 2003, s. 53, 105)

1.1 Hospitalizace obecně

Hospitalizace je pobyt pacienta v nemocnici za účelem diagnostickým, terapeutickým, sociálním. Cílem hospitalizace je provedení všech lékařských a ošetrovacích činností, které s příjmem pacienta bezprostředně souvisí. Je třeba dbát na jeho biologickou, psychologickou a sociální rovinu, pohodu a prevenci hospitalismu. (FN Plzeň, Standard c, 2013)

Větší poptávka pacientů po hospitalizaci vyžaduje po zdravotnickém personálu zavádění nových inovativních technologií, diagnostických i léčebných postupů. Klade větší nároky na bezpečnost a kvalitní služby. Optimální lůžkový management je strategický v jakékoliv nemocnici. Je to důležitý ekonomický pilíř. Pro pacienta je přijetí na akutní lůžko velká událost. (<http://www.biomrfcentral.com/14-71-2318/12/13>)

1.2 Centrální příjem

Centrální příjem je soubor několika ambulancí, kam je pacient dovezen, komplexně vyšetřen a poté v případě nutnosti hospitalizace směřován na oddělení interní, chirurgické, kardiologické, neurologické, ortopedické, psychiatrické, nebo odeslán k dalšímu vyšetření do odborné ambulance, například endokrinologické, diabetologické, gynekologické, angiologické.

Trendem dnešní medicíny je právě centralizace několika odborností do jedné ambulance a to z důvodu jednodušší orientace pro pacienty, kteří přicházejí do nemocnice hledat lékařskou pomoc. (FN Plzeň, Standard c, 2013)

1.3 Ambulantní příjem

Na interní ambulanci přicházejí pacienti se širokou škálou zdravotních problémů, od banálních nachlazení až po život ohrožující nemoci. V těchto případech je velmi důležitá role zdravotní sestry jako koordinátorky. O pořadí ošetření si rozhoduje lékař. (FN Plzeň, Standard c, 2013)

Bolest je nejčastější doprovodný symptom, se kterým pacienti přicházejí do nemocnice. Z lékařského pohledu je chápána jako typický příznak zánětu, úrazu, nádoru, nebo může signalizovat nově vznikající zdravotní problém. Bolest je velmi subjektivní vjem. Z pohledu subjektivního může být bolest různá - nociceptivní, neuropatická, psychická. Z pohledu filozofického chápeme tělo a život jako vlastní tělesné bytí a žití a právě to nás v období nemoci nejvíce zajímá. V případě nemoci je třeba si uvědomit rozdílnost vývoje každého jednotlivce, a to jak po stránce psychologické, sociální, tak i biologické.

Je důležité zjistit, v jaké etapě nemoci se člověk nachází, jak nemoc prožívá a jak se k jeho onemocnění staví nejbližší okolí. Podpora rodiny při onemocnění je pro psychickou stránku nemocného stavěna na pomyslném žebříčku velmi vysoko. V době nemoci není možné být aktivní tak, jak by si nemocný přál. (Raudenská aj., 2011, s. 24)

1.4 Příjem na oddělení

Pokud po komplexním vyšetření na příjmové ambulanci lékař rozhodne o hospitalizaci, je povinen seznámit pacienta s důvody nutnosti zůstat v nemocnici. Ať už se jedná o pobyt plánovaný, nebo akutní, hospitalizace je vždy zásah do osobní svobody. Vzhledem k tomu, že většině pacientů je nepříjemný stav vícelůžkových pokojů našich nemocnic, je možno pacientovi nabídnout pokoj nadstandardní.

Po příchodu na oddělení je sestra povinna pacienta podrobně seznámit s chodem oddělení a jeho uspořádáním, s plánem ošetrovatelské péče, s nemocničním řádem a Kodexem práv pacientů, který je součástí každého oddělení, a tudíž kdykoli k nahlédnutí. Důraz se klade na edukaci použití signalizačního zařízení.

Velmi málo nemocnic má dostatečný prostor na pokojích pro uložení osobního oblečení, proto je tento problém řešen centrálním úložištěm oděvů. Pacient musí obdržet doklad o počtu uložených svršků, který si uschová pro případ reklamace. Součástí příjmu je informace o možnosti uložení cenností do nemocničního trezoru. Je třeba nechat pacientovi prostor pro otázky, předejde se nepříjemnostem, které pramení

z nedostatečné informovanosti. Pokud má pacient specifické přání, je nutno záležitost řešit hned v počátku, pokud přání nelze zcela splnit, je důležité domluvit pravidla, na kterých se shodne pacient, personál i ostatní pacienti na pokoji. V této fázi adaptačního procesu je důležitá role zdravotní sestry. Svým profesionálním přístupem se nemalou měrou podílí na psychickém stavu a spolupráci pacienta.

V ČR je zákaz kouření platný pro všechna zdravotnická zařízení.

(<http://www.mzcr.cz/kvalitabezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice>)

2 DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace v České republice je upravena celou škálou závazných ustanovení. Vše je podloženo právní silou. Tyto předpisy jasně deklarují formu, obsah, povinnost vést zdravotnickou dokumentaci.

Zákon č. 20/1996 Sb. a Vyhláška (č. 385/2006 Sb.) od 1. 4. 2012 nahrazena předpisem č. 372/2011 Sb. o zdravotnické dokumentaci především stanovuje, že:

Všechna zdravotnická zařízení jsou povinna vést dokumentaci bez rozdílu a výjimky. Veškerá dokumentace může být zaznamenána na záznamových nosičích.

V obsahu dokumentů musí být vždy součástí přesná identifikace pacienta, zdravotnického zařízení. Dokumentace musí obsahovat anamnézu, průběh onemocnění, informace o nemoci, výsledky léčby. Musí obsahovat i okolnosti a významné skutečnosti, které se bezprostředně týkají zdravotního stavu pacienta.

Zákon č.101/200 sb. stanovuje ochranu zdravotnické dokumentace před zneužitím. Trestní zákon, §178 stanovuje postih osob, které neoprávněně nakládají se zdravotnickou dokumentací. (Vondráček aj., 2008, s. 11.), (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#Content>).

Zdravotnická dokumentace slouží především k zachování návaznosti zdravotní péče, je možno ji použít jako vědecký materiál, je podkladem pro zdravotní pojišťovnu, je důkazem, že péče byla poskytnuta osobou s odpovídajícím vzděláním. Lékařská a sesterská dokumentace musí být vedena pravdivě, čitelně, jasně, srozumitelně, stručně. Musí být psána v českém jazyce. (Vondráček aj., 2008, s. 13, 15)

2.1 Lékařská dokumentace

Lékařská dokumentace slouží k uchování záznamů o poskytování kompletní zdravotní péče. Základním vyšetřením je odběr anamnézy a osobních údajů. Anamnéza rodinná, osobní, sociální, pracovní, farmakologická, alergická, gynekologická, abusus, nynější onemocnění.

Další součástí je chorobopis, laboratorní list, medikační list, ordinace konziliárních vyšetření, výsledky vyšetření. Lékařská dokumentace obsahuje informace o ordinacích lékaře, je pracovním podkladem pro sestru. Nejdůležitější z pohledu personálu je objektivní vyšetření lékaře a subjektivní vnímání pacienta.

Sestra do lékařské dokumentace nezapisuje žádné záznamy. (Navrátil aj., 2008, s. 21-22)

2.2 Sesterská dokumentace

V ambulantním provozu je stěžejní sesterskou dokumentací kniha příchodů a odchodů pacientů. Zápis každého pacienta, který navštíví příjmovou ambulanci, musí obsahovat čas příchodu, doporučení, diagnózu, záznam vitálních funkcí, provedená vyšetření, medikaci podanou sestrou, záznam o uskutečnění regulačního poplatku, v případě, že pacient nezůstal hospitalizován, čas odchodu ze zdravotnického zařízení. Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje odvoz sanitním vozem, tato skutečnost též musí být zaznamenána. (FN Plzeň, Standard c, 2013)

Podání opiátů je přísně evidováno a zapisováno lékařem a sestrou do opiátové knihy a knihy ambulantní. (Hůsková aj., 2009, s. 11)

V případě hospitalizace je ze sesterského pohledu důležitý ošetrovatelský proces. Správně odebraná anamnéza může velmi pozitivně ovlivnit kvalitu poskytované péče. Okruhy odebírané anamnézy jsou: výživa, vyprazdňování, aktivita/cvičení, odpočinek/spánek, kouření/alkohol, kompenzační pomůcky, role/vztahy, sexualita, tolerance ke stresu, náboženství. Po vyhodnocení dat z odebrané anamnézy si sestra zvolí odpovídající způsob ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelská diagnóza je druhým krokem a stanovuje se až na základě vyhodnocení všech informací o pacientovi. Napomáhá k co nejkvalitnější ošetrovatelské péči. Při stanovení ošetrovatelské diagnózy je třeba vždy vyslovit vlastní problém, pravděpodobnou příčinu, projevy. Ošetrovatelská diagnóza se nejčastěji dělí na akutní a potencionální.

Plánování je třetí fáze ošetrovatelského procesu. Kvalitně vypracovaný ošetrovatelský plán vychází z ošetrovatelské diagnózy, péče, z trendů moderního ošetrovatelství a souběžně z lékařské diagnózy. Ošetrovatelský plán se skládá ze dvou částí. Stanovení cílů a plánu ošetrovatelských intervencí. Cíle mohou být jak krátkodobé, tak dlouhodobé.

Předposlední částí je realizace ošetrovatelského procesu. Ten může být realizován až po propojení všech předchozích částí. Je důležité, aby naplánovaná péče byla do důsledku realizována, jinak pro pacienta není přínosem. Realizace má tři okruhy péče: péče podle předem stanoveného plánu, přehodnocení plánu podle momentálního stavu

pacienta, neplánovaná péče z důvodu možnosti dynamické úpravy podle vývoje aktuálního stavu pacienta.

Hodnocení je poslední součástí ošetrovatelského procesu. Stupně dosažených cílů jsou hodnoceny specificky a umožňují pohled personálu zpět. Ten je důležitý pro zjištění účinnosti, nebo neúčinnosti celého procesu.

Globální pohled na celý proces umožňuje personálu neopakovat chyby, může osvětlit nutnost větší vzdělanosti, odkryt špatnou funkčnost a organizovanost týmu. Naopak někdy utvrdí zdravotníky, že jejich péče je kvalitní a výsledky procesu jsou pozitivní. Efekt ošetrovatelské péče hodnotí průběžně každý zdravotník. Hodnocení je nezbytnou součástí ukončení každého jednotlivého procesu.

Pacient hodnotí výtěžnost procesu svými subjektivními pocity. Je nedílnou součástí tohoto plánu, v případě neúspěchu se může aktivně zapojit do hledání nové možnosti způsobu řešení. (Staňková 2005, s. 24-57)

2.3 Informované souhlasy

Pokud je pacient hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, součástí přijímacího řízení je podpis souhlasu s hospitalizací. Tento formulář podepisuje až po poskytnutí informací o důvodu hospitalizace. Obsahuje poučení, jaké má pacient během hospitalizace možnosti. Možnost svobodné volby o postupu při poskytování zdravotních služeb. Možnost volby osob, které budou dostávat informace o zdravotním stavu pacienta.

