



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Spokojenost pacientů se službami praktických
lékařů pro dospělé

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Adriana Burešová

Vedoucí práce: JUDr. Věra Pražmová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Bc. Adriana Burešová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní JUDr. Věře Pražmové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala při zpracování mé práce. Dále děkuji všem, kdo se podíleli na výzkumné části této práce.

Spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé

Abstrakt

Spokojenost pacientů s poskytovanými službami je rozsáhlé a aktuální téma. Tato diplomová práce si klade za cíl zjistit spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé v Českých Budějovicích, Trhových Svinech a Borovanech. Spokojenost pacientů je hodnocena především v souvislosti s uspokojováním jejich potřeb během onemocnění.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretickou část tvoří sedm kapitol. První kapitola je úvodem do oboru všeobecného praktického lékařství a zabývá se pojmem kvalita zdravotní péče. V šesté kapitole se zkoumá spokojenost a její vliv na hodnocení kvality služeb ze strany pacientů. Poslední, sedmá kapitola je zaměřena na vztahy zdravotnických pracovníků a pacientů.

V praktické části práce se zabývám výzkumem, který byl realizován kvantitativní výzkumnou strategií, metodou dotazování a technikou dotazníkového šetření. Dotazník vytvořený pro hodnocení spokojenosti pacientů obsahuje patnáct otázek. Tato část práce obsahuje cíl, hypotézy, metodiku, výsledek výzkumu, diskusi a závěr.

Pro splnění diplomové práce byly stanoveny dvě hypotézy.

H1: Lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách.

H2: Pacienti z menších měst budou se službami praktických lékařů spokojeni více, než pacienti z velkých měst.

Výzkumný soubor byl tvořen 453 respondenty. Získaná data byla zpracována za použití programu Microsoft Office Excel 2010 a poté byla zpracována do grafů či tabulek. Hypotézy byly testovány použitím testu homogenity v kontingenční tabulce.

Výsledky diplomové práce mohou sloužit jako rozšíření informace pro praktické lékaře pro dospělé na toto aktuální téma.

Klíčová slova

Spokojenost pacientů; praktický lékař; pacient; zdravotní sestra; kvalita zdravotní péče

Patients Satisfaction with the Services of General Practitiners for Adults

Abstract

Patient satisfaction with the services provided is extensive and actual topic. The goal of this thesis is to find out patient satisfaction with the services of general practitioners for adults in České Budějovice, Trhové Sviny a Borovany. The patient satisfaction is evaluated primarily in connection with the satisfaction of their needs during illness.

The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part consists of seven chapters. The first chapter is an introduction to the medical practice and deals with the concept of quality of health care. The sixth chapter examines satisfaction and its impact on the assessment of the quality of services by patients. The last, seventh chapter focous on the relationship of health workers and patients.

The practical part deals with the research, which was conducted using quantitative research strategies, methods and questioning survey techniques. Questionnaire that we created for assessing patient satisfaction includes fourteen questions. This part sets out the objective, hypotheses, methodology, results of research, discussion and conclusion. This thesis has two hypotheses.

H1: Doctors who have office hours in the afternoon are better at assessment than those who have office hours only in the morning.

H2: Patients from smaller towns will be satisfied with the services of general practitioners more than patients from large cities.

The research sample consisted of 453 respondents. The data were processed using Microsoft Office Excel 2010 and then were processed into graphs or tables. Hypotheses were tested using the homogeneity test, the Pivot Table. The results of this thesis can serve as an extension of the information for general practitioners for adults on the current topic.

Keywords

Patients Satisfaction; General Practitiner; Patient; Nurse; Quality of Health Care

Obsah

Úvod	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Všeobecné praktické lékařství	10
1.1.1 Rozdílnost městské a venkovské praxe	11
1.1.2 Financování praktických lékařů	12
1.1.3 Ordinace praktického lékaře.....	15
1.2 Porovnání aktuálních pozitiv a negativ modelů VPL	16
1.2.1 Gatekeeping	17
1.3 Kvalita zdravotní péče	18
1.4 Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče	20
1.4.1 Akreditace.....	22
1.4.2 Audit	22
1.4.3 Peer review	23
1.5 Indikátory kvality péče	24
1.5.1 Spokojenost jako indikátor kvality	25
1.6 Spokojenost.....	26
1.6.1 Determinanty spokojenosti	27
1.6.2 Modely spokojenosti	28
1.6.3 Měření spokojenosti pacientů.....	29
1.7 Vztah zdravotnický pracovník a pacient.....	32
1.7.1 Vztah zdravotní sestra versus pacient.....	33
1.7.2 Lékař versus pacient	35
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	38
2.1 Cíl práce	38
2.2 Výzkumné otázky	38

2.3	Hypotézy	38
2.3.1	Operacionalizace pojmů	38
3	METODIKA	39
3.1	Popis kvantitativní strategie	39
3.2	Metoda dotazování a technika dotazníku.....	39
3.3	Popis výzkumného souboru	40
3.4	Analýza dat	41
3.5	Etika výzkumu	41
3.6	Průběh výzkumu	41
4	VÝSLEDKY	43
4.1	Popisná statistika.....	43
4.2	Testování hypotéz	66
4.2.1	Hypotéza 1.....	66
4.2.2	Hypotéza 2.....	67
5	DISKUSE	69
6	ZÁVĚR.....	77
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	79
8	SEZNAM GRAFŮ	87
9	SEZNAM TABULEK.....	88
10	SEZNAM PŘÍLOH.....	89
11	SEZNAM ZKRATEK.....	90

Úvod

Každá organizace, ať už výrobní či organizace poskytující služby, se musí kromě složky finanční či materiální zaměřovat také na spokojenost svých zákazníků/klientů. V současnosti je spokojenost klientů jedním ze zásadních faktorů rozhodujících o úspěšnosti nebo naopak neúspěšnosti dané organizace. Výjimkou nejsou ani zdravotnická zařízení, kde je spokojenost pacientů zpětnou vazbou pro management zdravotnických zařízení, svědčících o jejich úrovni a kvalitě poskytovaných služeb. Právě názory pacientů jsou pro zdravotnické zařízení velkým přínosem, neboť mohou být pro management inspirací. Pacient obvykle hodnotí kvalitu poskytovaných služeb v souvislosti s uspokojováním svých potřeb v průběhu onemocnění.

Za celosvětový trend lze v této oblasti považovat aktivní zapojování pacienta do ošetrovatelského procesu, tedy změna z pasivního příjemce péče na aktivního partnera, jenž se podílí na rozhodování o svém zdraví. Velkou roli zde hraje například míra profesionality, citlivost, chování a komunikace zdravotnických pracovníků, úprava jejich zevnějšku, holistický přístup. Snahou každého manažera zdravotnického zařízení by měla být spokojenost pacientů, a to jak z hlediska materiálního zajištění (například přístrojovým vybavením ordinace či čekárny), tak i z hlediska personálního, tedy přístupem lékařů a zdravotních sester k pacientům. Více než 80% populace užívá služeb praktických lékařů v primární péči, to ukazuje na její důležitost především v prevenci a podpoře zdraví.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První teoretická část popisuje všeobecné praktické lékařství, kvalitu zdravotní péče, modely zvyšování kvality zdravotní péče, dále spokojenost jako indikátor kvality a vztahy mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Pro druhou praktickou část diplomové práce byla zvolena kvantitativní strategie, metodou dotazování a technikou dotazníkového šetření. V této části práce je popsána metodika, výsledky výzkumu a diskuse a porovnání výsledků s odbornou literaturou.

Cílem tohoto výzkumu je zjistit spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé. Výzkumný soubor tvoří pacienti praktických lékařů z měst České Budějovice, Borovany a Trhové Sviny starší 18-ti let. Přínosem tohoto výzkumu může být využití jeho výsledků lékaři pro dospělé.

Problematika spokojenosti pacientů je aktuální a zejména rozsáhlé téma, práce proto vyznačuje jen to nejdůležitější, co se spokojeností pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé souvisí.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Všeobecné praktické lékařství

Všeobecné praktické lékařství (VPL) je spolu s Praktickým lékařstvím pro děti a dorost (PLDD) základním oborem zajišťujícím preventivní a léčebnou péči (Seifert, 2012). Zatímco v oboru PLDD jsou pacienti registrováni od narození do devatenácti let, v oboru VPL jsou pacienti registrováni od patnácti let (Seifert, 2012).

Dle Košty (2013) je VPL základním oborem, který zajišťuje léčebně preventivní péči o svěřenou populaci. Tuto definici rozšiřuje Býma et al., (2014) o tvrzení, že VPL je otevřeno všem kategoriím problémů, jež mají souvislost se zdravím, a to v závislosti na prostředí, ve kterém člověk působí. Seifert (2012) uvádí, že je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti. Tento obor v sobě nese základní znalosti různých lékařských oborů a je uplatňován v činnostech léčebných, posudkových, preventivních a dalších (Seifert, 2004). Odpovědnost za provedené úkony ať medicínské, posudkové, sociální či jiné v tomto oboru nese vždy praktický lékař (PL) (Košta, 2013). VPL je akademickou a vědní disciplínou, s klinickou specializací zaměřenou na primární péči (PP) (Seifert, 2012). V tomto oboru je každý rok ošetřeno nejvíce pacientů a tento obor pomáhá Světové zdravotnické organizaci (WHO) jako měřítko úrovně zdravotnického systému: *Zdravotnictví státu je takové, jakou má primární péči* (Košta, 2013, s. 11).

V následujících osmi bodech charakterizuje Seifert (2004) VPL takto:

- všeobecnost,
- dostupnost,
- kontinuita,
- komplexnost,
- koordinovanost,
- spolupráce,
- orientace na rodinu,
- orientace na komunitu.

Brabcová (2016) uvádí, že dostupnost představuje překážky, které má pacient během užívání zdravotní péče a dělí je na:

- místní dostupnost,
- časovou dostupnost,

- organizační dostupnost,
- sociokulturní dostupnost,
- finanční dostupnost.

Seifert (2004) charakterizuje dostupnost tak, že přístup PL nesmí být odepřen z důvodu rasových, kulturních, geografických či finančních, naopak jeho přístup k pacientovi musí být snadný a rychlý. Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, v platném znění, stanovuje dojezdové doby pro jednotlivé obory, u praktického lékaře se jedná o dojezdovou dobu v 35 minutách. Toto vyjadřuje dostupnost těchto služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (Brabcová, 2016).

Dle současného chápání VPL se jedná o koordinovanou zdravotně-sociální primární péči poskytovanou PL jak na úrovni krátkodobého přístupu, tedy prvního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem, tak dlouhodobého přístupu (Košta, 2013). Fulford et al. (2007) uvádí, že v PP je nutné ve větší míře spojit vědecký základ zdravotní péče s duchovními, náboženských a etických hodnotami.

1.1.1 Rozdílnost městské a venkovské praxe

V České republice (ČR) je více než 5 000 ordinací PL a z analýzy provedené Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) v roce 2005 vyplývá, že 50 % těchto ordinací spadá pod venkov, což je přibližně 2 500 venkovských praxí (Halata, 2016). Dále uvádí, že vlivem nedostatku kvalifikovaných PL je rozsah poskytovaných služeb mimo velká města stále menší, a přitom jsou na lékaře v těchto oblastech kladeny vyšší nároky, než tomu bylo dříve. Halata (2016) uvádí, že je možné PL dělit na dvě skupiny, a to na lékaře ve velkých městech a na venkově, a že ačkoliv PL mají stejné vzdělání a odborných doporučení, náplň jejich práce se liší.

PL působící ve velkém městě má několik výhod oproti PL na venkově (Seifert, 2004). Jedná se například o lepší dostupnost a výběr komplementu a specializované péče, jednodušší kontakt s kolegy či ostatními složkami PP, zastupitelnost, sdílení pohotovostních služeb, dobrá dopravní situace a dostupnost vzdělání (Seifert, 2004). Dále uvádí nevýhody, které spatřuje ve zneužívání lehce dostupné péče, v časté změně PL či specialistů, čímž hrozí větší riziko chybného postupu v léčení.

Venkovské lékařství Seifert (2004) charakterizuje nižším využíváním zdravotní péče pacienty, ale vyššími požadavky na kompetence PL, a to v souvislosti s horší dostupností specializovaných služeb, kupříkladu výkonů drobné chirurgie a více

domácích návštěv u pacientů. Zlepšení kvality péče a podmínek venkovských PL bylo jedním z hlavních témat na konferenci Společnosti všeobecného lékařství (SVL) ČLS JEP (Býma, 2016). Za tímto účelem byla založena Pracovní skupina venkovského lékařství, jejímž úkolem je oživení oboru (Býma, 2016).