Informovaný souhlas musí mít veškeré náležitosti. Nacionále, rodné číslo, bydliště, datum, čas, důvod hospitalizace. Svým podpisem stvrzuje pacient souhlas. Pokud se pacient není schopen podepsat, ale s hospitalizací souhlasí, může zdravotnický personál toto učinit za něj, ale s jasnou definicí souhlasu, například slovem, kývnutím, gestem, očima.

V případě nesouhlasu pacient podepisuje negativní revers, který obsahuje kompletní poučení i se všemi možnými negativními dopady.

Pokud ze zdravotních důvodů do 24 hodin nelze informovaný souhlas podepsat, tato informace musí být zaslána na příslušný soud, který postupuje dle platné legislativy.

Pacientům v těžkém zdravotním stavu přiděluje soud opatrovníka. (FN Plzeň, Informovaný souhlas 2013)

2.4 Identifikační náramky

Za správnost identifikačního náramku je zodpovědný nelékařský zdravotnický pracovník. Součástí je podrobná edukace pacienta. Cílem identifikačních náramků je poskytnutí maximální bezpečnosti, a proto je jeho nošení po celou dobu hospitalizace velmi důležité. Náramky jsou pro pacienty všech věkových kategorií. Nošení náramků preventivně působí na riziko záměny. Náramek je pacientovi nasazen ihned při příjmu. Po příchodu na lůžkové oddělení je nutná druhá kontrola jako prevence záměny. Zpravidla se nasazuje na dominantní končetinu. Náramek je opatřen identifikačním štítkem, na kterém je jméno, příjmení a část rodného čísla před lomítkem. Rodné číslo za lomítkem je začerněno z důvodu ochrany osobních údajů, kód oddělení je začerněn z důvodu možnosti překladu. Nejčastější důvody pro nenasazení náramku jsou kožní projevy, těžká poranění všech končetin, alergické reakce, těžké otoky, popáleniny.

Velmi zřídka je náramek odmítnut pacientem bez zjevné příčiny. Náramek se nenasazuje pacientům, kteří jsou propuštěni do domácího ošetření nejdéle po 8 hodinách po přijetí. (FN Plzeň, Standard b, 2013)

3 TECHNICKÉ ZÁZEMÍ PŘÍJMOVÉ AMBULANCE

Předpis č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče mimo jiné stanovuje obecné požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. Všechna zdravotnická zařízení v České republice musí plně odpovídat stavebně technickým požadavkům. Fungování těchto zařízení musí splňovat bezpečný provoz.

Zdravotnická zařízení musí tvořit komplex, nesmí se nacházet v bytových prostorech, musí mít zajištěnu dodávku pitné vody teplé a studené s následným odpadním systémem. Nedílnou součástí je vytápění, systém větrání - nucený, nebo přirozený, přípojka k veřejné rozvodně elektrické energie, připojení k telefonní síti, a to buď veřejné, nebo mobilní. (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>)

3.1 Informační kancelář

Ve většině nemocnic se ve vstupní hale nachází informační kancelář. Ta slouží k lepší orientaci pacientů při vstupu.

Humánní přístup personálu k pacientovi představuje respektování základních principů a to především z pohledu medicínské etiky. Je důležitým aspektem, proto je třeba od počátečního kontaktu snaha o co nejlepší navození důvěry. Tento fakt má pozitivní vliv na pocity úzkosti a obavy, se kterými pacienti do nemocnice přicházejí. (Zachardová 2010, s. 28-29)

3.2 Vyšetřovací ambulance

- **Základem provozních prostorů ambulantní péče zdravotnických zařízení jsou:**
 - ordinace lékařů
 - čekárna
 - WC pro pacienty
 - zákrokový sál (pokud jsou prováděny)
- **Vedlejší provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:**
 - sanitární zařízení pro zaměstnance
 - skladovací prostory

- místnost pro odpočinek personálu - pokud je zřízena

Vedlejší společné prostory může využít více ambulancí dohromady.

Podlahová plocha ambulance musí splňovat minimálně 13 m².

▪ **Ambulance musí obsahovat:**

- vyšetřovací lehátko
- umyvadlo
- dřez na mytí pomůcek
- nábytek pro práci personálu
- židle, nebo křeslo pro pacienta
- skříň na léčivé přípravky
- stolky na přístroje a nástroje
- nepřenosný trezor na omamné a psychotropní látky
- skříň na nástroje a pomůcky
- pokud není centrální kartotéka, nebo dokumentace jen v elektronické podobě, musí být součástí ambulance uzamykatelné kartotéky
- lednice na léky
- tonometr, fonendoskop, teploměr na měření tělesné teploty, osobní váha, výškoměr
- sterilizátor - pokud není dle zvyklostí zařízení určeno jinak
- lokální vyšetřovací svítidlo
- kabinka pro odložení oděvu pacienta

▪ **Ambulance pro interní choroby musí ještě obsahovat:**

- EKG přístroj
- glukometr
- infuzní stojan
- sonograf, pokud není zajištěno jinak

3.3 Hygienické a čistící zázemí

Toalety pro pacienty musí být bezbariérové, musí mít umyvadlo umístěno v kabině WC, nebo v předsíni. Skladovací prostory jsou určeny pro materiál, dezinfekční prostředky, prádlo. Lze ho nahradit skříněmi, ale zabezpečení musí být takové, aby nedošlo ke kontaminaci čistých věcí věcmi znečištěnými.

3.4 Čekárna pro pacienty a příbuzné

Čekárna musí mít podlahovou plochu 7 m² a musí být vybavena sedacím nábytkem. Pokud je podlahová plocha čekárny větší než 10 m², je možno ji využít pro vícero ambulancí. (<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>)

4 ODPOVĚDNOST A ROLE SESTRY PŘI PŘÍJMU DO NEMOCNICE

V České republice je právní odpovědnost sester upravena v Zákoně č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických profesích a vyhláškou č. 55/2011, která stanovuje rozsah a kompetence sester dle dosaženého vzdělání.

Za své pracovní činnosti a nepřekročení kompetence by měla sestra nést právní odpovědnost. Plnou právní odpovědnost si sestra nese za činnost, která není v kompetenci lékaře. (Heřmanová aj., 2012, s. 66)

4.1 Organizace příjmu a pořadí pacientů

Pacienti často obcházejí stupňový systém našeho zdravotnictví. Přicházejí s chřipkou, několikadenními bolestmi zad, chronickými potížemi, které je trápí i několik měsíců. Často si pletou akutní příjem do nemocnice s lékařskou pohotovostí. Zdravotníci nesmějí tyto pacienty odmítnout, každý musí být ošetřen.

Naše zdravotnictví je založeno na principu solidarity. Bohužel díky takovému nešvarům se následně neúměrně prodlužují čekací doby na ošetření. (Hradilová 2005)

Povinností sestry je uspokojování aktuálních potřeb pacienta. Při příchodu k lékaři se klient musí prokázat průkazem totožnosti, kartou pojišťovny. Zvláště u cizinců je občanský průkaz, nebo cestovní doklad důležitý z důvodu předcházení zneužívání karet pojišťovny jiného pacienta.

Sestra jako manažerka po odebrání informací od pacienta musí umět rozpoznat stav, který by jej ohrožoval na životě. Tato znalost je důležitá u pacientů přicházejících bez doporučení, neboť při špatném vyhodnocení potíží by mohlo dojít k nevratnému poškození zdraví, například při infarktu myokardu, plicní embolii, kardiálním selhávání, astmatickém záchvatu.

Ve spolupráci s lékařem organizuje příjem a pořadí ošetření pacientů. (FN Plzeň, Standard c, 2013)

4.2 Příprava dokumentace pacienta

Po převzetí dokladů provede sestra kontrolu identifikace v klinickém informačním systému dle zvyklostí organizace. V případě, že pacient je cizinec, který není schopen prokázat svoji totožnost, je povinností lékaře kontaktovat Inspektorát cizinecké policie.

Nedílnou součástí tohoto procesu je vyplnění dokladu o poskytování informací o zdravotním stavu příbuzným. Pokud si pacient nepřeje poskytovat informace nikomu, i toto musí být zaznamenáno a stvrzeno pacientovým podpisem.

Dokument musí být potvrzen i datem a podpisem zdravotníka, který tento úkon prováděl. Pokud již pacient navštívil ambulanci, je sestra povinna připravit veškerou dostupnou dokumentaci lékaři. (FN Plzeň, Standard c, 2013)

V případě hospitalizace sestra připraví chorobopis, informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, ordinační list, laboratorní list, doklad pro pojišťovnu. Na žádost pacienta vyplní průkaz práce neschopného. Ze sesterské dokumentace dodá ošetřovatelskou anamnézu, nasadí pacientovi identifikační náramek.

Po celou dobu tohoto úkonu pečlivě odpovídá pacientovi na veškeré dotazy. Empatický přístup při přijetí je důležitý pro uchování biologické, psychologické a sociální roviny pacienta. Velký důraz je kladen na zachování intimity. (Kelnarová aj., 2009, s. 53-54)

4.3 Spolupráce s lékařem

Při příchodu do interní ambulance pacient sděluje své potíže, se kterými přichází. Poté je vyzván k odložení svršků. U každého pacienta sestra provede: 12svodový elektrokardiogram, změří krevní tlak, srdeční puls, dech, saturaci krve kyslíkem.

Po zhodnocení zdravotního stavu jsou sestrou provedeny všechny úkony dle ordinací lékaře, například zajištění žilního vstupu, odběry krve, krevních plynů, zavedení permanentního močového katetru, zavedení nasogastrické sondy, provedení punkce ascitu, venepunkce, aplikace infusní léčby.