Další analýzy provedené VZP ukazují, že PL na venkově naordinují více léků a provedou více výkonů, avšak mají nižší náklady na ambulantní specialisty o více než 30 %. Halata (2016) uvádí, že tlak okolností naučil PL samostatnosti: V ordinacích šijí rány, vyplachují uši a pravděpodobnost, že každý z nich je u porodu své pacientky, je také vysoká.

Venkovská praxe umožňuje PL dostát lékařskému poslání a dává dobrý pocit seberealizace, ale má i své negativní stránky (Seifert, 2004). PL se shodují, že je třeba vytvořit nový obor VPL pro udržení kvality venkovské praxe, pomohlo by zvýšení kompetencí PL či rozšíření naordinování léků (Halata, 2016). Dále uvádí, že je třeba přilákat do regionů více mladých PL. Seifert (2004) vidí další nevýhody ve vyšším riziku syndromu vyhoření, důvodem může být větší izolace, problémy s dalším vzděláváním, zajišťováním, zastupováním za sebe i zdravotnický personál.

1.1.2 Financování praktických lékařů

Seifert (2004) v následujícím odstavci popisuje zdravotní péči, která je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění. Na zdravotní pojištění se každý občan podílí buď sám, či ze své mzdy a za stanovenou skupinu toto pojištění platí stát (děti, studenti, ženy na mateřské dovolené, nezaměstnaní, důchodci). Každý občan má také možnost svobodné volby PL. Důležité je také zmínit registraci, což je písemný souhlas obou stran, tedy PL a pacienta, kde PL příslibuje pečovat o pacienta, a tím mu plyne právo na platby od pacientovy pojišťovny. PL pro dospělé registrují pacienty od 15 let věku. Pacient má právo změnit svého PL jednou za tři měsíce.

Registrační list je doklad, který posuzuje kapitační centrum (KC) a tento doklad není korunově či bodově hodnocen (VZP, 2013). PL tento registrační list vyplní, založí jej do dokumentace pacienta a nahlásí registraci příslušné pojišťovně. V případě kontroly doloží PL tuto registraci z dokumentace. Pojištěnec je převeden na počet jednicových pojištěnců na základě věku daného z čísla pojištěnce, a to dle tabulky věkových indexů (viz. Tabulka 1) pro věkové skupiny (VZP, 2013). Součet jedincových pojištěnců smluvních poskytovatelů zdravotních služeb (SZZ) v příslušné praxi (na jednoho PL pro dospělé je určeno 2060 pojištěnců) je základem pro výpočet

degresního koeficientu (VZP ČR, 2013). Po překročení tohoto počtu pacientů KC vypočte tento degresivní koeficient. Je to dáno z důvodu nedostatečného času PL na všechny pacienty, neboť čím více má PL pacientů, tím méně času mu zbývá na jednotlivé případy (VZP ČR, 2013).

Zřizovatelem KC bylo VZP ČR a to hlavně z důvodu vytvoření a aktualizací Kapitačního registru a registrů PL v kapitaci (VZP, 2013).

Hlavním zdrojem příjmů zdravotnických zařízení v ČR jsou platby od pojišťoven a je více možností, jak tyto platby probíhají (Seifert, 2004):

- výkonová – každý výkon je ohodnocen stanoveným počtem bodů, jež jsou na konci měsíce vyúčtovány PL,
- kapitační – je paušální platba za registrovaného pacienta a pojišťovna tuto platbu vyplácí bez ohledu na to, jak často pacient navštívil ordinaci PL,
- kapitačně – výkonová je kombinace obou forem, kde 90 % plateb tvoří kapitace a zbytek je výkonová platba, kde pojišťovny hradí výkony, jež mají určitou důležitost či nejsou standardní pro ordinaci PL (preventivní prohlídky, EKG apod.) (viz. Tabulka 2).

Většina PL v ČR je financována kapitačně výkonovou platbou (Seifert, 2004). Podle vyhlášky č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017 se kombinovaná kapitačně výkonová platba vypočte dle množství přepočtených pojištěnců dané zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou na jednoho registrovaného pojištěnce. Tato sazba pro PL činí 54 korun českých.

Tabulka 1: Indexy pro věkové skupiny

Věková skupina	Index
0 - 4 roky	3,97
5 - 9 let	1,80
10 - 14 let	1,35
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40

(Zdroj: Zákony pro lidi, 2016)

Tabulka 2: Výkony zahrnuté do kapitační platby

Číslo výkonu	Název
01023	Cílené vyšetření praktickým lékařem
01024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem
01025	Konzultace praktického lékaře s rodinnými příslušníky pacienta
01030	Administrativní úkony praktického lékaře
09215	Injekce i. M., s. C, i. D.
09216	Injekce do měkkých tkaní nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let
09219	Intravenózní injekce u dospělého či dítěte nad 10 let
09220	Kanylace periferní žíly včetně infúze
09233	Injekční okrsková anestézie
09237	Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm ²
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou
09525	Rozhovor lékaře s rodinou
44239	Ošetření a převaz bércového vředu lékařem (1 bérec)
71511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu
71611	Vynětí cizího tělesa z nosu - jednoduché

(Zdroj: Zákony pro lidi, 2016)

1.1.3 Ordinance praktického lékaře

Ke vzniku ordinace PL v ČR dle Seiferta (2004) dochází registrací k níž PL potřebuje:

- lékařský diplom – doklad o ukončeném vzdělání na příslušné fakultě,
- být členem české lékařské komory (ČLK),
- potvrzení o personálním a věcném vybavení,
- provozní řád ordinace,
- výpis z rejstříku trestů.

Minimální požadavky pro založení lékařské ordinace stanovuje vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických

zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Pro PL například platí, že minimální plocha ordinace je 13 m² a minimální plocha čekárny je 7 m² (Vyhláška č. 92/2012 Sb.).

Vybavení ordinace PL dle vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče obsahuje:

- vyšetřovací lehátko,
- umyvadlo,
- dřez na mytí pomůcek,
- křeslo pro pacienta,
- skříň na léky,
- stolky na nástroje a pomůcky,
- kartotéční skříň.

Mezi nejčastější vybavení ordinace PL Seifert (2004) řadí glukometr, elektrokardiogram (EKG), screeningový spirometr nebo „peak flow metr“, počítač, přístroj na stanovení C-reaktivního proteinu (CRP), který značí zánět v těle pacienta (Seifert, 2004).

V tomto odstavci budou jednotlivé přístroje popsány. Glukometr udává hladinu glukózy v krvi (Seifert, 2004). K jeho použití je zapotřebí kapka krve z bříška prstu pacienta, ta se nanese na speciální proužek a na displeji se po určité době zobrazí hodnota glukózy v krvi, to značí glykémii (Kudlová, 2015). Dalším vybavením ordinace PL je CRP, jehož hlavní funkcí je rozpoznat špatné buňky či patogeny a zajistit jejich eliminaci (Žák et al., 2011). U CRP se z prstu odebírá krev, smíchá se s reagenty ve zkumavce a vloží do přístroje (Seifert, 2004). Dále uvádí, že výsledek je do 3 minut. EKG je záznam elektrické činnosti srdce, z těchto záznamů pak lze diagnostikovat řadu srdečních onemocnění (Thaler, 2013). U EKG je problémem nepoměr mezi pořizovací cenou a platbou od pojišťoven (Seifert, 2004). Peak flow metr neboli výdechoměr slouží k orientační diagnostice zejména při léčbě bronchiálního astmatu (Seifert, 2004). Jeho sofistikovanější, elektronickou verzí je screeningový spirometr (Seifert, 2004).

1.2 Porovnání aktuálních pozitiv a negativ modelů VPL

Evropské státy mají odlišné zorganizování zdravotnických systémů, jež je dáno rozdílným územním, institucionálním, sociálním a demografickým vývojem (Mátl, 2009). Navzdory rozdílnosti v poskytování zdravotní péče v Evropě, platí společné

principy, mezi něž lze řadit i význam PP jako hlavní součást zdravotnického systému (Košta, 2013). Dalším společným rysem je stát, který má zásadní roli garanta obecného zájmu o zdraví populace (Mátl, 2009). Zdravotní péče je založena na principu solidarity, kdy dochází k redistribuci od vysoko příjmových k nízko příjmovým, od zdravých k nemocným, od mladých k staršímu obyvatelstvu a všichni obyvatelé mají zaručen přístup ke zdravotní péči (Mátl, 2009).

V ČR je za přednost pokládáno zavedení výkonově kapitační platby s motivačními bonifikacemi, uspořádanost lékařů, zavádění preventivních programů, rozvoj oboru VPL jako akademické disciplíny aj. (Košta, 2013). Ačkoliv je zdravotní péče v ČR na celkem vysoké úrovni, která je srovnatelná se zeměmi ze západu, k pacientům se stále přistupuje jako k osobám bez práva, jež se musí podřídit autoritě svého PL (Candigliota et al., 2011)

Košta (2013) v následujícím odstavci uvádí, že Slovinko a Estonsko, jsou nejdále v uznání VPL jako akademické disciplíny. Cílem, kterého zatím dosahují jen Slovinci je, aby si nejlepší dostudovaní vybrali jako svou kariéru praxi PL. V profesionálním rozvoji PL je zapotřebí propojení celoživotního vzdělávání a opatření k zajištění kvality, např. akreditace. Naopak systémové rozdíly shledává v oblasti gatekeepingu.

1.2.1 Gatekeeping

Gatekeeping označuje přístup v systému zdravotní péče (především lékaře PP) a je často používán ke snížení zbytečného využívání drahých služeb (Medical Terminological Dictionary, © 2013). Gatekeeper je v tomto systému člověk (lékař), bez jehož doporučení se, s výjimkou vyjmenovaných případů, nemůže pacient obrátit přímo na specialistu či nemocnici (Horák, 2007). Aby mohl být PL pacientovým průvodcem, musí mít co nejširší rozhled ve zdravotnictví, měl by být poradcem ve zdravotní, zdravotně-sociální, sociálně-zdravotní i osobní problematice (Šimek, 2014). Snahou je, aby byl problém nejprve řešen levněji a operativněji registrujícím lékařem PP a pokud to není možné, dostanou se nemocní do vyšších etází systému hrazené péče (Gatekeeping – sporné zkušenosti, 2010).

V Nizozemí v rámci komplexní reformy došlo k posílení role PL jako „gatekeeperů“, tedy strážců vstupu ke speciální a nemocniční péči (Medical Tribune, © 2000-2017). Nemocný pacient se přihlásí u svého PL a ten rozhodne o dalším kroku (Medical Tribune, © 2000-2017). PL pečuje o své pacienty v širším spektru a své pacienty posílá i ke specialistům, ale tato péče není vyčerpávána nepotřebnými

návštěvami u specialistů, a to vede k úsporám a větší důvěře ve svého PL (Holubář, 2016).

V oblasti gatekeepingu, kde PL koriguje a kontroluje vstup pacientů do následných sekundárních či terciálních sfér zdravotnictví a též jejich návrat do primární péče, zaznamenává Košta (2013) systémové rozdíly. Dále uvádí, že „gatekeeper“ má mocné postavení v systému Národní zdravotní služby ve Velké Británii, kde pacienti mimo urgentních případů nemají přímý přístup k odborným specialistům, stejné je to i v Nizozemí, Dánsku a Finsku. Naopak v Německu, kde tato regulace není zavedena, si pacienti tak mohou sami volit svého PL a navštěvovat specialisty bez jeho doporučení (Křečková, Tůmová, 2003). Jako další, stejně fungující zemi, uvádí Rakousko, kde však pacient musí navštívit specialistu uvedeného ve smlouvě jeho pojišťovacího fondu (Košta, 2013). Také ve Švédsku není nutné doporučení PL ke vstupu pacienta do sekundární či terciární péče, přesto spousta pacientů svého PL navštěvuje jako prvního (Křečková, Tůmová, 2003).

V ČR má pacient volný pohyb ve zdravotnickém systému (Košta, 2013). To má za důsledek velkou návštěvnost specialistů, avšak dle názoru specialistů by ani zavedení systému gatekeepingu nepomohlo zmíněnou situaci vyřešit (Křečková, Tůmová, 2003).

Analytici většinou tvrdí, že země, v nichž se PL stali gatekeepery, mají obvykle nižší celkové náklady na zdravotní péči (Gatekeeping – sporné zkušenosti, 2010).

1.3 Kvalita zdravotní péče

Na pojem „kvalita péče ve zdravotnictví“ v důsledku současné medializace narážíme takřka dennodenně (Pitrová et al., 2013). Významem pojmu kvalita je zejména způsobilost vyhovět očekáváním pacienta, budovat vhodný prostor pro sledování jeho spokojenosti, a nejen schopnost poskytovat „nejlepší“ péči (Ondriová et al., 2013).

Kvalita zdravotní péče se zabývá hledisky, která jsou v popředí pozornosti nejen uživatelů, ale i samotných poskytovatelů a plátců a je jimi různě vnímána (Seifert, 2004). PL mají velký zájem o zpětnou vazbu od svých pacientů, neboť právě oni o své pacienty pečují dlouhodobě a pacienti si je mohou dobrovolně vybrat (Mareš, 2009). Dále uvádí, že kvůli nespokojenosti by mohl pacient hledat jiného PL nebo tyto problémy řešit rizikověji, například samoléčbou. Košta (2013) poukazuje na to, že PL poskytuje pacientovi péči většinou jako první v pořadí a mnohdy je tak určující pro další osud pacienta, tím je péče VPL jedinečná.

Vypracování monitoringu kvality péče PL není lehké a na to poukazuje Andénové (In Mareš, 2009): *Praktické lékařství je obor s velkou varetou nemocí, chorob, pacientových obav, potřeb, očekávání a požadavků vůči lékaři. Pacienti se lékaře vyptávají na cokoli mezi dvěma časovými body: narozením a smrtí.*

Existuje mnoho definic kvality zdravotní péče. Většina autorů, kteří se zabývají touto problematikou, uvádí definici kvality zdravotní péče dle WHO z roku 1966, tedy jako: *Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe*, nebo z roku 1982 jako: *Stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje* (Pitrová et al., 2013).

Definici kvality zdravotní péče shrnul Kožený et al., (2010) do poučky, v níž uvádí, že je velice důležité dělat správné věci odpovídajícím způsobem ve vhodném čase a správné osobě za adekvátních podmínek. Ve skutečnosti, jak dále poznamenává, je však tato poučka v praxi stěží použitelná, neboť nevíme, co je adekvátní a správné.

Kvalitu lze chápat také jako charakteristický rys, jímž se daný faktor liší jako celek od jiného celku a jako příklad uvádí Velemínský et al., (2011) odlišnost života jednoho člověka od druhého.

Otázkou, co obsahuje kvalita zdravotní péče poskytovaná VPL, se zabývá také Seifert (2004) a uvádí definici pracovní skupiny QIFM Světové organizace lékařů v PP: *Získání ideálních uskutečnitelných zdravotnických výstupů, při vydání dosažitelných nástrojů, jež odpovídají potřebám pacienta.* Kožený et al., (2010) pojem kvality zdravotní péče definuje jako symbiózu tří prvků zahrnujících strukturu péče, proces péče, výstupy a výsledky péče. Jako úroveň poskytování zdravotních služeb popisuje kvalitu zdravotní péče (MZČR, 2016).

Seifert (2004) uvádí, že správná klinická praxe, svědomité vedení dokumentace, místní a časová dostupnost lékaře, a to také pro akutní péči i mimo ordinační hodiny, profesionalita, týmová spolupráce a další kritéria, představují kvalitu.

Na kvalitě poskytované péče VPL participuje ČLK, zdravotní pojišťovny, specialisté a pacient (Seifert, 2004). Zajištění kvality zahrnuje systematická administrativní opatření, avšak hodně závisí na motivaci PL směřující ke zkvalitnění praxe, dalšího vzdělávání, metodám poskytované péče a respektování preferencí pacienta (Seifert, 2004).

Podmínky pro hodnocení kvality zdravotní péče, indikátory a kritéria by měly odpovídat prostředí primární péče (PP) nikoli prostředí sekundární péče (SP) (Košta, 2013). Kvalita zdravotní péče v ČR i evropských zemích je velmi podstatná a za velmi důležité je považováno aktivní zapojení pacienta do zdravotního systému (Palm, 2015). Zapojení pacientů ve zdravotnictví zlepšuje nejen zdraví pacienta, rovněž kvalitu zdravotní péče (Nyborg et al., 2017). Jejich zapojení může být provedeno formou vzdělávání či umožnění rychlého přístupu k informacím, což je podstatné, neboť informovaný pacient dělá lepší rozhodnutí (Embase, © 2017). Každý pacient má právo být informován o svém zdravotním stavu (Hamplová, 2012). Gigerenzer a Gray (2011) dodávají, že právě nedostatečná informovanost pacientů je jeden z největších problémů a považují za nutnost na této problematice pracovat. Dále uvádějí, že právě 21. století by se mělo stát stoletím pacientů, a proto je třeba změnit lékařské praktiky a postupy a zajistit tak zlepšení pacientovy informovanosti. Prvním faktorem by mělo být zhodnocení pacientových dosavadních znalostí (Mannheim, 2015).

Od roku 2010 se PL mohou hlásit do programu kvality péče AKORD VZP, jehož cílem je poskytování pacientovi správné péče, ve správný čas, na správném místě, bez potíží a průtahů (Košta, 2013). AKORD by měl zlepšovat postavení PL, poskytovat jim organizační a informační podporu, rovněž analýzy dat zdravotní pojišťovny (VZP ČR, © 2015)

PL a zdravotnický personál zapojení do programu AKORD musí zajistit, aby se pacienti mohli objednat na určitý čas, nečekali déle než 15 minut, nejde-li o akutní případy, jež mají přednost (Košta, 2013). Lékaři v tomto systému zajišťují objednání ke specialistovi na přání pacienta a vedou elektronickou dokumentaci o zdravotní historii pacienta, vzájemně se informují, čímž brání nadbytečným vyšetřením (VZP ČR, © 2015). Z kontinuity PP a specializované péče plyne i snížení rizika nesmyslného opakování stejných vyšetření, které představují v ČR dle dat VZP 15–30 % celkových nákladů ve zdravotnictví (Košta, 2013). Jedná se o problematiku celosvětovou - WHO odhaduje množství „zdvojené péče“ na 7 % a podíl nesmyslně předepsaných léků na 12 % (Košta, 2013).

1.4 Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče

Systémy hodnocení a řízení kvality zdravotní péče, lze dělit do čtyř skupin (Škrála, Škrlová, 2003):

- modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro standardizaci – ISO),
- modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, ANAES, SAK ČR),
- modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA),
- modely excelence – světové ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma).

V současnosti se kontrolou kvality péče a akreditací zdravotnictví zabývá mnoho systémů (Škrla, Škrlová, 2003), například systém The International Organization for Standardization (ISO). Tento pojem označuje mezinárodní organizaci pro standardizaci, založenou v roce 1947 v Ženevě, s cílem vytvářet technické standardy (Škrla, Škrlová, 2003). Zaměřuje se na zákazníka, dokumentaci, zaměstnance (Brabcová, 2016). Norma 9001:2000 a novelizace 9001:2015 poukazuje na skutečnost, že otázka kvality se netýká pouze výrobků, ale také služeb a výkonu pracovníků ve státní správě, což je důvod, proč ji lze využívat i ve zdravotnictví (Brabcová, 2016).

Jako další systém lze uvést Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) – Komise pro akreditaci zdravotnických zařízení, založené v roce 1951 v USA (Škrla, Škrlová, 2003). JCAHO je největší akreditující organizace v USA a její certifikace je celonárodně uznávána jako symbol kvality (Brabcová, 2016).

Joint Commission International Accreditation (JCIA), která vznikla rozhodnutím výše zmíněné JCAHO, jako její dceřiná společnost, jež identifikuje a měří nejlepší přístupy kvalitní zdravotní péče ve světě (Brabcová, 2016). Standardy této organizace byly vytvořeny zástupci 16 zemí, po vzájemné spolupráci vznikly požadavky, jež obsahují 370 standardů a 3 cíle (Škrla, Škrlová, 2003). Model JCI je v souladu s principy ALPHA a existuje mnoho prestižních zdravotnických organizací, které tato ocenění získaly (Brabcová, 2016).

European Foundation for Quality Management (EFQM), sídlí v Bruselu a byl v roce 1998 založen 14 prosperujícími podniky (Škrla, Škrlová, 2003). Jimi vytvořený program posuzuje kvalitu ve stanovených oblastech, například v oblasti standardů klinické péče, spokojenosti pacientů, managementu a řízení lidských zdrojů (Škrla, Škrlová, 2003). Tímto přesným koncepčním rámcem je tento program charakteristický (Brabcová, 2016). Cílem tedy není získání certifikátu, ale stálý a nekonečný proces zvyšování kvality (Brabcová, 2016).

Dalším systémem je International Society for Quality in Health Care (ISQua) (Škrļa, Škrlová, 2003). Společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, jež má za cíl zlepšení kvality a bezpečnosti zdravotní péče na celém světě, čehož dosahuje díky síti ISQua (Škrļa, Škrlová, 2003). Tato síť zlepšuje kvalitu zdravotní péče, klíčovým partnerem je kupříkladu WHO (Brabcová, 2016). Vzdělávací program obsahuje diskuse, semináře či přednášky a zahrnuje všechny oblasti zdravotní péče (Brabcová, 2016).

Dále Škrļa a Škrlová (2003) uvádějí Spojenou akreditační komisi (SAK ČR) jež sídlí v Praze a kterou založily Asociace nemocnic České republiky a Asociace českých a moravských nemocnic. SAK ČR dosud vydala více než 70 akreditačních standardů, rozdělených do 10 oblastí (Škrļa, Škrlová, 2003). Tato komise provádí na požádání příslušného zdravotnického zařízení akreditační šetření, zda se požadavky shodují se stanovenými standardy (Škrļa, Škrlová, 2003). Pokud shodu najde, vydá zdravotnickému zařízení certifikát platný na 2 až 3 roky (Škrļa, Škrlová, 2003).

1.4.1 Akreditace

Škrļa a Škrlová (2003) popisují akreditaci jako důvěryhodné prokázání způsobilosti, jde o dobrovolný proces, kdy se zdravotnické zařízení rozhodne sladit své aktivity a cíle s požadavky akreditačních standardů. Výsledkem je udělení akreditačního certifikátu na dobu dvou až 3 let (Škrļa a Škrlová, 2003).

Cílem akreditačního procesu je zdokonalení provozu zařízení (Škrļa, Škrlová, 2003). Dále uvádějí, že velkým pozitivem akreditace je odstranění duplicit a sjednocení úrovně poskytované péče.

Akreditační proces, jenž je zatím běžný u nemocnic a u zařízení následné a sociální péče, by měl sloužit také ke zkvalitnění PP, jak zavedením výhod poskytovatelům zdravotních služeb, lepším postavením při jednání se zdravotními pojišťovnami, tak hodnotnějšími finančními prostředky a ochranou před bezdůvodnými útoky z okolí (Košta, 2013).

Akreditační a certifikační služby v ČR zajišťuje například SAK ČR, Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. či organizace e-ISO (Brabcová, 2016).

1.4.2 Audit

Nástrojem pro efektivní vyhodnocení shody mezi doporučeným postupem a realitou je audit (Brabcová, 2016). Zkoumá různá pojetí kvality poskytované péče, na základě kterých lze pak provádět změny směřující k vyšší kvalitě (Malíková, 2011).

Může jít buď o audit interní, prováděný auditory vykonávajícími ošetrovatelskou praxi, či audit externí, prováděný auditory nezúčastněnými v ošetrovatelské praxi (Seifert, 2004). Cílem interního auditu je posoudit chod řízení kvality vlastní organizace auditory z jiných pracovišť (Bednářová, 2013). Dále uvádí, že tato metoda je zaměřena na finanční aspekty a etickou přiměřenost poskytované péče. Na základě těchto informací může zdravotnické zařízení hledat neshody mezi naplánovanými a splněnými cíli (Škrla, Škrlová, 2003).

Zdravotnické zařízení, které chce použít tento nástroj, musí dle Malíkové (2011) dodržet následující postup:

- vytvoření auditorského týmu z pracovníků a jejich proškolení,
- stanovení harmonogramu auditů na rok,
- stanovení oblasti auditů a jejich měření,
- provádění vlastních zápisů včetně doporučení ke změnám.

Audit by měl sloužit jak ke spokojenosti pacientů, tak ke spokojenosti lékařů z realizací některé organizační změny (Seifert, 2004). Cílem auditu by mělo být rovněž zjišťování vad, zlepšování léčebné a ošetrovatelské péče (Pitrová et al, 2013).

1.4.3 Peer review

Tento pojem je do českého jazyka překládán jako recenze či posouzení, v anglickém jazyce pojem „peer“ může znamenat vrstevníka (Malinovská, 2015).