V případě kardiálních obtíží je pacient napojen na monitor. Všechny tyto úkony musí sestra vykonávat plně dle svých kompetencí. Po celou dobu vyšetřování asistuje lékaři. Jejich spolupráce je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu (FN Plzeň, Standard c, 2013)

4.4 Edukace pacienta

Z Latinského slova educare je odvozen pojem edukace, což znamená vychovávat. Edukace je nepřetržité ovlivňování pacienta pozitivním směrem. Tento proces je důležitý k rozvoji schopností, vědomostí a návyků. Edukace ve zdravotnictví hraje nezastupitelnou roli v primární, sekundární a terciální prevenci. Přispívá k udržení, nebo

obnově zdraví. Základní edukací předáváme pacientovi nové zkušenosti, vědomosti. Reeducací prohlubujeme dříve získané informace. (Juřeníková 2010, s. 9-11)

Kvalitní edukace se nemalou měrou podílí na ošetrovatelském procesu a příznivém průběhu léčby. Součástí tohoto procesu je hodnocení stupně pochopených informací a spolupráce pacienta. Edukační proces pomáhá pacientovi získat nové informace o vlastním onemocnění a umět je použít. Edukační činnost patří neodmyslitelně k péči o nemocné. (FN Plzeň, Standard a, 2013)

4.5 Zajištění bezpečnosti a pohodlí pacienta

Celosvětovým cílem ve specifických oblastech je snaha o co největší bezpečí pacientů. Veškeré plně funkční procesy a vnitřní systémy zařízení zaručují kvalitní zdravotní péči na vysoké úrovni. Mezinárodní bezpečnostní cíle jsou zahrnuty do jednotlivých standardů. Plnění bezpečnostních cílů je při udělování akreditace hodnoceno samostatně. Bezpečnostní cíle se týkají prevence záměny pacienta, zvýšení bezpečí u rizikových léků, efektivní komunikace, identifikace pacienta, prevence nozokomiálních infekcí, prevence pádů a jejich důsledků. (International Joint Commission 2008, s. 49)

Poskytovatel zdravotní péče zodpovídá za bezpečnost a zdravotní stav pacienta. Za své chování a jednání si svéprávný pacient odpovídá sám, nikoliv personál. (Vondráček aj., 2009, s. 13,29)

5 SPECIFIKA PŘÍJMU NA INTERNÍ AMBULANCI

Vnitřní lékařství je základní medicínský obor, který se zabývá léčbou vnitřních orgánů. Obor interna patří spolu s chirurgií, gynekologií, porodnicí a pediatrií k základním oddělením nemocniční péče. Preferencí interní léčby je konzervativní postup. Mezioborová spolupráce je samozřejmostí, neboť převážná část pacientů je vyššího věku. Profesionální přístup, vlídné slovo, zachování intimity a příjemné klima jsou pozitivní momenty, které mohou kladně ovlivnit léčbu pacienta. (Šafránková aj., 2006, s. 13-14)

5.1 Akutní a chronické příjmy

Do nemocnice pacienti přicházejí s různými potížemi na pohotovost, proto je nezbytné, aby sestra dokázala rychle identifikovat ty pacienty, kteří mají závažné problémy. K tomuto rozlišení slouží metoda zvaná triáž, která je pětistupňová.

Do prvního resuscitačního stupně jsou zařazeni pacienti, kteří potřebují neodkladnou péči, pacienti se zástavou oběhu a dýchání, pacienti s křečemi. Druhý emergentní stupeň zahrnuje bolesti na hrudi, astmatický záchvat, cévní mozkovou příhodu. Třetí naléhavý stupeň zahrnuje infekce, mírné bolesti, lehké dýchací potíže. Tito lidé mohou počkat třicet minut. Do čtvrtého a pátého stupně patří neurgentní potíže, na jejichž ošetření mohou pacienti počkat dvě hodiny a déle. (Čížková 2008, s. 33- 34)

Oběhová a dechová nedostatečnost, onkologická postižení, metastázy, těžké dehydratace, kachexie, vleklé bolesti pohybového aparátu jsou chronické potíže interního charakteru, které pacientovi trvale ztěžují pohyb a sebeobsluhu. (Čevela aj., 2010, s. 32)

5.2 Čekání na ošetření

Nedostatečná hygiena zařízení, hluk, malý prostor bez květin, postávání na chodbách jsou situace, které negativně ovlivňují čekání na ošetření. Špatná informovanost o upřednostňování akutních příjmů, neprofesionální přístup, podrážděný tón personálu, nesrozumitelné informace, devalvace, nepochopení etnické rozdílnosti jsou negativa, která ovlivňují pohled pacienta a jeho doprovodu na zdravotnictví jako celek. Sestra musí umět zvládat i netrpělivé a podrážděné chování pacienta, které pramení z jeho nelehké životní situace. (Vytejková aj., 2011, s. 38-42)

5.3 První dojem

Při příchodu pacienta do zdravotnického zařízení je důležitý pocit bezpečí a pohody. Příjemná čekárna, čitelné označení pracovišť, dostatek informačních letáků, časopisů, snaha o evaluaci jsou klady, které eliminují strach a obavu nemocného. Příjemný první dojem je základem pro dobrou spolupráci a adaptaci klienta na hospitalizaci. Součástí tohoto procesu je empatický přístup personálu. (Vytečková aj., 2011, s. 40)

5.4 Prevence hospitalismu

Z psychologického hlediska je nemoc porucha systému. Je vnímána subjektivně, objektivně, má stránku prožitkovou, psychologickou. Má aspekt biologický, psychický a společenský. Na počátku onemocnění mohou stát psychosomatické potíže, kterým je třeba věnovat dostatečnou pozornost. Nemoc je pro zdravotníka soubor příznaků, které se dají objektivně zjistit. Subjektivní vnímání je reálným faktorem patřícím k obrazu nemoci. Zdravotník by měl počítat s negativním vztahem k nemoci. (Zacharová aj., 2011, s. 133- 134)

Jedním z faktorů, kterým se zabývá dnešní medicína, je prevence hospitalismu. Hospitalismus je vyústění negativních vlivů, které doprovázejí pobyt ve zdravotnickém zařízení. Čím delší je hospitalizace, tím pravděpodobnější je rozvinutí hospitalismu a ovlivnění tělesné a duševní stránky pacienta. Negativní vliv dlouhodobé hospitalizace se projevuje pasivitou člověka. Nemocný se přestane o sebe starat, život mimo nemocniční pokoj se stává hrozbou.

Dnešní nemocnice se snaží o co největší přiblížení ústavní péče domácímu prostředí, o omezení hospitalizace, příjemné prostředí, přizpůsobení nemocničního režimu, možnost pravidelných návštěv, zajištění podnětů a dostatku činností pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci. Tyto opatření patří mezi základní strategie v prevenci hospitalismu. (Zacharová aj., 2011, s. 169- 170)

Pacient přicházející na plánovaný příjem, je ušetřen stresu a nepříjemnému pocitu. Má dostatek informací o svém pobytu v nemocnici, rovněž rodina je připravena. Tento typ příjmu pozitivně předchází hospitalismu. (www.nextstepincare.org)

5.5 Doprovod rodinným příslušníkem

Nemoc člověka má negativní vliv na rodinné zázemí. Při přetěžování organismu může dojít i k pocitu viny s vědomím zavinění nemoci. V případě hospitalizace nemoc negativně naruší rovnováhu vztahů v rodině. (Zacharová aj., 2011, s. 166-167)

Nemalou měrou se podílí na zvládnání stresových situací pomoc člověka člověku. Jedná se o sociální oporu. Ta se vyskytuje v různém měřítku. Instrumentální opora se týká zabezpečení odvozu, doprovodu k lékaři, zavolání pomoci, finanční pomoci. Informační pomoc zahrnuje naslouchání, porozumění, pochopení. Někdy stačí jen informace, že přání pacienta bylo splněno.

Emocionální podpora je pro pacienty důležitá v situaci, kdy vyčkávají na výsledky svých vyšetření. Strach, úzkost a obava jsou emoce, které se derou do popředí, a v těchto případech je zvláště důležitá podpora nejbližších a poskytnutí kladných emocí. (Křivohlavý aj., 2010, s. 84)

Strach a úzkost signalizují, že něco není v pořádku, tělo začne mobilizovat síly. Pokud tento stav setrvává déle, situace se může obrátit a pacient se dostává do stavu oslabení, vyčerpání, nespolupráce.

Někdy jen přítomnost druhé osoby stačí k tomu, aby se pacient snažil o co nejrychlejší uzdravení. (Vymětal aj., 2007, s. 38-39)

Rodina má nezastupitelnou úlohu v procesu terapie. Nemalou měrou se podílí při onemocnění člena rodiny na vyhledání lékaře, při změně životního stylu, psychické podpoře, pocitu bezpečí. (Bártlová 2005, s. 54)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Jedním z problémů při příjmu do zdravotnického zařízení jsou dlouhé čekací doby právě na příjmových ambulancích, kde dochází k rozhodnutí o příjmu nemocného k hospitalizaci.

Tomu, zda nemocný bude přijat, předchází celé spektrum vyšetření, která mohou být časově náročná. V návaznosti na psychický stav nemocného může být doba čekání odlišně vnímána a mnohdy může být i komplikací v poskytování zdravotní péče.

Vnímají skutečně nemocní dlouhé čekání negativně, nebo jej dokážou akceptovat vzhledem ke komplexnosti nabízené péče?

7 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU

Cílem této práce bylo:

- zmapovat spokojenost s dobou čekání na ošetření
- zjistit, jaká emoce nejčastěji ovlivňuje pacienty při návštěvě ambulance
- odhalit možné nedostatky ovlivňující čekání na výsledky vyšetření
- zmapovat akceptaci rozdílné čekací doby při komplexnosti vyšetření v jeden den

Cíl 1: Zjistit, zda pacientům vadí dlouhá čekací doba na ošetření na interní ambulanci v rámci rozhodování o případné hospitalizaci.

Předpoklad 1: Více jak polovině pacientů vadí dlouhé čekání na ošetření.

Otázky č.: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 20

Cíl 2: Zjistit, jak je ovlivněn psychický stav pacienta při čekání na výsledky vyšetření.

Předpoklad 2: Více než polovina pacientů uvede jako hlavní pocit strach.

Otázky č.: 1, 3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21

Cíl 3: Zjistit, zda opakované ošetření pacienta na interní ambulanci ovlivňuje vnímání délky čekací doby.

Předpoklad 3: Více jak polovina pacientů, kteří byli ošetřeni opakovaně na interní ambulanci, akceptuje rozdílnou délku čekací doby na ošetření.

Otázky č.: 4, 6, 11, 14, 15, 18, 19

Kritérium pro předpoklady:

Vyhodnocení jsem zvolila formou nadpoloviční většiny.

Nadpoloviční většina: 51 % a více.

8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Souborem byli pacienti čekající na ošetření na II. interní klinice - příjmová ambulance, kteří byli ochotni dotazník vyplnit. Nebylo zohledněno pohlaví, věk, vzdělání ani skutečnost, po kolikáté je respondent na ambulanci ošetřen. Roli nehrál ani fakt, zda nemocný bude po ošetření přijat k hospitalizaci.

9 METODA SBĚRU DAT

K získání sběru dat jsem použila kvantitativní formu výzkumu pomocí dotazníku.

Strukturovaný dotazník byl anonymní a obsahoval 21 uzavřených otázek, které se týkaly délky čekací doby, akceptace čekací doby, psychického vlivu na vyšetření, celkového vnímání prostředí.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Dotazník jsem začala rozdávat se souhlasem vedení II. interní kliniky a po udělení povolení Útvarem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice v Plzni. Dotazníky jsem rozdávala v období od prosince 2013 do ledna 2014 na II. interní klinice, na interní příjmové ambulanci. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost byla 100 %.

Pro zachování anonymity respondenti vkládali vyplněný dotazník do uzavřeného boxu.

11 ANALÝZA ÚDAJŮ

Předpoklad č. 1: Více jak polovině pacientů vadí dlouhé čekání na ošetření.