Dle Seiferta (2004) se jedná o proces hodnocení kvality skupinou spolupracovníků, kterou zpravidla řídí zkušený lékař (Seifert, 2004). Hodnocení porovnává cíle s již existujícími obecnými nebo organizačními standardy (Seifert, 2004). Na základě tohoto hodnocení lze poté provádět racionální změny směřující k lepšímu (Seifert, 2004). Uvedená metoda vznikla v oblasti přírodních věd a postupem času se rozšířila do dalších odvětví (Malinovská, 2015).

Jako příklad uvádí Seifert (2004) skupinu PL, jež si domluví vzájemné konzultace ve snaze o zkvalitnění své péče. Jako hodnocení užijí protokol, do kterého zanesou posouzení standardu praxe z hlediska vybavenosti, bariér, dostupnosti či organizaci ordinačních hodin (Seifert, 2004).

1.5 Indikátory kvality péče

Americký statistik W. Edwards Deming řekl: *Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit* (Škrla, Škrlová, 2003, s. 100).

Prakash (2010) uvádí, že spokojenost pacientů je nejdůležitější a nejvíce užívaný indikátor pro měření kvality ve zdravotní péči.

Malíková (2011) poukazuje na důležitost měření v průběhu zvyšování kvality, avšak k tomu je potřebné opatřit data od pacientů, jejich rodiny či provedením auditů. Brabcová (2016) charakterizuje indikátor kvality jako měřitelná kritéria, která po porovnání s určitým požadavkem ukazují, jak bylo tohoto standardu dosaženo. Škrla a Škrlová (2003) popisují, že tyto indikátory jsou převážně zaměřeny na negativní jevy a mohou být cíleny na PL, zdravotní sestru, proces, klinickou událost či systém. Dále uvádějí, že tento výsledek by měl být zasazen do numerického kontextu, jinak by byl tento indikátor pouhou statistikou a nikoli nástrojem rozvoje kvality.

Malíková (2011) uvádí dělení indikátorů stanovených pro strukturu, proces či výsledek poskytované péče. Strukturální indikátory obsahují kvalifikaci zdravotnického personálu, počet zaměstnanců, technické a protipožární vybavení pracoviště (Brabcová, 2016). Procesní indikátory jsou dle Malíkové (2011) zaměřené na zjištění kvality procesu efektivity či správnosti. Příkladem může být čekací doba péče (Brabcová, 2016). Indikátory výsledku jsou zaměřeny na výstupy práce. Nejběžnější je vyhodnocování nově vzniklých případů či počet stížností (Malíková, 2011).

Na zvyšování kvality má vliv také kultura bezpečí zdravotnického zařízení, kterou tvoří individuální i skupinové hodnocení, postoje a kompetence, jež se vážou k vytvoření bezpečného prostředí, v němž je péče poskytována (Brabcová, 2016).

V roce 2012 proběhl program nazván Kvalita a bezpečí všeobecného praktického lékaře, který charakterizoval pojem kvalita a zjistil nároky na kvalitu a bezpečí v ordinacích PL (Košta, 2013). Mezi vybrané indikátory kvality péče v ordinaci PL patří například komunikace s pacientem, prevence onemocnění, účelná farmakoterapie, dotazník jako audit spokojenosti pacientů (Košta, 2013).

Efektivní komunikace mezi PL a pacientem je rozhodující pro kvalitní zdravotní péči (Gerber, 2016). Pacienti, kteří mluví se svými PL, mají tendenci být spokojenější s jejich péčí a mají lepší zdravotní výsledky (Agency for Healthcare Research and

Quality, 2012a). Jedním z nejlepších způsobů, jak komunikovat s PL, je kladení otázek (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012b).

V následujícím odstavci Košta (2013) popisuje kvalitu zdravotní péče v souvislosti s komunikací. Pro PL je velice komplikované zvolit formu, jakou sdělí pacientovi špatnou zprávu. Až 80 % pacientů si nejvíce stěžuje na nedostatečnou, neprofesionální až hrubou komunikaci zdravotníků. V Nizozemsku PL své působení v ordinaci natáčejí na kameru a poté na univerzitních seminářích diskutují nad způsobem své verbální a nonverbální komunikace. Dlouhodobé výzkumy ukazují, že správně vedená komunikace mezi pacientem a lékařem je jedním z hlavních nástrojů pro zvyšování úspěšnosti léčby.

Irmíš (2015) uvádí, že správná komunikace však nemusí vést ke správnému rozhodování a stejně tak správná komunikace není pokaždé řešením etických problémů.

1.5.1 Spokojenost jako indikátor kvality

Rozsah spokojenosti pacientů ukazuje úroveň celkové kvality v zařízení (Ondriová et al., 2013). Spokojenost pacientů dle Marjorie (2014) představuje nástroj pacienta, který měří kvalitu a charakter zdravotní péče a může přispět k vytvoření profesionálních norem. Vnímání kvality ze strany pacienta je nejen objektivní, ale především subjektivní, poněvadž péči posuzuje pacient podle zajištění svých potřeb v průběhu onemocnění (Ondriová et al., 2013).

Nyní je poskytování zdravotní péče založeno především na uspokojování aktuálních potřeb a očekávání pacienta, neboť právě vytváření dobrého prostředí pro sledování spokojenosti znamená pochopit význam slova pacienta (Ondriová et al., 2013).

Velmi důležitý je přístup PL, jeho komunikace, předávání úplných informací o průběhu léčby, dovednosti, naslouchání, citlivost, jednání jako rovný s rovným, ale také jeho dostupnost (Košta, 2013; Jalil et al. 2017). Názor pacienta na úroveň kvality poskytované péče je pro PL důležitou zpětnou vazbou (Petrlíková, 2008). Dle Ondriové (2013) zde svou roli hraje také věk pacienta, vzdělání, rodinné zázemí a v neposlední řadě také druh problému, se kterým pacient přišel a jaká péče mu byla v souvislosti s ním poskytnuta.

Na zajištění kvality ošetrovatelské péče má svůj podíl také týmová spolupráce (Bártlová, 2013). Hlavně vztahy mezi lékaři a zdravotními sestrami jsou předmětem

zvýšeného zájmu (Bártlová, 2013). Hlavním cílem zdravotnického týmu je pomoci pacientovi dosáhnout jeho nejvyššího potenciálu v co nejkratší době (Bártlová, 2013).

1.6 Spokojenost

Hartl a Hartlová (2010 s. 544) definují spokojenost takto: *příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti; trvá-li déle, je demotivující a může následovat tučnění psychické, případně i tělesné*. Spokojenost pacienta je velice důležitá, můžeme totiž vidět odlišnost v chování u spokojeného či nespokojeného klienta (Mareš, 2009). Dále uvádí, že nespokojený pacient svého PL kritizuje, podceňuje jeho odborné či lidské kvality, zdržuje důležité informace pro stanovení správné diagnózy, nedodržuje režim a svého PL navštíví až ve chvíli, kdy je to akutní. Naopak chování spokojeného pacienta ke svému PL Mareš (2009) popisuje následovně: spokojený pacient svého PL respektuje, podrobně mu svěří své zdravotní obtíže, dodržuje režim a přichází včas. Medical Terminological Dictionary (©2013) popisuje „pacientovu spokojenost“ jako odstupňovaný postoj, jež pacient zaujímá vůči zdravotní péči, přičemž způsob, jakým mu jsou poskytovány zdravotní služby, vnímá pacient jako prospěšné a užitečné

Mareš (2009) v následujících čtyřech bodech popisuje několik přístupů, jež vymezují pojem spokojenost:

- První přístup je určován odlišnou šíří chápání rozsahu pojmu. Tento přístup zdůrazňuje především pozitivní dimenzi tohoto pojmu, ten lze však také chápat jako neutrální, jež v sobě zastřešuje spektrum jevů od pozitivních po ty negativní (nazývaný jako nespokojenost).
- Druhý přístup je dán rozdílnou šíří chápání obsahu pojmu. Říká, že spokojenost je nejčastěji spojována s postojem člověka. S tímto tvrzením však někteří autoři nesouhlasí a tvrdí, že pacientovu spokojenost nelze chápat jako jednu proměnou, ale že zahrnuje mnoho dimenzí od pacientovy potřeby, očekávání, po včasnost péče atd.
- Třetí přístup je určován časovou šíří pojmu. Lze ji chápat úžeji jako jev krátkodobý či širěji jako jev dlouhodobý. Užší chápání pojmu je dáno uspokojením okamžitých potřeb pacienta, například spokojenost s právě provedeným výkonem nebo jednáním lékaře během návštěvy u lékaře. Dlouhodobá spokojenost je spojena s dlouhodobým poskytováním zdravotní péče. Mareš (2009) dle svého názoru pokládá za důležitější právě tuto

dlouhodobou spokojenost a toto tvrzení opírá o koncepci nejčastěji užívaných dotazníků, kde v návodu pro pacienty stojí, aby posuzovali spokojenost s poskytovanou péčí za posledních 12 měsíců.

- Čtvrtý přístup řeší odlišné podoby a geneze. První úvaha říká, že si jedinec svou spokojenost či nespokojenost vytváří sám. Lze tedy vytvářet patientské skupiny s podobným vnímáním a hodnocením péče a sledovat, jak jsou v populaci zastoupeny. Druhá úvaha poukazuje na sdílnost spokojenosti a říká, že pacient o péči svého lékaře mluví s rodinou, příbuznými či dalšími pacienty a ti jeho názor ovlivňují.

1.6.1 Determinanty spokojenosti

V následujícím odstavci popisuje Mareš (2009) faktory ovlivňující spokojenost či nespokojenost pacientů. Tyto faktory ovlivňuje PL, zdravotní sestra, pacienti, poskytovaná zdravotní péče, prostředí a zdravotnický systém. U PL hraje důležitou roli věk, pohlaví, vzdělání, důkladnost, laskavost, umění uklidnit. Pro zdravotní sestru je při hodnocení důležité její chování. Nespokojenost je nejčastěji způsobena jejím direktivním jednáním či káráním, naopak spokojenost je dána trpělivostí, ochotou, citlivostí a rychlostí. Faktor na straně pacienta je především věk, kdy starší pacienti jsou tolerantnější. V souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí je spokojenost dána typem a povahou onemocnění a výsledky poskytované péče. Prostor ovlivňuje spokojenost v souvislosti s dostupností ordinace, vybavením čekárny či ordinace.

Další důležitý faktor ve spokojenosti pacientů shledává Ondriová et al., (2013) v uspokojování jejich aktuálních potřeb. Reakci na potřeby pacientů spatřuje Brabcová (2016) jako nedílnou součást ošetrovatelské praxe. Potřebu popisuje Malíková (2011) jako strádání či nedostatek a právě doplnění tohoto deficitu může vést k větší spokojenosti. Plevová (2011b) uvádí, že ošetrovatelství považuje pacienta jako holistickou bytost a tvrdí, že potřeby těchto osob musí být v rovnováze.

Lidské potřeby studoval A. H. Maslow, jež také ze svých poznatků vytvořil pyramidu potřeb (Malíková, 2011). Tuto pyramidu stvořil dle naléhavosti uspokojení daných potřeb (Malíková, 2011). Na samém začátku jsou potřeby fyziologické, poté potřeba jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní, estetické a potřeba seberealizace (Malíková, 2011). Plevová (2011b) tyto potřeby dělí na biologické, psychické sociální a duchovní a dále uvádí, že jejich jednotlivé úrovně se přesahují a prolínají.

Uspokojení či neuspokojení těchto potřeb se poté odráží v chování pacienta (Bártlová, Hnilicová, 2000). Je-li delší dobu pacientova potřeba neuspokojována, může to způsobit poruchu zdraví, která se může na jedné straně jevit jako duševní nemoc a na straně druhé to pro pacienta může znamenat problémy v soběstačnosti či kvalitě života (Mastiliaková, 2014). Uspokojení aktuálních potřeb vede k uvolnění napětí vyvolané potřebou (Plevová, 2011b). Pokud je člověk zdravý, uspokojuje své potřeby péčí o svou osobu v interakci s prostředím (Mastiliaková, 2014). Míra spokojenosti je důležitou informací o situaci v daném zdravotnickém zařízení (Bártlová, Hnilicová, 2000).

1.6.2 Modely spokojenosti

Křečková Tůmová (2003) pohlíží na spokojenost pacientů jako na jasně nedefinovatelný pojem a uvádí, že zatím nebylo stanoveno přesné a jasné pojetí spokojenosti pacientů. Avšak v následujících třech bodech popisuje Bártlová a Hnilicová (2000) příklady modelů spokojenosti pacientů:

- model postavený na docílení hodnot spokojenosti v přesně vymezených dimenzích,
- model založený na splnění přání,
- pragmatický model.