Otázky č.: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 20

Kritéria pro hodnocení:

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 5 uvede odpověď „a - do 30 minut“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 7 uvede odpověď „ano“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 8 uvede odpověď „čekal/a jsem zde vícekrát“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 9 uvede odpověď „d - i přes upozornění personálu o nutnosti počkat jsem odešel/a, e - opustil/a jsem čekárnu bez jakékoliv domluvy, f - žádná z nabízených možností mi nevyhovuje“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 20 uvede odpověď „b - ne, chybí mi zde nějaké časopisy na čtení, c - celkový vzhled čekárny mě nezajímá, chci být rychle ošetřen a jít domů, d - žádná z nabízených možností mi nevyhovuje“.

Otázka č. 2, 3 jsou doplňující.

Předpoklad č. 1: Více jak polovině pacientů vadí dlouhé čekání na ošetření.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka 1 - Věkové rozhraní respondentů (n=100)

Věkové rozhraní respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost(%)
50 let a méně	50	50%
51-60 let	22	22%
61-70 let	14	14%
71 let a více	14	14%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

V této otázce 50 % (50) respondentů označilo odpověď 50 let a méně, 22 % (22) 51-60 let, 14 % (14) respondentů označilo 61-70 let. Odpověď 71 let a více zvolilo 14 % (14) dotazovaných.

Otázka č. 3: Důvod Vaší návštěvy interní ambulance je nyní?

Tabulka 2 - Druh návštěvy interní ambulance (n=100)

Druh návštěvy interní ambulance	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Akutní obtíže	46	46%
Chronické obtíže	16	16%
Plánovaný příjem	12	12%
Kontrolní vyšetření	24	24%
Jiné	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Pro akutní obtíže navštívilo interní ambulanci 46 % (46) respondentů, 16 % (16) pro obtíže chronické. Na plánovaný příjem přichází 12 % (12), na kontrolní vyšetření 24 % (24) respondentů. Jiné obtíže mají 2 % (2) respondentů.

Otázka č. 5: Jak dlouhou dobu jste ochoten/a zde čekat na ošetření?

Tabulka 3 - Tolerance čekací doby (n=100)

Tolerance čekací doby	Absolutní četnost				Celkem	Relativní četnost (%)
	50 let a méně	51-60 let	61-70 let	70 let a více		
Do 30 minut	14	8	4	2	28	28%
30-60 minut	20	10	4	2	36	36%
1-2 hodiny	2	2	2	4	10	10%
2-3 hodiny	2	-	2	-	4	4%
Je mi to jedno, hlavně když někdo vyřeší problém, se kterým přicházím	10	2	2	6	20	20%
Jiné	2	-	-	-	2	2%
Celkem	50	22	14	14	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Dobu čekání do 30 minut toleruje 28 % (28) oslovených, čekací dobu do 60 minut 36 % (36) respondentů. 10 % (10) respondentů je ochotno čekat 1-2 hodiny, 4 % (4) 2-3 hodiny. 20 % (20) oslovených je jedno, jak dlouho budou čekat. Kolonku jiné vybrali 2 % (2) respondentů.

V tabulce je dále znázorněno rozdělení respondentů dle věku a následná akceptace doby čekání na ošetření.

Otázka č. 7: Čekal/a jste zde někdy déle než 4 hodiny?

Tabulka 4 - Čekací doba větší než 4 hodiny (n=100)

Čekací doba větší než 4 hodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	28	48%
Ne	22	38%
Nepamatuji si	8	14%
Celkem	58	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Pro 58 (100 %) respondentů, kteří interní ambulanci navštívili minimálně 2x za posledních 12 měsíců byla položena tato otázka.

Respondentů, kteří čekali na ošetření déle, než 4 hodiny bylo 48 % (28), déle nečekalo 38 % (22). Délku čekání si nepamatuje 14 % (8) dotazovaných.

Otázka č. 8: Pokud jste odpověděl/a ano (otázka č. 7), stalo se to jednou, nebo vícekrát?

Tabulka 5 - Počet čekání déle než 4 hodiny (n=100)

Počet čekání déle než 4 hodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, jen jednou	16	57%
Čekal/a jsem vícekrát	12	43%
Celkem	28	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Na otázku, zda respondenti čekali vícekrát déle než 4 hodiny, odpovědělo 57 % (16) „ano, jen jednou“. Vícekrát čekalo 43 % (12) dotazovaných.

Tento dotaz byl směřován 28 (100 %) respondentům, kteří na otázku číslo 7 odpověděli „ano“.

Otázka č. 9: Jak jste tuto situaci řešil/a?

Tabulka 6 - Řešení dlouhého čekání (více než 4 hodiny) na ošetření (n=100)

Řešení dlouhého čekání na ošetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vyčkal/a jsem v čekárně, až na mě přijde řada	30	83%
Odešel/a jsem a po domluvě s L. jsem přišel/a druhý den	2	6%
Odešel/a jsem a po domluvě s L. jsem se vrátil/a odpoledne	2	6%
I přes upozornění personálu o nutnosti vyčkat jsem odešel/a	-	0%
Opustil/a jsem čekárnu bez jakékoliv omluvy	-	0%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	2	6%
Celkem	36	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Odpověď „vyčkal/a jsem v čekárně, až na mě přijde řada“ zvolilo 83 % (30) respondentů. Na dotaz „odešel/a jsem a po domluvě s lékařem jsem přišel/a druhý den“ odpovědělo 6 % (2) dotazovaných. Odpověď „odešel/a jsem a po domluvě s lékařem jsem se vrátil/a odpoledne“ zvolilo 6 % (2) respondentů. Odpověď C a D si nevybral žádný respondent. 6 % (2) dotazovaných nevyhovovala žádná odpověď.

Otázka č. 20: Vnímáte prostředí čekárny interní ambulance jako vhodné?

Tabulka 7- Vhodné prostředí čekárny (n=100)

Vhodné prostředí čekárny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, prostředí je pěkné, působí na mě uklidňujícím dojmem	58	58%
Ne, chybí mi zde nějaké časopisy na čtení	14	14%
Celkový vzhled čekárny mě nezajímá, chci být rychle ošetřen a jít domů	20	20%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	8	8%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

V této otázce měli respondenti ohodnotit vzhled čekárny. Na 58 % (58) respondentů čekárna působí uklidňujícím dojmem, 14 % (14) chybí časopisy a celkový vzhled čekárny nezajímá 20 % (20) respondentů. Odpověď žádnou z nabízených možností zvolilo 8 % (8) dotazovaných.

Předpoklad č. 2: Více než polovina pacientů uvede jako hlavní pocit strach.

Otázky č.: 1,3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21

Kritéria pro hodnocení:

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 10 uvede odpověď „strach, úzkost, napětí“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 12 uvede odpověď „ano“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 13 uvede odpověď „a - je příjemné vědět, kdo se o mě stará, d - v dnešní době je to samozřejmost“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 16 uvede odpověď „ano“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 17 uvede odpověď „ano“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 19 uvede odpověď „a - ano, bez rodinného příslušníka vnímám více strach a úzkost, b - doprovod vnímám jako možnost vyplnit čekání hovorem“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 21 uvede odpověď „c - i přes velký strach plně důvěřuji personálu, d - informace mě ovlivnily pozitivně, moje obava vymizela“.

Otázka č. 1, 3 jsou doplňující.

Předpoklad č. 2: Více než polovina pacientů uvede jako hlavní pocit strach.

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka 8 - Pohlaví respondentů (n=100)

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muži	44	44%
Ženy	56	56%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Na dotazníkové šetření odpovědělo 44 % (44) mužů a 56 % (56) žen.

Otázka č. 3: Důvod Vaší návštěvy interní ambulance je nyní?

Tabulka 9 - Druh návštěvy interní ambulance (n=100)

Druh návštěvy interní ambulance	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Akutní obtíže	46	46%
Chronické obtíže	16	16%
Plánovaný příjem	12	12%
Kontrolní vyšetření	24	24%
Jiné	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Interní ambulanci navštívilo 46 % (46) respondentů pro akutní obtíže, 16 % (16) pro chronické obtíže. Plánovaný příjem zvolilo 12 % (12) respondentů, kontrolní vyšetření 24 % (24) a jiné vyšetření 2 % (2) respondentů.

Otázka č. 10: Jaké pocity Vás doprovází během čekání? (označené možnosti seřaďte na číselné škále od 1- maximální do 4- minimální, je možno vybrat více odpovědí)

Tabulka 10 - Pocity při čekání (n=100)

Pocity při čekání	1	2	3	4	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	1	2	3	4	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY						MUŽI					
Strach	12	8	10	-	30	25%	4	6	8	-	18	21%
Bolest	10	2	4	-	16	13%	4	2	4	4	14	16%
Úzkost	4	6	4	6	20	16%	6	6	2	-	14	16%
Vztek	-	4	8	4	16	13%	-	-	2	6	8	9%
Napětí	6	10	6	6	28	23%	2	8	2	4	16	19%
Zoufalství	-	2	-	6	8	7%	-	-	-	4	4	5%
Žádné	-	-	-	-	4	3%	-	-	-	-	12	14%
Celkem	32	32	32	22	122	100%	16	22	18	18	86	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí na číselné škále od 1 (maximální) do 4 (minimální). Nejčastěji vybrali respondenti emoci **strach**.

U 25 % (30) žen byl strach nejvíce vybrán číslem 1 (12), u 21 % (18) mužů číslem 3 (8). **Bolest** zvolilo 13 % (16) žen a to nejvíce na stupni 1 (10), muži vybrali bolest v 16 % (14) a to nejvíce na stupni 1,3,4 (4). **Úzkost** vybralo 16 % (20) žen, nejvíce stupeň 2 a 4 (6), 16 % (14) mužů, nejvíce stupeň 1 a 2 (6). **Vztek** zvolilo 13 % (16) žen, nejvíce na stupni 3 (8), muže ovlivňuje vztek v 9 % (8) a to nejvíce na stupni 4 (6). **Napětí** zvolilo 23 % (28) žen, nejvíce na stupni 2 (10), 19 % (16) mužů, nejvíce na stupni 2 (8). **Zoufalství** zvolilo 7 % (8) žen, nejvíce na stupni 4 (6), 5 % (4) mužů, nejvíce na stupni 4 (4). Žádné emoce si zvolilo 14 % (12) mužů a 3 % (4) žen.

Otázka č. 12: Přispívá nošení vizitek personálu se jménem k Vašemu bezpečí?

Tabulka 11 - Nošení vizitek (n=100)

Nošení vizitek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY		MUŽI	
Ano	38	68%	36	82%
Ne	2	4%	2	5%
Nevím	16	29%	6	14%
Celkem	56	100%	44	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Na otázku, zda nošení vizitek přispívá k bezpečí, odpovědělo 68 % (38) žen ano, 4 % (2) žen ne a 29 % (16) žen nevím. Muži zvolili v 82 % (36) odpověď „ano“, v 5 % (2) odpověď „ne“ a ve 14 % (6) odpověď „nevím“.