Křečková Tůmová (2003) rozšiřuje tyto modely o model diskrepanční, který je opakem modelu druhého.

První model je postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče (Bártlová, Hnilicová, 2000). Spokojenost je zde brána jako kladné ohodnocení daných dimenzí Křečková Tůmová (2003). Bártlová a Hnilicová (2000) tyto dimenze popisují jako statisticky odvozené z průzkumů, to je dle nich důvod, proč se mnozí autoři nemohou shodnout, které dimenze považují za důležité. Dále autorky uvádějí, že Ware a další autoři vytvořili koncept osmi dimenzí, jimiž jsou umění pečovat, technická kvalita, dostupnost péče, finanční záležitosti, prostředí, přiměřenost, kontinuita a účinnost. Tento koncept však musel být zredukován z důvodu dalších výzkumů, kdy pacienti mezi některými dimenzemi neviděli rozdíl, jedná se například o dimenze dostupnost péče a přiměřenost (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Druhý model nazýván Fulfilment je postavený na splnění přání pacienta a ukazuje nám, jak byla očekávání pacientů splněna (Křečková Tůmová, 2003). Očekávání pacienta jsou důležitým rysem pro tento model a rozhodující roli zde hrají faktory

jako věk, pohlaví, vzdělání či osobnost pacienta (Bártlová, Hnilicová, 2000). Autorky dále zdůrazňují důležitost odlišení ideálního očekávání pacienta od jeho skutečných požadavků, poněvadž jejich ideální představy nejsou stejné s reálnými požadavky.

Na tento model navazuje Křečková Tůmová (2003) modelem Diskrepančním, který popisuje jako opak předchozího, kde je váha očekávání pacientů s reálnými zkušenostmi s péčí opačná. Dále uvádí, že v tomto modelu je rozhodující, jaká péče byla pacientovi poskytnuta a jak ji vnímal.

Autorem třetího Paradigmatického modelu spokojenosti pacienta je R. Baker (1997) a snaží se v něm o zaznamenávání důležitých rysů ovlivňujících spokojenost klientů (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Ondriová et al., (2013) v následujícím odstavci popisuje tento model, jako pokus. Tento koncept vychází ze závislosti mezi povahou pacientova onemocnění a jemu poskytnuté zdravotní péči. Dalšími důležitými rysy, jež stanovují významnost klientovy orientace, jsou věk, vzdělání, postavení, zázemí a názory na zdravotní péči jeho okolí. Složky tohoto modelu účinkují jako filtr, jímž pacient hodnotí tyto služby a vyjadřuje tím svou spokojenost. Pokud je spokojený, jeho chování tomu bude odpovídat a bude dodržovat režim. Zatímco v opačném případě nespokojený pacient bude svou léčbu sabotovat a může to vést až ke změně zdravotnického zařízení či PL.

1.6.3 Měření spokojenosti pacientů

Měření spokojenosti pacientů není v žádném případě jednoduché a může vést k zavádějícím výsledkům, pokud dotazníky nejsou ověřeny (Hankins et al., 2007). Tento monitoring vychází například z charakteru kontaktu s respondentem a dělí se na osobní, telefonické a písemné dotazování (Moronogová, 2015).

K monitoringu spokojenosti mají PL dva typy metod a to generické, jež se soustřeďují na hlavní aspekty činnosti PL a metody specifické, které se zaměřují jen na určité aspekty například komunikační dovednosti (Košta, 2013).

Sledování pacientů má za cíl (Bártlová, Hnilicová, 2000):

- hodnocení kvality práce zdravotnických zařízení a jejich personálu,
- podklady pro změny ve způsobu poskytování péče a organizační změny,
- poskytování informací o kvalitě a vybavenosti zařízení,
- měření efektivity udělaných změn z pohledu pacientů,
- podklady pro srovnání kvality různých zařízení v rámci akreditačního programu.

Mezi nejčastěji užívané metody pro sledování spokojenosti pacientů se řadí rozhovor, focus groups, pozorování, dotazníkové šetření (Malíková, 2011 a Ondriová et al., 2013).

Rozhovor Plevová (2011 a) popisuje jako řízenou komunikaci důležitou pro sběr dat a problémů jednotlivce pro ošetrovatelské účely a monitoring. Ondriová et al., (2013) popisuje rozhovor jako ústní jednání mezi tazatelem a respondentem. Bártlová a Hnilicová (2000) dělí rozhovor na individuální a skupinový, přičemž individuální dělí dále na strukturovaný a nestrukturovaný. Jandourek (2008) popisuje strukturovaný rozhovor jako metodu, jež má předem stanovený průběh, kdy jsou otázky vždy kladeny ve stejném pořadí a nestrukturovaný jako předem neplánovaný postup, kdy je možné měnit otázky dle reakce odpovídajícího. Rozhovor může probíhat formou osobní či telefonickou, ta je rychlejší a efektivnější, avšak nevýhodou je absence osobního shledání (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Skupinový rozhovor může být uskutečněn s náhodnými respondenty nebo se skupinou cíleně vybranou (Bártlová, Hnilicová, 2000). Ondriová et al., (2013) uvádí zásady potřebné při vedení rozhovoru s pacientem:

- dělat rozhovor nenásilně a přirozeně,
- brát v potaz pokles pozornosti a zvyšování únavy,
- užívat srozumitelný jazyk,
- neovlivňovat odpovědi respondenta.

Plevová (2011 b) tyto zásady rozšiřuje o následující:

- individuální přístup,
- respektování kulturních odlišností,
- vynechat otázky formou „proč“.

Plevová (2011 b) popisuje strukturu rozhovoru ve zdravotnickém zařízení, jako čtyři fáze, kde první je příprava na rozhovor, poté otevření rozhovoru, jeho průběh a v poslední řadě ukončení rozhovoru. Nevýhoda této metody, je shledávána v tom, že není anonymní a dotazovaný tak může mít různé zábrany před tazatelem (AUGUR Consulting, s.r.o., 2015).

Focus groups (FG), jinak také nazýván skupinovým cíleným rozhovorem, probíhá se skupinou cíleně vybraných respondentů, které spojují určitá společná kritéria (Bártlová, Hnilicová, 2000). Cílené rozhovory jsou běžně používány ke komunikaci se zákazníky a manažerům se tato forma rozhovoru velmi vyplácí (Škrta, Škrlová,

2003). Tyto rozhovory lze provádět v rámci zdravotnického zařízení s pacienty, zaměstnanci a dalšími. FG jsou efektivní metodou vyhodnocování spokojenosti pacientů, neboť data získaná z dotazníků se velmi liší od těch, jež jsou získána díky FG (Škrála, Škrlová, 2003). Tuto metodu lze provádět jak s interními tak externími zákazníky, jimiž jsou v případě zdravotnických zařízení klienti, zaměstnanci či veřejnost (Ondriová et al., 2013). Dále uvádí, že focusová skupina je tvořena ex-klienty, kteří na neutrální půdě (mimo zdravotnické zařízení), vedou cílenou diskusi kvůli nalezení kladů a záporů péče. Jednou z podmínek této metody je, aby byla pro účastníky kladným zážitkem (Ondriová et al., 2013). Metoda FG má své klady i zápory, což potvrzuje tvrzení Škrli a Škrlové (2003), jež uvádí, že tato metoda dává možnost hlubší a kvalitativní informací, ale při malé skupině pacientů.

Další metodou je pozorování, jež nám dává možnost sledovat jednotlivé jevy a jejich znaky, příkladem mohou být potřeby jedince aj. Tuto metodu můžeme dělit na přímé a nepřímé pozorování (Plevová, 2011). Přímé pozorování sleduje, kdy a kdo bude provádět sběr dat a také jeho vyhodnocování, které může být psáno do záznamového listu či formou elektronickou (Gřivna, 2015; Plevová, 2011). V případě nepřímého pozorování jde například o zvukový záznam a u tohoto nemusí být přítomný výzkumný pracovník (Malíková, 2011). Bártlová a Hnilicová (2000) dělí pozorování také na nezúčastněné a zúčastněné, které je dáno postavením pozorovatele a skryté a zjevné, které charakterizuje vztah badatele k pozorovaným objektům. Tyto autorky dále popisují nezúčastněné pozorování tak, že se pozorovatel neangažuje, nezasahuje ani není členem pracovního týmu. Toto pozorování je postaveno na striktních pravidlech a prováděno instruovanými badateli (Bártlová, Hnilicová, 2003). Kontrola je tvořena kontrolním systémem (Bártlová, Hnilicová, 2003). Zúčastněné pozorování je charakteristické badatelovým proniknutím do komunity, kdy se na danou chvíli stává její součástí. Skryté pozorování je založeno na nevědomosti objektu o jeho pozorování a u zjevného pozorování objekty vědí, že jsou pozorovány (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Dotazníkové šetření je metoda, jejímž základem je dotazník (Bártlová, Hnilicová, 2000). Dle Jandourka (2008) je dotazník formulář směřovaný osobě dotazované. Dotazník obsahuje otázky vztahující se k faktorům sledované péče (Brabcová, Hnilicová, 2000). Tento formulář může být anonymní či neanonymní (Ondriová et al., 2013). Tato metoda se pro sledování spokojenosti užívá nejčastěji (Ondriová et al., 2013). Dokazuje to i studie, která uvádí, že 64 % výzkumů zaměřených

na spokojenost bylo prováděno touto formou (Brabcová, Hnilicová, 2000). Tyto autorky dále uvádějí, že hlavním rysem dotazníku by měla být validita (platnost) a reliabilita (spolehlivost), neboť tyto dva aspekty jsou zacíleny na to, do jaké míry dotazník měří to, co má měřit.

Ondriová et al., 2013) charakterizuje dotazník v následujících bodech takto:

- musí obsahovat celou problematiku,
- otázky jasné, zřetelné,
- srozumitelný jazyk pro respondenta,
- správně užívat jednotlivé typy otázek.

Bártlová a Hnilicová (2000) uvádějí také anketu jako techniku používanou pro měření spokojenosti a popisují ji jako nejjednodušší často užívanou techniku. Dále uvádějí, že tato technika by neměla obsahovat více než deset otázek, používá především uzavřených otázek a není zde kontrolována volba respondentů. Brabcová a Hnilicová (2000) dělí anketu na poštovní, předávnou, novinovou, telefonickou, rozhlasovou a televizní.

Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou důležitou zpětnou vazbou nejen pro PL a zdravotní sestru, ale také pro celé zdravotnické zařízení (Bártlová, Hnilicová, 2000).

1.7 Vztah zdravotnický pracovník a pacient

Mnoho autorů popisujících ve svých publikacích vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem uvádějí, že je velmi důležitý také vztah mezi jednotlivými pracovníky zdravotnického zařízení, neboť to také velkou měrou ovlivňuje pohled pacienta na poskytovanou péči (Bártlová, 2013).

Bártlová (2013) v následujícím odstavci uvádí, že základem každé zdravotnické organizace jsou pracovníci různých druhů vzdělání a specializací. Nyní je snaha o provázání jednotlivých profesí a je vyžadována spolupráce a řád, poněvadž kvalita péče nemůže být zajištěna bez týmové spolupráce. Autorka shledává týmovou spolupráci jako nezbytnou a uvádí, že dříve nahodilá spolupráce je dnes odborně vyvíjenou interdisciplinární spolupráci.

Harvey et al. (2017) uvádí, jako nedílnou součást multidisciplinárního přístupu zdravotníků k pacientovi internet, který je třeba vnímat jako pozitivní doplněk

ke vzdělání pacienta a může zlepšit porozumění, a tím posilovat vztah lékař versus pacient.

1.7.1 Vztah zdravotní sestra versus pacient

Pacient

V následujícím odstavci Mareš (2009) uvádí dvě tendence medicíny. První tendence chápe pacienta jako osobu, která se podílí na péči o své zdraví, snaží se informovat o všech možnostech zlepšení svého zdravotního stavu a spolurozhoduje o průběhu léčby. Druhá tendence přestává vnímat nemocného člověka jako pacienta, ale jako klienta/zákazníka. Tudíž poskytovaná péče je vnímána jako služby a jejich uživatel je spotřebitelem a musí být chráněn. K tomu jsou vytvořené modely, které se ve zdravotnictví aplikují, jedná se například o systém řízení kvality, kdy mají spotřebitelé možnost být ve svazech na ochranu zájmů pacientů. Kvalita péče je hodnocena dle kritérií a jednotlivá zdravotnická pracoviště se akreditují, vydávají se osvědčení.

Zákon 372/2011, Sb. o zdravotnických službách popisuje v § 3 pacienta jako: *Fyzickou osobu, které jsou poskytovány zdravotní služby*. Internetový medicínský slovník popisuje pojem pacient jako jednotlivce podílejícího se na zdravotním systému za účelem získání terapeutických, diagnostických, preventivních či léčebných postupů (Medical Terminological Dictionary, © 2013). Hartl (2010, s. 381) popisuje pojem pacient jako: *nemocný, postižená osoba, která je v péči lékaře či zdravotnického personálu; osoba, která je příjemcem zdravotní péče či terapie → klient*. Toto označení klient zdůrazňuje nynější orientaci zdravotní péče, pro kterou je charakteristická snaha uspokojit přání pacienta a tím docílit jeho spokojenosti (Petrliková, 2008).

Přibližně 1650 pacientů spadá pod jednu ordinaci PL v ČR a zhruba tři čtvrtiny osob navštíví svého PL v průběhu jednoho roku. Na pacienta vychází 6,4 návštěv u PL a vyšší spotřebu péče představují ženy vyšších věkových kategorií a obzvláště u chronických pacientů (Seifert, 2004).

Zdravotnický pracovník

Zákon 96/2004, Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních charakterizuje zdravotnického pracovníka v § 2 takto: *Fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání podle tohoto zákona*.

Zdravotní sestra

U činnosti zdravotních sester jsou to právní předpisy, které určují, kdo, kde a za jakých podmínek ji vykonává (Prošková, 2013). Zákon 372/2011, Sb. o zdravotnických službách popisuje, že zdravotní péči mohou poskytovat jen poskytovatelé zdravotních služeb, ve zdravotnických zařízeních a prostřednictvím k tomu kvalifikovaných zdravotnických nebo jiných odborných pracovníků. Povolání sestry pak reguluje zákon 96/2004, Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který především stanovuje, které osoby lze na území ČR považovat za všeobecné sestry (Prošková, 2013).

Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses, ICN) definuje v následujícím odstavci zdravotní sestru a její profesi jako osobu, která dokončila základní všeobecné ošetrovatelské vzdělání a smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Toto vzdělání je oficiálně uznáný studijní program, který studentovi poskytne základ ve znalostech ošetrovatelství pro praxi či navazující studium. Sestra je připravena zapojit se do ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o pacienty různého znevýhodnění, může vyučovat zdravotní nauku, být přítomna jako člen týmu, dohlížet a školit pomocné pracovníky.

Primární péči netvoří pouze PL ale také zdravotní sestra, která je nejlepší vizitkou PL (Košta, 2013). Týmová práce zdravotních sester a PL je nyní velmi diskutovaným tématem a spolupráce zdravotnických pracovníků je proto rozvíjenou interdisciplinární spoluprací na rozdíl od dřívější nahodile vznikající spolupráci zdravotnických pracovníků (Bártlová, 2013)

Kromě základních odborných předpokladů by zdravotní sestra měla ovládat také jeden světový jazyk, znalost práce s počítačem, používání internetu, obsluhu přístrojů, používání nástrojů, komunikační schopnosti pro zajištění správného chodu ordinace i domácí péče pro pacienty a měla by se účastnit dalšího vzdělávání a inovačních kurzů (Seifert, 2012). Měla by také umět správně posoudit a přizpůsobit poskytovanou péči (College of Nurses of Ontario, 2013). Zdravotní sestra je také důležitým partnerem pro zdravotní výchovu svých pacientů, může informovat o podobě užívání a aplikaci léků či pitném režimu (Seifert, 2004).

Je důležité klást důraz na povahové rysy zdravotní sestry, jimiž jsou empatie, flexibilita, spolehlivost či loajalita k lékaři, neboť ty ovlivňují hodnocení PP pacienty a jejich budoucí vztah k lékaři, jelikož se sestrou se pacienti setkávají dříve než s PL

(Košta, 2013). Velmi důležitá je také důvěra pacienta ke zdravotní sestře a ta může být velmi lehce zranitelná, pokud však sestra plní své sliby, tato důvěra se upevňuje a zlepšuje se psychický stav pacienta. (Vévoda, 2013).

Jak již bylo řečeno výše, ze zdravotnického personálu jsou to právě sestry, které se dostanou do styku s pacientem jako první, a proto by měly být komunikačně zdatné (Sheldon, Foust, 2014). Dále autoři uvádějí, že i přes to každý den v komunikaci mezi sestrou a pacientem dochází k různým komunikačním šumům, jedná se například o užití nesprávného jména pacienta či závažnější příklad, kdy sestra nerozumí pacientově nemoci z důvodu kulturních rozdílů v expresi bolesti.

Všechny zdravotní sestry mají jeden společný úkol: léčení lidského strachu. Každý pacient se bojí a je v moci sestřiček, aby mu svou účastí, pomocí a třeba i úsměvem pomohly. V tom je čest a sláva jejich povolání (M. Horníček, Košta, 2013, s. 31).

1.7.2 Lékař versus pacient

Ofri (2013) považuje PL za objektivní a racionální bytosti a uvádí, že emoce mají velký vliv na to, jak lékaři pečují o své pacienty. Dále uvádí, že je opravdu důležité jak pro PL tak pro pacienta pochopit fakt, že pocity, jež má PL mohou tvořit odlišnost v dávání či získávání nejlepší zdravotní péče.

Šimek (2014) v následujícím odstavci uvádí, jako jednu z hlavních činností PL starost a péči o pacienty. Starání se je otázka profesionality, ale také věci postoje a základem je vstřícnost, zájem o druhou osobu a porozumění. Důležité hledisko v péči o pacienty hraje na straně etiky také motivace, ta může být hledáním smyslu. Pocit životního naplnění PL dosáhne ve chvíli, kdy pochopí, že se mu jeho práce s pacienty daří. Dle Groopmana (2008) je v průměru PL schopný diagnostikovat nemoc pacienta z popisu jeho symptomů do 20 sekund, většinou jsou tato rozhodnutí správná, ale v rozhodujících momentech mohou být někdy i špatná.

Mach (2015) popisuje právní základy vztahu PL a pacienta, v této souvislosti uvádí zákon č. 372/2011, Sb. o zdravotnických službách, který upravuje tuto problematiku. Dále autor uvádí, že tento zákon se vyhýbá základním pojmům vyskytujícími se v tomto vztahu, jako termíny, které tam můžeme vidět jen zřídka, uvádí slova lékař, ošetřující lékař, staniční sestra, vizita apod. Mach (2015) dále uvádí, že formě, jakou jsou psány zákony, moc nerozumí jak PL, tak pacienti a na tento problém upozornila i Česká lékařská komora. Zákon č. 372/2011, Sb. o zdravotnických službách místo slova lékař popisuje termín ošetřující zdravotnický pracovník (Mach, 2015).

Bartůněk a Ptáček (2015) popisují vztah mezi PL a pacientem jako klíčový faktor pro medicínu. Důležitou součástí tohoto vztahu je také dobrá komunikace (NCBI, 2015). Bártlová (2015) vnímá vztah PL a pacienta jako soubor předpokladů a forem jednání ve vzájemné interakci mezi PL a pacientem a vztah PL k předmětu jeho činnosti. Křečková Tůmová (2003) popisuje lékařský vztah jako spojenectví proti nemoci a ohrožení zdraví a tato aliance potřebuje spolupráci obou účastníků. Dále autorka uvádí, že tento společný vztah pacienta a PL je založený na specifickém kontaktu dvou osob, kdy jedna z nich potřebuje pomoc a druhá je schopna tuto pomoc poskytnout.

Jak již bylo řečeno v kapitole VPL, lékař nese plnou odpovědnost za veškeré provedené úkony a jeho péče představuje první kontakt občana se zdravotnictvím a tato péče je přístupná všem potížím bio-psycho-sociální dimenze člověka (Košta, 2013).

Haškovcová (2015) považuje jako hodnotící veličinu pro charakteristiku vztahu mezi lékařem a pacientem úroveň všeobecné kultury dané doby. Tento vztah zde funguje od počátku medicíny a jako první jeho etický rozměr popsal Hippokrates (Zima, 2015).

Dle Hippokratovy přísahy by každý lékař měl konat vše ve prospěch nemocných, nemělo by dojít k újmě na zdraví, obtěžovat svým jednáním, dopouštět se potratů a měl by dodržovat lékařské tajemství (Haškovcová, 2015). Od doby Hippokrata prošel tento vztah vývojem a dnes je snahou lékařské etiky udržet rovnováhu mezi odborností a lidskostí konání lékaře, poněvadž bez těchto dvou kritérií nikdo dobrým lékařem být nemůže (Zima, 2015).

Každý autor, který ve své publikaci popisuje vztah mezi pacientem versus PL a dělení těchto vztahů, nahlíží na toto dělení svým zcela vlastním pohledem. Tudiž nelze jednoznačně říci, který je ten jediný správný. A já jsem si vybrala znění Bártlové (2015) která tyto vztahy dělí na čtyři typy:

- paternalistický vztah, který vyznačuje aktivní rolí PL a pasivní rolí pacienta, kdy je kontrola ze strany PL poměrně vyšší než ze strany pacienta,
- partnerský vztah, pro nějž je charakteristická vzájemná spolupráce PL a pacienta, společné rozhodování, zapojení pacienta do léčby a snaha o společné porozumění,
- konzumentský vztah, kde dominuje PL, který je závislý na přáních pacienta v důsledku svého finančního zabezpečení,

- nevýrazná interakce, kterou definuje nízkou kontrolou z obou stran, kdy PL snižuje svou kontrolu po dobu konzultace s pacientem.

V soudobém lékařství je snaha o partnerský vztah (Křečková, Tůmová, 2003). U tohoto modelu však nastává otázka, zda je vůbec tento typ symetrického vztahu možné nastolit, neboť Haškovcová (2011, s. 21) uvádí, že: *Vztah mezi lékařem a pacientem byl, je a bude asymetrický, prostě proto, že lékařovo mimořádné vzdělání zakládá i jeho výsostné a prestižní postavení, charakteristické mj. značnou mocí (nad pacientem). Už staří Řekové si byli vědomi takové asymetrie i skutečnosti, že ten, kdo má větší moc, musí nést také větší odpovědnost v podobě nemalých povinností.* Dle Haškovcové (2011) věcná rovnost mezi pacientem a lékařem nepřipadá v úvahu, avšak formální rovnost je třeba dodržovat, z toho plyne, že lékaři potřebují mít svá práva a proti svým pacientům budou nést vždy spoustu odpovědnosti. V PP je tento vztah velmi důležitý a na jeho budování může pacient a PL pracovat spoustu let (Křečková Tůmová, 2003).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Práce si klade za cíl zjistit spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé.

2.2 Výzkumné otázky

V souladu s cílem byla stanovena následující výzkumná otázka:

VO 1: Jaký vliv mají vybrané faktory na spokojenost pacientů se službami praktických lékařů?

2.3 Hypotézy

H1: Lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách.

H2: Pacienti z menších měst budou se službami praktických lékařů spokojeni více, než pacienti z velkých měst.

2.3.1 Operacionalizace pojmů

Pojem **spokojenost**: Spokojenost respektive subjektivní osobní pohoda je souhrnem pocitů vyvolaných rozdílem mezi požadavky a reálnou hodnotou.

Pojem **malé město**: malé město má od 3 000 do 7 000 obyvatel.

Pojem **velké město**: pro účely této diplomové práce vnímám velké město nad 7 000 obyvatel.

3 METODIKA

3.1 Popis kvantitativní strategie

K dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz byla použita kvantitativní strategie pomocí metody dotazování, technikou dotazníku. Kvantitativní strategie výzkumu je metoda, jejímž cílem je popsat zkoumanou oblast a sběr dat se zaměřuje na velké množství respondentů (Survio, 2012). Hendl (2008) tento výrok doplňuje o tvrzení, že dalším typickým znakem pro tuto strategii je využívání náhodného výběru a pro sběr dat používání testů, dotazníků či pozorování. Respondenti obvykle odpovídají na otázky formou dotazníků, jež jsou poté statisticky vyhodnoceny (Survio, 2012).