Otázka č. 13: Pokud jste odpověděl/a ano, (otázka č. 12) označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor

Tabulka 12 - Důvod nošení vizitek (n=100)

Důvod nošení vizitek	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY		MUŽI	
Je příjemné vědět, kdo se o mě stará	28	74%	36	100%
Snižuje to pocit anonymity	4	11%	-	0%
Vím, na koho si mohu v případě nespokojenosti stěžovat	2	5%	-	0%
V dnešní době je to samozřejmost	4	11%	-	0%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	-	0%	-	0%
Celkem	38	100%	36	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Na otázku číslo 12, která se týkala nošení vizitek a bezpečí odpovědělo 38 (100 %) žen a 36 (100 %) mužů „ano“. Pro tyto respondenty byla položena tato otázka.

„Je příjemné vědět, kdo se o mě stará“ zvolilo 74 % (28) žen a 100 % (36) mužů. „Snižuje to pocit anonymity“ zvolilo 11 % (4) žen. „Vím, na koho si mohu v případě nespokojenosti stěžovat“ vybralo 5 % (2) žen. „V dnešní době je to samozřejmost“ zvolilo 11 % (4) žen. Odpověď E ne zvolila žádná žena. Nikdo z mužů nevybral odpověď B, C, D, E.

Otázka č. 16: Byl Vám po ošetření dán dostatečný prostor pro kladení otázek o Vašem nynějším zdravotním stavu?

Tabulka 13 - Prostor pro otázky (n=100)

Prostor pro otázky	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY		MUŽI	
Ano	54	96%	42	95%
Ne	-	0%	-	0%
Nevím	2	4%	2	5%
Celkem	56	100%	44	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Na otázku, která se týkala dostatečného prostoru pro kladení otázek ohledně zdravotního stavu, odpovědělo 96 % (54) žen a 95 % (42) mužů kladně. 4 % (2) žen a 5 % (2) mužů zvolilo odpověď „nevím“. Odpověď „ne“ nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 17: Pokud jste odpověděl/a ano, (otázka č. 16) využil/a jste tento čas k získání informací o svém zdravotním stavu?

Tabulka 14 - Využití podání informací (n=100)

Využití podání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY		MUŽI	
Ano	54	100%	40	95%
Ne	-	0%	2	5%
Celkem	54	100%	42	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Pro 54 (100 %) žen a 42 (100 %) mužů, kteří odpověděli na otázku číslo 16 kladně, byla položena tato otázka.

Podání informací o zdravotním stavu využilo 100 % (54) žen a 95 % (40) mužů. Informace si nepřálo pouze 5 % (2) mužů.

Otázka č. 19: Vzbuzuje ve Vás přítomnost rodinného příslušníka pocit bezpečí při čekání na ošetření?

Tabulka 15 - Přítomnost rodiny (n=100)

Přítomnost rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY		MUŽI	
Ano, bez rodinného příslušníka vnímám více strach a úzkost	24	43%	8	18%
Doprovod vnímám jako možnost vyplnit čekání hovorem	14	25%	24	55%
Nechci s sebou nikoho	2	4%	6	14%
Psychická podpora a přítomnost rodiny je pro mě důležitá a to ať jdu s jakoukoliv nemocí k lékaři	14	25%	6	14%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	2	4%	-	0%
Celkem	56	100%	44	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Bez rodinného příslušníka vnímá více strach a úzkost 43 % (24) žen a 18 % (8) mužů. Doprovod, jako možnost vyplnit čekání hovorem vnímá 25 % (14) žen a 55 % (24) mužů. 4 % (2) žen a 14 % (6) mužů nechce sebou k lékaři nikoho. Psychickou podporu a přítomnost rodiny zvolilo 25 % (14) žen a 14 % (6) mužů. Žádná z nabízených možností nevyhovuje 4 % (2) žen, muži tuto možnost nevyužili.

Otázka č. 21: Pokud Váš stav vyžadoval následnou hospitalizaci, jak ovlivnily informace od ošetřujícího personálu na příjmové interní ambulanci Váš psychický stav?

Tabulka 16 - Vliv informací při možnosti hospitalizace (n=100)

Vliv informací při možnosti hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
	ŽENY		MUŽI	
Jsem velmi nerozhodný, informace mne ujistily o nutnosti hospitalizace	2	4%	2	5%
Informace mne nepříjemně zaskočily	4	7%	2	5%
I přes velký strach plně důvěřuji personálu	34	61%	18	41%
Informace mě ovlivnily pozitivně, moje obava vymizela	-	0%	6	14%
Psychicky mě informace neovlivnily	-	0%	2	5%
Neovlivnily, vždy se rozhoduji v kruhu rodinném	2	4%	2	5%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	12	21%	4	9%
Nehospitalizovaní	2	4%	8	18%
Celkem	56	100%	44	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Odpověď „jsem velmi nerozhodný, informace mne ujistily o nutnosti hospitalizace“ zvolila 4 % (2) žen a 5 % (2) mužů. Informace nepříjemně zaskočily 7 % (4) žen a 5 % (2) mužů. „I přes velký strach plně důvěřuji personálu“ zvolilo 61 % (34) žen a 41 % (18) mužů. „Informace mě ovlivnily pozitivně, moje obava vymizela“ zvolili pouze muži a to ve 14 % (6). Psychicky informace neovlivnily jen muže a to v 5 % (2). Informace neovlivnila 4 % (2) žen a 5 % (2) mužů. Tito respondenti se rozhodují v kruhu rodinném. Odpověď „žádná z nabízených možností mi nevyhovuje“ zvolilo 21 % (12) žen a 9 % (4) mužů.

Nehospitalizováno bylo 18 % (8) mužů a 4 % (2) žen.

Předpoklad č. 3: Více jak polovina pacientů, kteří byli ošetřeni opakovaně na interní ambulanci, akceptují rozdílnou délku čekací doby na ošetření.

Otázky č.: 4, 6, 11, 14, 15, 18, 19

Kritéria pro hodnocení:

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 6 uvede odpověď „1 - 2 hodiny“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 11 uvede odpověď „b - rozdílná čekací doba mi nevadí, raději si počkám, c - rozdílná čekací doba mi nevadí, jsem zde již opakovaně a znám chod této ambulance“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 14 uvede odpověď „ano“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 15 uvede odpověď „a - ano chápu, že krevní testy a ostatní vyšetřovací metody nejsou hotovy na počkání, c - ano, snížilo to ve mně strach a napětí“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 18 uvede odpověď „a - ano, informace ve mně snižují napětí a stres, b - ano, pokud mám informace, nevadí mi ani čekání“.

Nadpoloviční většina klientů v otázce č. 19 uvede odpověď „a - ano, bez rodinného příslušníka vnímám více strach a úzkost, b - doprovod vnímám jako možnost vyplnit čekání hovorem“.

Otázka č. 4 je doplňující.

Předpoklad č. 3: Více jak polovina pacientů, kteří byli ošetřeni opakovaně na interní ambulanci, akceptují rozdílnou délku čekací doby na ošetření.

Otázka č. 4: Po kolikáté jste na této interní ambulanci?

Tabulka 17 - Počet návštěv této ambulance (n=100)

Počet návštěv v této ambulanci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Tato návštěva je první	42	42%
Byl/a jsem zde 2-5x za posledních 12 měsíců	36	36%
Byl/a jsem zde více než 5x za posledních 12 měsíců	22	22%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Interní ambulanci navštívilo poprvé 42 % (42) respondentů. Otázku „ Byl/a jsem zde 2-5x za posledních 12 měsíců“ zvolilo 36 % (36) respondentů. Více než 5x za posledních 12 měsíců navštívilo interní ambulanci 22 % (22) dotazovaných.

Otázka č. 6: Jaká je zde průměrná doba čekání na ošetření? (odpovězte v případě, že jste zde byl/a více než 2x)

Tabulka 18 - Průměrná doba čekání při minimálně 2 návštěvách (n=100)

Průměrná doba čekání (při min. 2 návštěvách)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 30 minut	2	3%
30-60 minut	12	21%
1-2 hodiny	30	52%
2-3 hodiny	12	21%
3-4 hodiny	-	0%
Jiné	2	3%
Celkem	58	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Pro 58 (100 %) respondentů, kteří interní ambulanci navštívili minimálně 2x za posledních 12 měsíců byla položena tato otázka.

Dobu čekání do 30 minut zvolila 3 % (2) respondentů. Čekání 30-60 minut zvolilo 21 % (12) dotazovaných. Čekání 1-2 hodiny vybralo 52 % (30) respondentů. Dobu čekání 2-3 hodiny vybralo 21 % (12) respondentů. Žádný respondent nezvolil 3-4 hodiny. Odpověď „jiné“ zvolila 3 % (2) respondentů.

Otázka č. 11: Jak vnímáte v této ambulanci rozdílnou čekací dobu i přes komplexnost vyšetření v jeden den?

Tabulka 19 - Vnímání rozdílné čekací doby i přes komplexnost vyšetření v jeden den (n=100)

Vnímání rozdílné čekací doby i přes komplexnost vyšetření v jeden den	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rozdílná čekací doba mi vadí	4	4%
Rozdílná čekací doba mi nevadí, raději si počkám	22	22%
Rozdílná čekací doba mi nevadí, jsem zde již opakovaně a znám chod této ambulance	18	18%
Nevím, jsem zde poprvé	34	34%
Nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a	22	22%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	-	0%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Odpověď „rozdílná čekací doba mi vadí“ zvolila 4 % (4) respondentů. Odpověď „rozdílná čekací doba mi nevadí, raději si počkám“ zvolilo 22 % (22) dotazovaných. Odpověď „rozdílná čekací doba mi nevadí, jsem zde již opakovaně a znám chod této ambulance“ zvolilo 18 % (18) dotazovaných. „Jsem zde poprvé“ vybralo 34 % (34) respondentů. O rozdílné čekací době nikdy nepřemýšlelo 22 % (22) respondentů. Odpověď F ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 14: Byl Vám ošetřujícím personálem vhodně vysvětlen důvod rozdílné čekací doby?

Tabulka 20 - Vysvětlení rozdílné čekací doby (n=100)

Vysvětlení rozdílné čekací doby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	84	84%
Ne	6	6%
Nevím	10	10%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Důvod rozdílné čekací doby byl vhodně vysvětlen 84 % (84) dotazovaných. Odpověď „ne“ zvolilo 6 % (6) a „nevím“ 10 % (10) respondentů.

Otázka č. 15: Pokud jste odpověděl/a ano, (otázka č. 14) mělo podané vysvětlení vliv na vnímání situace?

Tabulka 21 - Vliv podaného vysvětlení na vnímání situace (n=100)

Vliv podaného vysvětlení na vnímání situace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, chápu, že krevní testy a ostatní vyšetřovací metody nejsou hotovy na počkání	66	79%
Ano, důvod mi byl dostatečně vysvětlen, přesto nechci čekat	2	2%
Ano, snížilo to ve mně strach a napětí	8	10%
Ne, jsem tu opakovaně, tudíž vím, jak to zde probíhá	8	10%
Ne, vysvětlení na mě nemá žádný vliv	-	0%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	-	0%
Celkem	84	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Pro 84 (100 %) respondentů, kteří na otázku číslo 14 odpověděli „ano“ byla položena tato otázka.