3.2 Metoda dotazování a technika dotazníku

Pro diplomovou práci byla potřebná data získávána prostřednictvím metody dotazování, tato metoda byla vybrána zejména pro rychlý sběr dat a také pro získání dat od většího počtu respondentů. Podle Reichla (2009) je tato metoda charakteristická pro výzkumy sociální, jejíž základ tvoří kladení otázek, ať už ve formě písemné či ústní. Pro vlastní výzkum jsem vybrala formu písemnou, tedy techniku dotazníku. Zvolila jsem ho především pro jeho poměrně nízkou časovou a finanční nákladovost. Dotazník je podle Jandourka (2008) formulář směřovaný osobě dotazované v průběhu dotaznickového výzkumu, interview či ankety. Dále uvádí, že u dotazníku je celkem nenáročná kontrola reprezentativity a data získaná pomocí dotazníku jsou celkem rychle zpracovatelná. Podle Kutnohorské (2009) je jednou z hlavních zásad dotazníku, aby obsahoval vše nezbytné, na co se jeho pomocí snažíme najít odpověď. Také píše, že jeho konstrukce by měla respondenta přitahovat a formulace otázek by měla být jednoznačná. Dle Bártlové a Hnilicové (2000) lze výtěžnost a validitu dotazníku zvýšit tak, že do něj zařadíme několik otevřených otázek, což umožní lepší doplnění kvantitativních dat. Také dodávají, že při hodnocení spokojenosti pacienti tíhnou k pozitivnějšímu hodnocení péče, při doplňující otevřené otázce dostaneme velké množství kritických připomínek a námětů ke zlepšení. Chráska (2007) uvádí, že dotazník může být respondentům předán buď poštou, prostřednictvím dalších osob či osobně. Dále autor uvádí, že právě osobní předání dotazníků je nejlepší variantou, neboť tento způsob zajistí téměř stoprocentní návratnost.

Dotazníky, které byly vytvořeny pro získání dat k diplomové práci, jsou anonymní a dobrovolné. Dotazník je tvořen 15 otázkami (příloha č. 1). Otázky č. 1 – 5 jsou zaměřeny na identifikační údaje respondenta (pohlaví, věk, vzdělání, bydliště a umístění ordinace PL). Otázky č. 6 – 8 zjišťují počet návštěv PL za rok, důvod výběru PL a zdravotní stav respondentů. Otázky č. 9 - 14 jsou zaměřeny na subjektivní spokojenost respondentů s poskytovanou péčí PL a možné návrhy na zlepšení. Poslední 15 škálová otázka je zaměřena na pět proměnných: vztah mezi PL a pacientem (položka 1,2), kvalitu poskytované zdravotní péče (položka 3,4), poskytování informací pacientovi (položka 5), organizační zajištění (položka 6), dostupnost zdravotní péče (položka 7,8,9).

3.3 Popis výzkumného souboru

Jako výběrový soubor byli zvoleni pacienti lékařů pro dospělé starší 18 let. Volba výběrového souboru proběhla prostřednictvím snowball. Reichel (2009) uvádí, že v kvantitativní strategii zkoumání spočívá hlavní požadavek na výběr v tom, aby námi vytvořený výběrový soubor vhodně reprezentoval základní soubor. Jak dále uvádí, jednou z hlavních podmínek pro získání reprezentativity je velikost vzorku a tuto velikost vymezuje plánovaný statistický výpočet a jeho očekávaná přesnost.

Základní vzorek počtu registrovaných pacientů u PL pro dospělé ve městě České Budějovice, Borovany a Trhové Sviny, byl zjištěn z údajů KC k 31. 12. 2016.

Základní vzorek pro město České Budějovice byl tvořen 3 524 registrovanými pacienty v ordinacích PL pro dospělé. Základní vzorek pro města Trhové Sviny byl tvořen 3 546 a pro Borovany byl tvořen 1 057 registrovanými pacienty v ordinacích PL pro dospělé. Výběrový vzorek byl ze základního vzorku získán použitím „Sample Size Calculatoru“ a tvořil 559 respondentů. Distribuce 559 dotazníků v tištěné podobě ve městech České Budějovice, Trhové Sviny a Borovany byla z důvodu neochoty PL prováděna jen ve vybraných ordinacích PL. V těchto ordinacích byly dotazníky rozdány prostřednictvím zdravotnického personálu.

Návratnost dotazníků činila 85 %. Miovský (2006) za přijatelnou hranici považuje návratnost více než 60 – 70 %. Chráska (2007) uvádí, že interval přijatelné návratnosti se pohybuje mezi 30 - 60 %.

3.4 Analýza dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla v rámci popisné statistiky zanesena do grafů a tabulek. Pro testování hypotéz byla použita statistická metoda testu homogenity v kontingenční tabulce a byla zvolena hladina významnosti $p=0,05$. Test homogenity, znám také jako test o shodnosti struktury, ověřuje shodnost vybraného sledovaného znaku za různých podmínek, které vyjadřují kategorie jiného znaku (Mrkvička, Petrášková, 2006).

Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2010 a uspořádány do přehledných tabulek a grafů.

3.5 Etika výzkumu

V tomto odstavci bych se chtěla věnovat etickým zásadám, jejichž dodržování by měl podléhat každý výzkum v sociální oblasti. Před zahájením výzkumného šetření jsem nejprve telefonicky kontaktovala vybrané ordinace PL pro dospělé ve městech České Budějovice, Borovany a Trhové Sviny, kvůli udělení souhlasu s šířením dotazníků v jejich ordinacích. Poté jsem jednotlivé ordinace PL osobně navštívila, znovu vysvětlila účel výzkumu, případně zodpověděla další otázky a poté jsem v ordinacích zanechala dotazníky k vyplnění. Ivanová a Zielina (2010) uvádějí jako dvě významné oblasti výzkumu nakládání s účastníky výzkumu a informacemi. Miovský (2006) vnímá etické zásady jako nástroj ochrany účastníků výzkumu. Dle Walkera (2013) tuto ochranu zaručuje anonymita. V rámci dotazníkového šetření byli respondenti o anonymitě dotazníku poučeni jak ústně, tak i písemně na úvodní straně dotazníku. Také přístup k sesbíraným datům byl zabezpečen. Walker (2013) dále uvádí, že u anonymních dotazníků je větší pravděpodobnost pravdivých odpovědí respondentů a také jejich větší účast ve výzkumném šetření. Další etickou zásadu spatřuje Walker (2013) v informovaném souhlasu, lidé by se měli mít možnost rozhodnout, zda se výzkumného šetření účastní. Dle Reichela (2009) dává souhlas respondent tím, že daný dotazník vyplní.

3.6 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna do března 2017. Výzkum probíhal ve městě České Budějovice, a to bylo porovnáváno s menšími městy Borovany a Trhové Sviny. Tato města s počtem obyvatel do 7 000 byla zvolena s ohledem na stanovenou hypotézu 1.

Pro zdařilé dotazníkové šetření je velmi podstatná ochota respondentů spolupracovat. Z tohoto důvodu byly nejdříve kontaktovány jednotlivé ordinace PL a byly seznámeny se smyslem prováděného šetření a ujistěny, že vyplnění dotazníku je anonymní a dobrovolné. Když PL reagovali kladně, byli požádáni o pomoc při šíření dotazníků jednotlivým pacientům. Po telefonické domluvě byly provedeny osobní návštěvy jednotlivých ordinací PL, kde jim byly předány dotazníky a případně zodpovězeny další otázky. Ne každý PL však souhlasil, aby v jeho ordinaci bylo prováděno dotazníkové šetření, z tohoto důvodu bylo osloveno jen pár vybraných ordinací PL.

Dotazníkovému šetření předcházela pilotáž. Ta byla provedena v ordinaci v Českých Budějovicích. Jejím cílem bylo stanovit, zda jsou otázky v dotazníku pro pacienty srozumitelné. Po této pilotáži musel být dotazník ještě trochu upraven a jedna otázka musela být z dotazníku vyjmuta a to z důvodu neochoty respondentů ji vyplňovat. Poté byl upravený dotazník umístěn do jednotlivých čekáren praktických lékařů pro dospělé. Následně došlo ke kontrole dat, při které muselo být několik dotazníků z výzkumu vyřazeno z důvodu neúplných či nelogických odpovědí. V poslední fázi bylo provedeno statistické zhodnocení získaných dat.

4 VÝSLEDKY

Kapitola výsledky je rozdělena do dvou částí. První část zahrnuje popisnou statistiku, kde jsou k jednotlivým otázkám z dotazníku vytvořeny přehledné grafy či tabulky. Druhá část obsahuje testování hypotéz testem homogenity v kontingenční tabulce.

4.1 Popisná statistika

Výsledky dotazníkového šetření byly statisticky zpracovány a uspořádány do přehledných grafů. Pro zpracování výsledků byl použit program Microsoft Office Excel 2010.

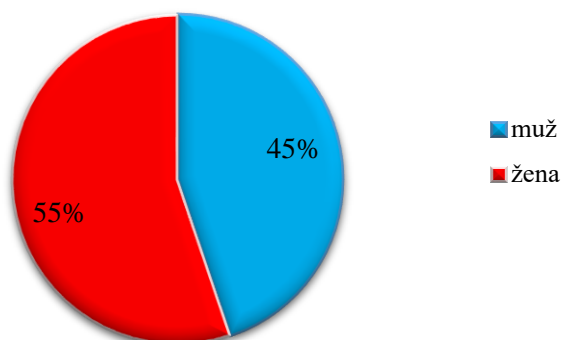
Prvních 5 grafů je zaměřeno na identifikační údaje respondentů – pohlaví, věk, vzdělání, bydliště a umístění ordinací PL. Grafy 6 – 8 ukazují počet návštěv PL za rok, důvod výběru PL a zdravotní stav respondentů. Následující grafy ukazují, jaký vliv mají vybrané faktory na spokojenost pacientů se službami praktických lékařů.

Z 559 rozdaných dotazníků činila návratnost 85 %, tedy 475 dotazníků. Z toho 22 bylo vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění. 453 tedy tvoří 100 %.

Tato data byla zpracovávána proto, aby byly stanovené hypotézy potvrzené či vyvrácené.

Otázka č. 1: Pohlaví

Graf 1: Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je viditelné, že počet žen a mužů účastnících se výzkumu byl poměrně vyrovnaný. Z celkového počtu 453 respondentů se výzkumu účastnilo 203 mužů (45 %) a 250 žen (55 %). Přehlednější dělení pohlaví dle jednotlivých měst je uvedeno v tabulce č. 3. Z Českých Budějovic se účastnilo 100 mužů a 111 žen. Z města Borovany se výzkumu účastnilo 61 mužů a 78 žen. Ve výzkumu za Trhové Sviny bylo 42 mužů a 61 žen.

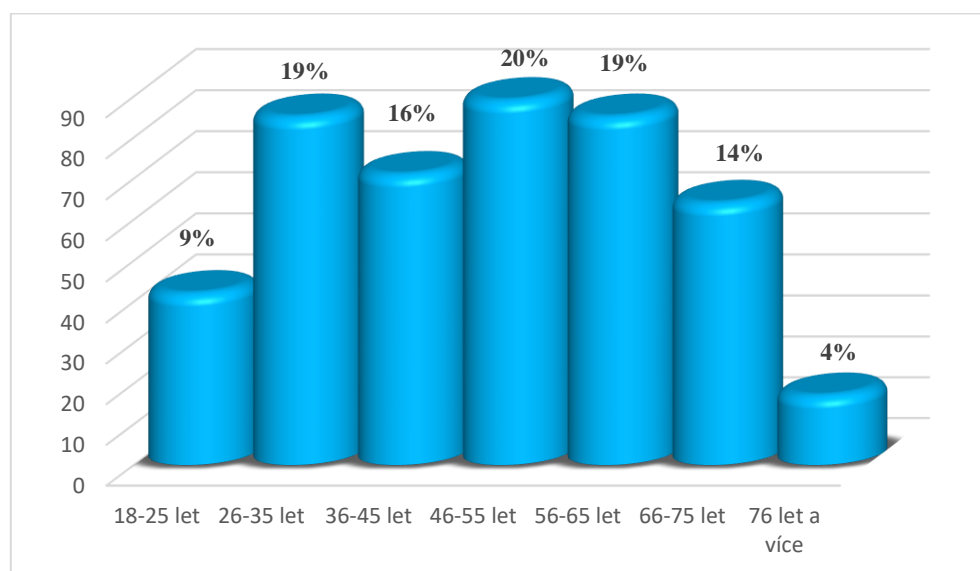
Tabulka 3: Pohlaví rozděleno podle měst

	České Budějovice	Borovany	Trhové Sviny
Muži	100	61	42
Ženy	111	78	61

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Vypište rok narození

Graf 2: Věk



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti, kteří se účastnili výzkumu, se pohybovali v rozmezí 18 - 78 let. V dotazníkovém šetření byla tato otázka otevřená a respondenti vypisovali rok narození. Poté byla tato data rozčleněna do výše uvedených věkových kategorií. Nejpočetnější skupinou mezi respondenty byla věková kategorie 46 – 55 let celkem 89 (20 %) respondentů. Shodně byla zastoupena věková kategorie 26 - 35 let a 56 – 65 let

s celkovým počtem respondentů 85 (19 %). Dále je věková kategorie 36 – 45 let s celkovým počtem respondentů 71 (16 %). Celkem 64 respondentů (14 %) zastupuje věkovou kategorii 66 – 75 let. 42 respondentů (9 %) tvoří věkovou kategorii 18–25 let. Nejmenší zastoupení měla věková kategorie 76 a více let celkem 17 respondentů (4 %). Průměrný věk respondentů byl u mužů 49 let a u žen 46 let (tabulka č. 4).