„Ano, chápu, že krevní testy a ostatní vyšetřovací metody nejsou hotovy na počkání“ zvolilo 79 % (66) respondentů. „Ano, důvod mi byl dostatečně vysvětlen, přesto nechci čekat“ zvolila 2 % (2) respondentů. „Ano, snížilo to ve mně strach a napětí“ zvolilo 10 % (8) respondentů. 10 % (8) dotazovaných zde bylo již opakovaně. Odpověď E, F ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 18: Ovlivňuje dostatek informací o Vašem zdravotním stavu vnímání rozdílné čekací doby na ošetření?

Tabulka 22 - Ovlivnění rozdílné čekací doby dostatkem informací (n=100)

Ovlivnění rozdílné čekací doby dostatkem informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, informace ve mně snižují napětí a stres	44	44%
Ano, pokud mám informace, nevadí mi ani čekání	42	42%
Ne, informace mě neovlivňují	8	8%
Ne, naopak jsem ještě nervóznější	4	4%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Nejvíce respondentů 44 % (44) zvolilo odpověď „ano, informace ve mně snižují napětí a stres“. Odpověď „ano, pokud mám informace, nevadí mi ani čekání“ zvolilo 42 % (42) dotazovaných. Informace neovlivnily 8 % (8) dotazovaných a více nervóznější byla 4 % (4) respondentů. Žádnou nabízenou možnost si nevybrala 2 % (2) respondentů.

Otázka č. 19: Vzbuzuje ve Vás přítomnost rodinného příslušníka pocit bezpečí při čekání na ošetření?

Tabulka 23 - Přítomnost rodiny (n=100)

Přítomnost rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, bez rodinného příslušníka vnímám více strach a úzkost	32	32%
Doprovod vnímám jako možnost vyplnit čekání hovorem	38	38%
Nechci s sebou nikoho	8	8%
Psychická podpora a přítomnost rodiny je pro mě důležitá a to ať jdu s jakoukoliv nemocí k lékaři	20	20%
Žádná z nabízených možností mi nevyhovuje	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

n = rozsah statistického souboru

Bez rodinného příslušníka vnímá více strach a úzkost 32 % (32) respondentů. Doprovod, jako možnost vyplnit čekání hovorem vnímá 38 % (38) respondentů. Nikoho s sebou k lékaři nechce 8 % (8) dotazovaných. Psychickou podporu a přítomnost rodiny zvolilo 20 % (20) respondentů. Žádná z nabízených možností nevyhovuje 2 % (2) dotazovaných.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda pacientům vadí dlouhá čekací doba na ošetření na interní ambulanci v rámci rozhodování o případné hospitalizaci.

Předpoklad 1: Více jak polovině pacientů vadí dlouhé čekání na ošetření.

Kritérium: nadpoloviční většina

Otázky č.: 2, 3, 5, 7, 8, 9, 20

Zhodnocení předpokladu 1: Tento předpoklad se mi nepotvrdil.

Výsledky šetření ukázaly, že nadpoloviční většina pacientů je ochotna čekat na vyšetření déle než 30 minut. K předpokladu jsem položila otázku, zda pacienti, kteří jsou na této ambulanci opakovaně, čekali někdy déle než čtyři hodiny. Na tuto otázku odpovědělo 48 % pacientů ano, 38 % ne a 14 % pacientů si délku čekací doby nepamatuje. Pro 28 (100 %) respondentů s odpovědí „ano“ jsem přidala otázku, zda čtyři hodiny čekali jednou, nebo vícekrát. Nadpoloviční většina (57 %) pacientů odpověděla, stalo se to jen jednou. V této otázce se mi předpoklad nepotvrdil. Další otázka položená pacientům, kteří zde čekali déle než 4 hodiny, nebo si délku čekání přesně neuvědomují, zněla, jak tuto situaci řešili. Nadpoloviční většina (83 %) pacientů odpověděla, že vyčkala, až na ně přijde řada. Tudíž i tato otázka můj předpoklad nepotvrdila. Při čekání u lékaře je důležité i prostředí. K tomuto se vztahovala otázka, která se ptala na vhodnost prostředí naší čekárny. Nadpoloviční většina respondentů (58 %) odpověděla, že prostředí čekárny je pěkné. Vzhledem k tomu, že jsem předpokládala, že pacientům chybí časopisy a prostředí je nezajímavé, tak ani tento předpoklad se mi nepotvrdil. Doplňkovou otázkou k tomuto předpokladu byl věk respondentů. Zjištěním byl fakt, že 50% respondentů byli pacienti ve věku 50 let a méně.

Cíl 2: Zjistit, jak je ovlivněn psychický stav pacienta při čekání na výsledky vyšetření.

Předpoklad 2: Více než polovina pacientů uvede jako hlavní pocit strach.

Kritérium: nadpoloviční většina

Otázky č.: 1,3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 21

Zhodnocení předpokladu 2: Tento předpoklad se mi potvrdil.

Tento předpoklad se mi potvrdil v otázce, kde ze šesti negativních emocí, které respondenti mohli volit, byl nejčastěji označen strach. Domnívám se, že tato emoce je umocněna tím, že nejvíce pacientů (46 %) přichází s obtížemi, které jsou akutního rázu. Cíl č. 2 jsem se rozhodla hodnotit z pohledu mužů a žen zvlášť. Z šetření vyplynulo, že 21 % mužů a 25 % žen uvedlo strach jako hlavní emoci, která je ovlivňuje během návštěvy lékaře. Převážná část mužů (8) hodnotila strach na stupni 3, u žen (12) převažoval strach na stupni 1. Bolest byla zastoupena v poměru 16 % mužů a 13 % žen. Úzkost měla zastoupení v 16 % u obou pohlaví stejné. Vztek ovládal více ženy (13 %). Nejméně respondentů zvolilo negativní emoci zoufalství, a to 5 % mužů a 7 % žen. Kolonku žádné emoce zvolilo více mužů (14 %). Z šetření vyplynulo, že 23 % žen a 19 % mužů prožívá silné napětí, a to nejvíce na stupni 2. V otázce, jež zjišťuje, zda nošení vizitek přispívá k bezpečí, odpovědělo 82% mužů a 68% žen ano. Předpoklad se mi potvrdil i v otázce, kde měli respondenti, kteří odpověděli ano, zdůvodnit nutnost nošení vizitek. Nejčastěji zněla odpověď: „je příjemné vědět, kdo se o mě stará“. Takto odpovědělo 100 % mužů a 74 % žen. Následující otázka zjišťovala, zda respondenti měli dostatečný prostor pro kladení otázek, a pokud ano, zda prostor využili. Z dotazu vyplynulo, že z 96 % (54) žen, kterým byl dán prostor, plných 100 % tento čas využilo. Muži měli prostor pro otázky v 95 % (42) a v 95 % (40) tento čas také využili. Další otázka tohoto předpokladu směřovala k pocitu bezpečí při čekání v doprovodu rodiny. Bez rodinného příslušníka vnímám více strach a úzkost označilo 43 % žen, a 18 % mužů. Doprovod vnímám, jako možnost vyplnit čekání hovorem označilo 25 % žen a 55 % mužů. Poslední otázka, která se týkala následné hospitalizace a jejího ovlivnění, mě velmi potěšila, neboť 61 % žen a 41 % mužů i přes velký strach plně důvěřuje personálu, 14 % mužů informace pozitivně ovlivnily a 21 % žen si nevybralo žádnou nabízenou odpověď.

Cíl 3: Zjistit, zda opakované ošetření pacienta na interní ambulanci ovlivňuje vnímání délky čekací doby.

Předpoklad 3: Více jak polovina pacientů, kteří byli ošetřeni opakovaně na interní ambulanci, akceptují rozdílnou délku čekací doby na ošetření.

Kritérium: nadpoloviční většina

Otázky č.: 4, 6, 11, 14, 15, 18, 19

Zhodnocení předpokladu 3: Tento předpoklad se mi potvrdil.

Z šetření vyplynulo, že 58 % respondentů bylo na této ambulanci během posledního roku opakovaně. Z těchto respondentů 52 % zvolilo můj předpoklad - průměrnou délku čekání na ošetření 1 - 2 hodiny. Velká část respondentů (21 %) označila 2 - 3 hodiny čekání. Na otázku „Jak vnímáte v této ambulanci rozdílnou délku čekání i přes komplexnost vyšetření v jeden den?“ jsem předpokládala, že nadpoloviční většina respondentů zvolí odpověď „rozdílné čekání mi nevadí, raději si počkám, rozdílné čekání mi nevadí, jsem zde opakovaně a znám chod této ambulance.“ Tento předpoklad se mi v 60 % potvrdil (34 % respondentů bylo zde poprvé). Otázka ohledně vysvětlení důvodu rozdílné čekací doby byla v 84 % zodpovězena kladně. Respondenti, kteří odpověděli ano, odpovídali i na navazující otázku „mělo podané vysvětlení vliv na vnímání situace“. Odpověď „ano, snížilo to ve mně napětí a strach“ zvolilo 10% respondentů, odpověď „ano, chápu, že krevní testy nejsou hotovy na počkání“ zvolilo 79 % respondentů. Tato moje domněnka se potvrdila. Na otázku, která zjišťovala, zda informace o zdravotním stavu ovlivňují vnímání rozdílné čekací doby, respondenti odpověděli ve 44 %, že tyto informace snižují napětí a stres, ve 42 % pokud mají informace, nevadí jim ani čekání. Z posledního dotazu vyplývá, že přítomnost rodiny je nezastupitelná a to ve 32 %, kdy pacienti bez rodiny pocítují více strach a úzkost. Velké procento zastoupení (38 %) má i odpověď „doprovod vnímám jako možnost vyplnit čekání hovorem“. Domněnka byla ze 70 % potvrzena.

13 DISKUSE

Bakalářskou práci jsem zaměřila na management příjmu na interní ambulanci, akceptaci délky čekací doby a s tím spojený psychický stav pacienta při čekání na ošetření. Svoji práci jsem směřovala především k prožitkům v době čekání mezi první vyšetření a následnou kompletací výsledků. Svě cíle jsem si stanovila do tří okruhů předpokladů.

Cíl 1: Zjistit, zda pacientům vadí dlouhá čekací doba na ošetření na interní ambulanci v rámci rozhodování o případné hospitalizaci.

Předpoklad 1: Více jak polovině pacientů vadí dlouhé čekání na ošetření. Kritérium jsem zvolila formou nadpoloviční většiny. Tento předpoklad se mně nepotvrdil. Byla jsem naprosto přesvědčená, že pacienti, kteří k nám přicházejí, nejsou ochotni čekat na vyšetření déle než 30 minut. Výsledky šetření však ukázaly, že je tomu naopak a nadpoloviční většina pacientů je ochotna čekat déle. Zajímavostí je odpověď 20 % pacientů, pro které je důležité, že někdo vyřeší problém, se kterým přecházejí, tudíž délka čekací doby není rozhodující. Vzhledem k tomu, že na interní ambulanci pracuji již několik let a často vidím situaci, kdy pacienti rozezlení délkou čekání odcházejí pryč, byl pro mě výsledek otázky číslo 9 překvapením. V tomto dotazu 83 % respondentů jasně označilo odpověď „vyčkal/a jsem, až na mě přijde řada“. Můj předpoklad, že pacienti zvolí odpověď „i přes upozornění personálu o nutnosti počkat jsem odešel“ a „opustil jsem čekárnu bez jakékoliv omluvy“ se mně nepotvrdil. Domnívám se, že s délkou čekací doby úzce souvisí i potíže, se kterými pacienti přicházejí do nemocnice. Libuše Čížková ve své knize „Sestra a urgentní stavy“ popisuje provádění pětistupňové triáže, kterou musí každá všeobecná sestra pracující v příjmové ambulanci zvládnout. (Čížková 2008, s. 23-24) Zhodnocení zdravotního stavu každého pacienta, který přichází k lékaři je nedílnou součástí. Takto prováděné postupy mohou být nevýhodné pro pacienty, kteří přicházejí na příjmovou ambulanci s nachlazením, kašlem, virózou, nebo zvýšenou tělesnou teplotou. Myslím si, že pacienti musí být poučeni o možnosti čekání a to hlavně v případě velkého obsazení čekárny. Z výzkumného šetření jasně vyplynulo, že poskytování informací v dostatečném množství je pro pacienty pozitivní. Další otázka, která byla začleněna do tohoto předpokladu, se týkala prostředí čekárny. Předpokládala jsem, že prostředí čekárny pacienti nezajímá, chtějí být rychle ošetřeni a jít domů. Tento ani následující

předpoklad se mi nepotvrdil, neboť pacientům v době čekání nechybí ani časopisy. Nadpoloviční většina pacientů je spokojena se vzhledem naší čekárny. Domnívám se, že s čekárnou jsou především spokojeni pacienti, které do nemocnice doprovází rodina.

Cíl 2: Zjistit, jak je ovlivněn psychický stav pacienta při čekání na výsledky vyšetření.

Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina pacientů uvede jako hlavní pocit strach. Kritérium jsem zvolila formou nadpoloviční většiny. Tento předpoklad se mi potvrdil. Výzkumné šetření potvrdilo, že nejvíce zvolenou emoci je strach. Raudenská a Javůrková ve své knize „Lékařská psychologie ve zdravotnictví“ popisují strach jako přirozenou emoci na konkrétní nebezpečí. Často je tento pocit spojován se strachem ze smrti. (Raudenská aj., 2011, s. 205) Další emoce, která byla silně zastoupena, je napětí. Z mého šetření vyplynulo, že tento stav při návštěvě lékaře více ovládá ženy. Úzkost vybrali respondenti jako třetí nejčastější pocit. Ženy ji cítí více. Dle názoru Raudenské a Javůrkové je úzkost životně důležitou a nedílnou součástí života. Jde o nepříjemný emoční stav, který má obranný charakter. (Raudenská aj., 2011, s. 205) Myslím si, že pokud je úzkost pacienta přiměřená, je pro jeho léčbu pozitivní. Spolupráce s takovým pacientem je přínosem pro obě strany. Výsledné odpovědi pacientů korespondují i s poznatky Zachardové, Šimíčkové, Čížkové, které ve své knize „Základy psychologie pro zdravotnické obory“ popisují při mnohých interních onemocněních značný vliv psychologického faktoru, a to hlavně u ischemické choroby srdeční, žaludečních vředů, astma bronchiale, metabolických a endokrinních nemocí. (Zachardová aj., 2011, s. 173)

Téměř všichni respondenti na otázku ohledně nošení vizitek zvolili odpověď „je příjemné vědět, kdo se o mě stará“. Domnívám se, že jedním z faktorů, který ovlivňuje psychickou pohodu a bezpečí pacientů, je dostatečná informovanost. Tento fakt se mi potvrdil v otázce „byl Vám dán dostatečný prostor pro kladení otázek“ a dále „zda jste využily tento čas k získání informací“, neboť téměř všichni muži a ženy odpověděli „prostor pro kladení otázek jsem dostal/a, a plně využil/a“. Myslím si, že rozsah poskytnuté informace je vždy v kompetenci lékaře a to hlavně ve vypjaté situaci, kdy plné znění pravdy může pacienta po psychické stránce nenávratně poškodit. Heřmanová aj. ve své knize „Etika v ošetrovatelské praxi“ potvrzuje, že informace poskytuje lékař vždy po zhodnocení psychického a fyzického stavu pacienta. (Heřmanová aj., 2012, s.

147) Otázka, která se týkala přítomnosti rodinného příbuzného, se mi potvrdila. Muži vnímají doprovod spíše z pohledu možnosti rozhovoru, ženy jako psychickou podporu. Poslední dotaz k tomuto cíli se týkal ovlivnění psychického stavu v případě hospitalizace dostatkem informací. Tento předpoklad se mně potvrdil. Byla jsem potěšena, že nadpoloviční většina pacientů, kteří byli hospitalizováni, zvolila odpověď „i přes velký strach plně důvěřuji personálu“. Velmi mě překvapila i odpověď šesti mužů, které informace ovlivnily natolik, že jejich obava zmizela. Tuto odpověď bych očekávala spíše u ženského pohlaví.

Cíl 3: Zjistit, zda opakované ošetření pacienta na interní ambulanci ovlivňuje vnímání délky čekací doby.

Předpoklad 3: Více jak polovina pacientů, kteří byli ošetřeni opakovaně na interní ambulanci, akceptují rozdílnou délku čekací doby na ošetření. Kritérium jsem zvolila formou nadpoloviční většiny. Tento předpoklad se mi potvrdil. Nadpoloviční většina pacientů, která v naší ambulanci byla opakovaně, označila průměrnou délku čekání 1 - 2 hodiny, což byl i můj předpoklad. Vzhledem k průběžnému příjezdu vozů rychlé záchranné služby a počtu personálu je tento čas ještě akceptovatelný. Pacienti, kteří opakovaně přicházejí k vyšetření, znají chod této ambulance. Uvědomují si přednost vozů záchranné služby, přednost pacientů, kteří jsou v ohrožení života. Již opakovaně jsem slyšela větu: „sestřičko, mně to nevadí, já si počkám, hlavně mě ošetřete“. V současnosti jsou pacienti ovlivněni strachem ze ztráty zaměstnání. Situace je nutí řešit své zdravotní problémy výběrem dovolené. Tito nemocní akceptují rozdílnou délku čekací doby, jsou ochotni vyčkat veškerých vyšetření. Prioritou je pro ně vyšetření v jeden den. Tento předpoklad se mi potvrdil. Pacienti, kterým bylo vhodně vysvětleno čekání, chápou, že laboratorní výsledky trvají a nejsou hotovy ihned. Následná otázka, která zněla „ovlivňuje dostatek informací o Vašem zdravotním stavu vnímání rozdílné čekací doby na ošetření“ můj předpoklad potvrdila.

Z výsledků průzkumného šetření jednoznačně vyplynulo, že pokud personál aktivně komunikuje s pacienty, poskytuje jim dostatek informací i v průběhu čekání, dokáže poskytnout i psychickou podporu, jsou pacienti ochotni čekat podstatně déle, než byl můj předpoklad. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že dostatek informací eliminuje emoce, a to hlavně strach a úzkost. Odpovědi pacientů korespondují i s názory Vytečkové aj., která ve své knize „Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I“

popisuje důležitost informací, vhodnost prostředí a viditelnost vizitek se jménem. (Vytejková aj., 2009, s. 39) Rodina je pro spoustu pacientů neodmyslitelnou součástí jejich onemocnění. Jen zanedbatelná část respondentů odmítá člena rodiny při doprovodu k lékaři. Přesto si myslím, že vytvoření návrhu na informační leták, který vzešel z mé práce, je další pozitivní informací pro všechny pacienty, kteří navštíví čekárnu naší interní ambulance. Návrh letáku je součástí Přílohy 1.

ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsem v teoretické části zaměřila na chod příjmové ambulance, sesterskou dokumentaci, technické zázemí, příjem pacienta do nemocnice a s tím spojenou prevenci hospitalismu. Další část byla zaměřena na bezpečí pacientů, identifikační náramky, informované souhlasy, edukaci, vliv psychiky a přítomnost rodiny na nemoc. Cílem mé praktické části bylo formou průzkumného šetření zjistit, zda pacientům vadí dlouhé čekání na ošetření, zda akceptují čekání při komplexnosti vyšetření v jeden den a jaké emoce je provází během čekání na výsledky vyšetření. Chtěla jsem zmapovat, jaký vliv má přítomnost rodiny na nemocného, překážky, popřípadě nedostatky v přístupu personálu k pacientům, kteří čekají na ambulanci na ošetření. Cíle byly splněny. Z průzkumného šetření vyplynulo, že pacienti za určitých předpokladů akceptují čekání na ošetření, neboť strach a obava o své zdraví je silnější. Ke zvládnutí svých emocí potřebují dostatek informací, trpělivost a empatický přístup personálu.

LITERATURA

[1] BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví: překlad 3. vyd. 6., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

[2] ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Alena ZVONÍKOVÁ. *Posudkové lékařství: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 143 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-855.

[3] ČÍŽKOVÁ, Libuše. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008, 549 s. Sestra. ISBN 978-802-4725-482.

[4] FN Plzeň, Informovaný souhlas INS/0001/05: Informovaný souhlas s hospitalizací. Plzeň, 2013

[5] FN Plzeň, Standard SNL/DOS/SOP/064/01: Edukační činnost NELZP v rámci FN Plzeň. Plzeň, 2013 a

[6] FN Plzeň, Standard SNL/002/05: Identifikační náramky pro hospitalizované pacienty. Plzeň, 2013 b

[7] FN Plzeň, Standard SNL/DOS/SOP/019/02: Příjem dospělého člověka na standartní lůžkové oddělení. Plzeň, 2013 c

[8] GLADKIJ, Ivan a Petr BARTŮNĚK. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.

[9] HEŘMANOVÁ, Jana a Petr BARTŮNĚK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4734-699.

[10] HRADILOVÁ, Vlasta. *Zřízení urgentního příjmu se osvědčilo*. Praha: Mladá Fronta, ZDN odborný časopis pro pracovníky ve zdravotnictví, 2005, č. 30. ISSN 1805-2355.

[11] HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 96 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-537.

[12] INTERNATIONAL, Joint Commission. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vyd. 1. české vyd.* Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-802-4724-362.

[13] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2

[14] KELNAROVÁ, Jarmila a Petra KAŠNÁ. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 978-802-4728-308.

[15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Petr BARTUŇEK. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

[16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Editor Eva Havlová, Adolf Erhart. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4731-490.

[17] MONOD, Stefanie. Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in the older hospitalized patients. MONOD, Stefanie et al. BMC GERIATRICS. [Http://www.biomedcentral.com/14-71-2318/12/13prepub](http://www.biomedcentral.com/14-71-2318/12/13prepub) [online]. 13. 12. 2012 [cit. 2013-07-04]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/14-71-2318/12/13>

[18] NAVRÁTIL, Leoš a Vlasta WIRTHOVÁ. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4723-198.

[19] Next step in care: Family caregivers & health care professionals working together. UNITED HOSPITAL FUND. *Next step in care* [online]. 2012. vyd. New York, 2012, 2012 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: www.nextstepincare.org

[20] O ministerstvu: *Zákony pro lidi > Sbírka zákonů ČR > ročník 2012 > Předpis č. 92/2012 Sb. DOC. MUDR. HEGER, CSC. V. R. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče* [online]. 15. 3. 2012, 1. 4. 2012 [cit. 2013-07-27]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>

[21] O ministerstvu. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zákony pro lidi: Zákony pro lidi>Sbírka zákonů ČR>Ročník 2011>Předpis č. 372/2011 Sb.* [online]. 6. 11. 2011. Praha, 2011, 01. 4. 2012 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#Content>

[22] Po přijetí do nemocnice. In: [Http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice_2403_18.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice_2403_18.html) [online]. v Praze, 2008, 14. 10. 2010 [cit. 2013-07-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice_2403_18.html

[23] RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

[24] STAŇKOVÁ, Marta. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2005, 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-283-3

[25] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství: příručka pro praxi*. Vyd. 1. Editor Eva Havlová, Adolf Erhart. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

[26] ŠKRLA, Petr, Magda Škrlová a Petra KAŠNÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 978-802-4726-168.

[27] VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. Sestra. ISBN 978-802-4731-322.

[28] VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Alena ZVONÍKOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-639.

[29] VYMĚTAL, Jan a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Speciální psychoterapie: příručka pro duševní pohodu*. 2., přeprac. a dopl. vyd., V nakl. Grada vyd. 1. Editor Eva Havlová, Adolf Erhart. Praha: Grada, 2007, 396 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-151.

[30] VYTEJČKOVÁ, Renata, Libuše ČELEDOVÁ a Alena ZVONÍKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4734-194.

[31] ZACHAROVÁ, J. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Setra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, 2010, č. 7-8, s. 28-29. ISSN 1210-0404

[32] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory: příručka pro praxi*. 1. vyd. Editor Eva Havlová, Adolf Erhart. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věkové rozhraní respondentů (n=100)	32
Tabulka 2 - Druh návštěvy interní ambulance (n=100).....	32
Tabulka 3 - Tolerance čekací doby (n=100).....	33
Tabulka 4 - Čekací doba větší než 4 hodiny (n=100).....	34
Tabulka 5 - Počet čekání déle než 4 hodiny (n=100)	34
Tabulka 6 - Řešení dlouhého čekání (více než 4 hodiny) na ošetření (n=100)	35
Tabulka 7- Vhodné prostředí čekárny (n=100)	36
Tabulka 8 - Pohlaví respondentů (n=100).....	38
Tabulka 9 - Druh návštěvy interní ambulance (n=100).....	38
Tabulka 10 - Pocity při čekání (n=100).....	39
Tabulka 11 - Nošení vizitek (n=100).....	40
Tabulka 12 - Důvod nošení vizitek (n=100).....	41
Tabulka 13 - Prostor pro otázky (n=100)	42
Tabulka 14 - Využití podání informací (n=100)	42
Tabulka 15 - Přítomnost rodiny (n=100).....	43
Tabulka 16 - Vliv informací při možnosti hospitalizace (n=100)	44
Tabulka 17 - Počet návštěv této ambulance (n=100)	46
Tabulka 18 - Průměrná doba čekání při minimálně 2 návštěvách (n=100).....	47
Tabulka 19 - Vnímání rozdílné čekací doby i přes komplexnost vyšetření v jeden den (n=100)	48
Tabulka 20 - Vysvětlení rozdílné čekací doby (n=100)	48
Tabulka 21 - Vliv podaného vysvětlení na vnímání situace (n=100).....	49
Tabulka 22 - Ovlivnění rozdílné čekací doby dostatkem informací (n=100)	50
Tabulka 23 - Přítomnost rodiny (n=100).....	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Návrh informačního letáku pro pacienty příjmové interní ambulance

Příloha č. 2 – Dotazník

**PŘÍLOHA Č. 1 – NÁVRH INFORMAČNÍHO LETÁKU PRO PACIENTY
PŘÍJMOVÉ INTERNÍ AMBULANCE**

Snažíme se poskytnout Vám několik informací o chodu naší ambulance a tím předcházet případným nejasnostem, které jsou spojeny s dobou čekání na ošetření.

- naše ambulance ošetřuje všechny pacienty s interním **akutním** problémem
- provádíme **kontrolní** vyšetření pacientů
- **pořadí pacientů si určuje lékař**
- **pacienti záchranné služby mají v této ambulanci přednost**
- výsledky krevních testů trvají 1 - 2 hodiny
- v ordinaci jsou další dvě místnosti, kde čekají na vyšetření pacienti, kteří potřebují dohled zdravotnického personálu
- pokud Vaše onemocnění nemá urgentní charakter, doba Vašeho čekání se může prodloužit (záleží na stavu ostatních nemocných)
- **jakékoliv dotazy Vám rádi vysvětlíme**

PŘÍLOHA Č. 2 – DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Zdeňka Růžičková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Svoji bakalářskou práci jsem zaměřila na téma Management příjmu pacienta na interní ambulanci. Proto bych Vás chtěla touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který bude použit výhradně jen pro zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. V dotazníku označte vždy pouze jednu odpověď. Děkuji za ochotu a Váš čas.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) 50 let a méně
- b) 51-60 let
- c) 61-70 let
- d) 71 let a více

3. Důvod Vaší návštěvy interní ambulance je nyní?

- a) akutní problém
- b) chronický problém
- c) plánovaný příjem
- d) kontrolní vyšetření

4. Po kolikáté jste na této interní ambulanci?

- a) tato návštěva je první
- b) byl/a jsem zde 2-5x za posledních 12 měsíců
- c) byl/a jsem zde více než 5x za posledních 12 měsíců

5. Jak dlouhou dobu jste ochoten/a zde čekat na ošetření?

- a) do 30 minut
- b) 30-60 minut
- c) 1-2 hodiny
- d) 2-3 hodiny
- e) je mi to jedno, hlavně když někdo vyřeší problém, se kterým přicházím
- f) jiné

6. Jaká je zde průměrná doba čekání na ošetření? (odpovězte v případě, že jste zde byl/a více než 2x)

- a) do 30 minut
- b) 30-60 minut
- c) 1-2 hodiny
- d) 2-3 hodiny
- e) 3-4 hodiny
- f) jiné

7. Čekal/a jste zde někdy déle než 4 hodiny?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji si

8. Pokud jste odpověděl/a ano, stalo se to jednou, nebo vícekrát?

- a) ano, jen jednou
- b) čekal/a jsem vícekrát

9. Jak jste tuto situaci řešil/a? (označte odpověď, která nejlépe vystihuje váš názor)

- a) vyčkal/a jsem v čekárně, až na mě přijde řada
- b) odešel/a jsem a po domluvě s lékařem jsem přišel/a druhý den ráno
- c) odešel/a jsem a po domluvě s lékařem jsem se vrátil/a odpoledne
- d) i přes upozornění personálu o nutnosti počkat jsem odešel/a
- e) opustil/a jsem čekárnu bez jakékoliv domluvy
- f) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

10. Jaké pocity Vás doprovází během čekání? (označené možnosti seřad'te na číselné škále od 1 [maximální] do 4 [minimální], je možno si vybrat více odpovědí)

- a) strach
- b) bolest
- c) úzkost
- d) vztek
- e) napětí
- f) zoufalství
- g) žádné

11. Jak vnímáte v této ambulanci rozdílnou čekací dobu i přes komplexnost vyšetření v jeden den? (označte odpověď, která nejlépe vystihuje váš názor)

- a) čekací doba mi vadí
- b) rozdílná čekací doba mi nevadí, raději si počkám
- c) rozdílná čekací doba mi nevadí, jsem zde již opakovaně a znám chod této ambulance
- d) nevím, jsem zde poprvé
- e) nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a
- f) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

12. Přispívá nošení vizitek personálu se jménem k Vašemu bezpečí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Pokud jste odpověděl/a ano, označte odpověď, která nejlépe vystihuje váš názor

- a) je příjemné vědět, kdo se o mě stará
- b) snižuje to pocit anonymity
- c) vím, na koho si mohu v případě nespokojenosti stěžovat
- d) v dnešní době je to samozřejmost
- e) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

14. Byl Vám ošetřujícím personálem vhodně vysvětlen důvod rozdílné čekací doby?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Pokud jste odpověděl/a ano, mělo podané vysvětlení vliv na vnímání situace?
(označte odpověď, která nejlépe vystihuje váš názor)**

- a) ano, chápu, že krevní testy a ostatní vyšetřovací metody nejsou hotovy na počkání
- b) ano, důvod mi byl dostatečně vysvětlen, přesto nechci čekat
- c) ano, snížilo to ve mně strach a napětí
- d) ne, jsem tu opakovaně, tudíž vím, jak to zde probíhá
- e) ne, vysvětlení na mě nemá žádný vliv
- f) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

16. Byl Vám po ošetření dán dostatečný prostor pro kladení otázek o Vašem nynějším zdravotním stavu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Pokud jste odpověděl/a ano, využil/a jste tento čas k získání informací o svém zdravotním stavu?

- a) ano
- b) ne

18. Ovlivňuje pozitivně dostatek informací o Vašem zdravotním stavu vnímání rozdílné čekací doby na ošetření? (označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor)

- a) ano, informace ve mně snižují napětí a stres
- b) ano, pokud mám informace, nevadí mi ani čekání
- c) ne, informace mě neovlivňují
- d) ne, naopak jsem ještě nervóznější
- e) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

19. Vzbuzuje ve Vás přítomnost rodinného příslušníka pocit bezpečí při čekání na ošetření? (označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor)

- a) ano, bez rodinného příslušníka vnímám více strach a úzkost
- b) doprovod vnímám jako možnost vyplnit čekání hovorem
- c) nechci s sebou nikoho
- d) psychická podpora a přítomnost rodiny je pro mě důležitá a to ať jdu s jakoukoliv nemocí k lékaři
- e) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

20. Vnímáte prostředí čekárny interní ambulance jako vhodné?

- a) ano prostředí je pěkné, působí na mě uklidňujícím dojmem
- b) ne, chybí mi zde nějaké časopisy na čtení
- c) celkový vzhled čekárny mě nezajímá, chci být rychle ošetřen a jít domů
- d) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje

21. Pokud Váš stav vyžadoval následnou hospitalizaci, jak ovlivnily informace od ošetřujícího personálu na příjmové interní ambulanci Váš psychický stav? (označte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor)

- a) jsem velmi nerozhodný, informace mne ujistily o nutnosti hospitalizace
- b) informace mne nepříjemně zaskočily
- c) i přes velký strach plně důvěřuji personálu
- d) informace mě ovlivnily pozitivně, moje obava vymizela
- e) psychicky mě informace neovlivnily
- f) neovlivnily, vždy se rozhoduji v kruhu rodinném
- g) žádná z nabízených možností mi nevyhovuje