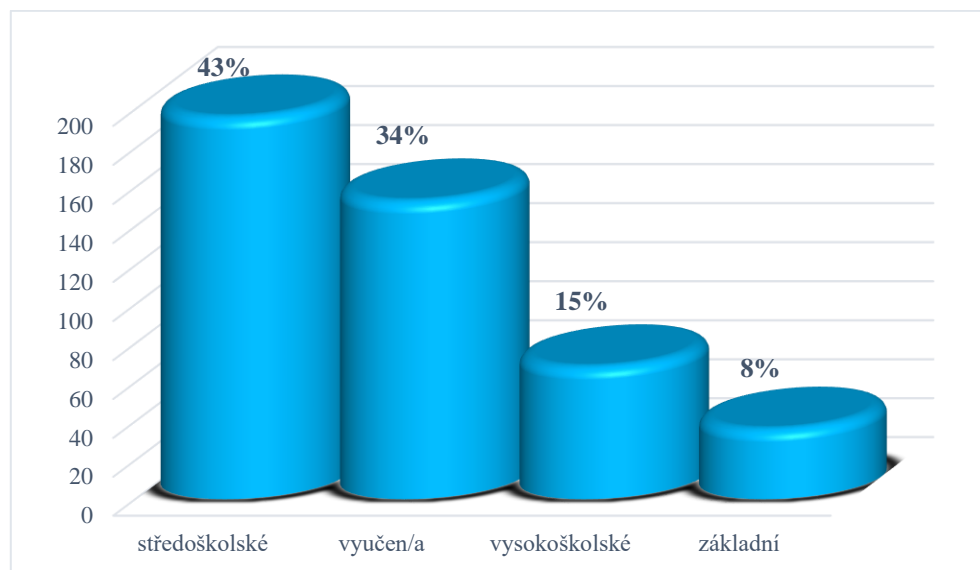
Tab. 4: Věkový průměr

	Muži	Ženy	Obě pohlaví
Průměr	49	46	48
Medián	52	46	48

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

Graf 3: Vzdělání

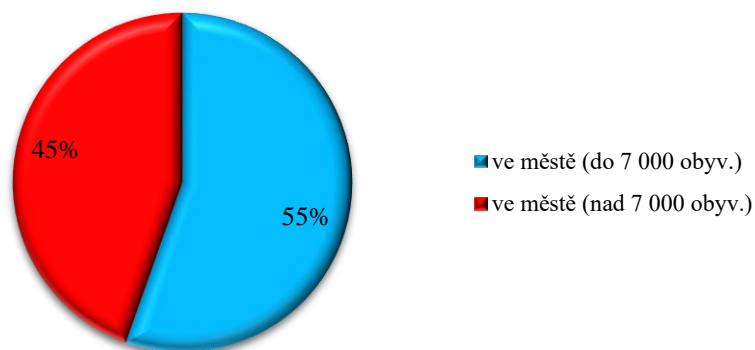


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že nejvyšší zastoupení má středoškolské vzdělání, tedy 196 respondentů (43 %), druhé nejvyšší je dosažení výučního listu, tedy 153 respondentů (34 %). Poté 68 respondentů (15 %) s vysokoškolským vzděláním a poslední nejslabší skupinu tvoří 36 respondentů (8 %) se základním vzděláním.

Otázka č. 4: Žijete ve městě do 7 000 obyvatel nebo ve městě nad 7 000 obyvatel?

Graf 4: Bydliště

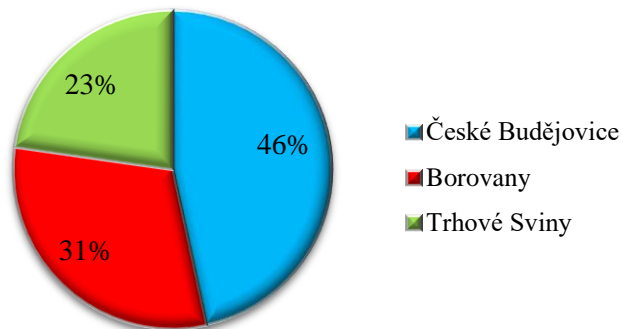


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf znázorňuje odpověď na otázku týkající se bydliště respondentů. Tato otázka se váže k hypotéze č. 2, kde je spokojenost pacientů se službami PL hodnocena právě v závislosti na tom, zda respondenti pochází z velkého či malého města. Z celkového počtu 453 respondentů jich převažuje 251 (55 %), jež mají bydliště v menším městě do 7 000 obyvatel. Jedná se především pacienty z měst Borovany a Trhové Sviny. Pouze 10 respondentů, jež mají svého PL v Českých Budějovicích, bydlí také v menším městě. Méně početné je zastoupení 202 respondentů (45 %) pocházejících z velkého města České Budějovice s počtem obyvatel nad 7 000. Pouze 1 respondent, jehož PL sídlí v menším městě, má trvalé bydliště ve velkém městě.

Otázka č. 5: V jakém městě se nachází Váš praktický lékař?

Graf 5: Místo ordinace PL

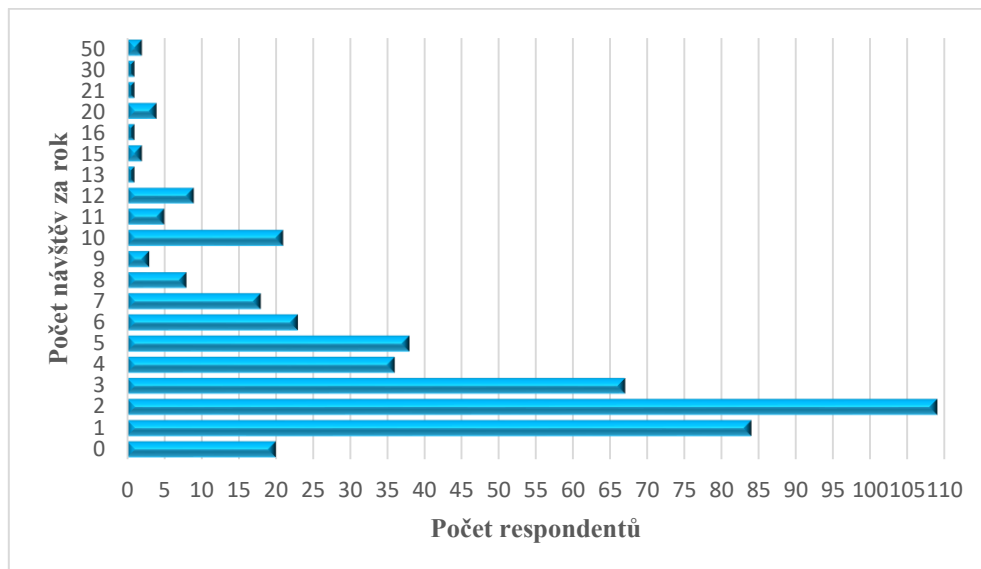


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 211 respondentů (46 %) má svého PL v Českých Budějovicích, 139 respondentů (31 %) navštěvuje svého PL v Borovanech a 103 respondentů (23 %) má svého PL v Trhových Svinech.

Otázka č. 6: Kolikrát jste navštívil/a svého praktického lékaře za poslední rok?

Graf 6: Počet návštěv PL za rok



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5: Počet návštěv za rok

Počet návštěv	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Počet respondentů	20	84	109	67	36	38	23	18	8	3

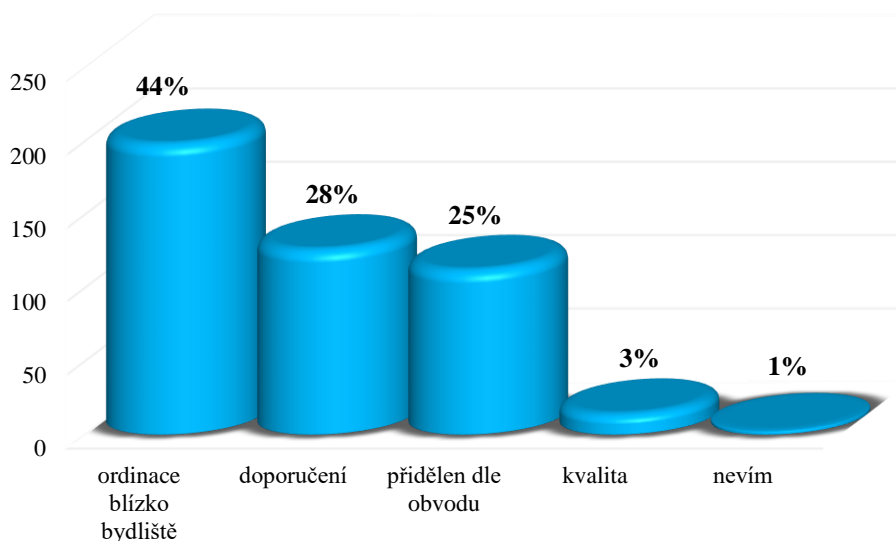
Počet návštěv	10	11	12	13	15	16	20	21	30	50
Počet respondentů	21	5	9	1	2	1	4	1	1	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 spolu s tabulkou č. 5 znázorňují počet návštěv dle počtu respondentů. V průměru respondent navštíví svého PL 4 krát za rok. Někteří pacienti nemají žádnou potřebu svého PL navštívit, naopak nejvíc návštěv připadá na 50 ročně.

Otázka č. 7: Na základě čeho jste si vybral/a svého praktického lékaře?

Graf 7: Důvody výběru PL

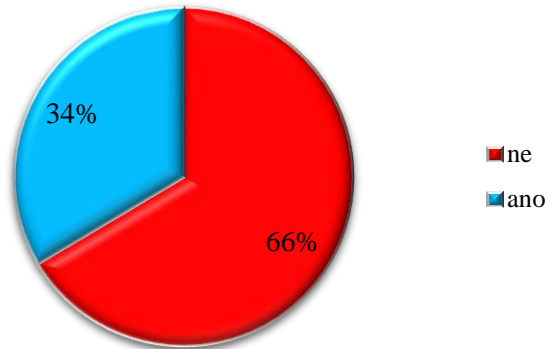


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 453 respondentů jich 198 (44 %) zvolilo svého PL kvůli blízkosti ordinace a bydliště. 126 (28 %) respondentů se řídilo doporučením svých rodinných příslušníků či přátel. 112 (25 %) respondentům byl jejich PL přidělen dle obvodu. Na kvalitu při výběru svého PL hledělo 14 (3 %) respondentů. Pouze 3 (1 %) respondenti uvedli, že už si nepamatují důvod volby svého PL.

Otázka č. 8: Máte nyní nějakou nemoc nebo stav, který Vás velmi trápí již déle než 3 měsíce?

Graf 8: Zdravotní stav respondenta

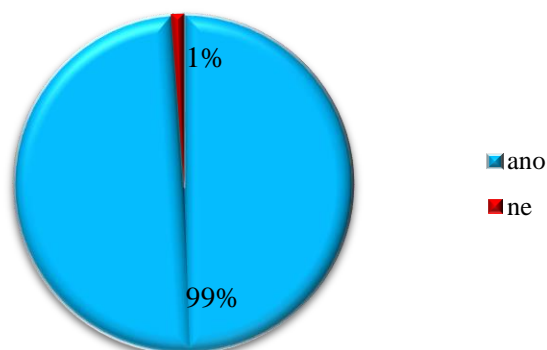


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 453 respondentů, 301 (66 %) uvedlo, že je momentálně netrápí žádné zdravotní potíže. Zbýlých 152 respondentů (34 %) nyní trpí zdravotními obtížemi. U těchto respondentů bylo možné sledovat i vyšší návštěvnosti PL během roku.

Otázka č. 9: Jste spokojen/a s umístěním ordinace?

Graf 9: Spokojenost respondenta s umístěním ordinace



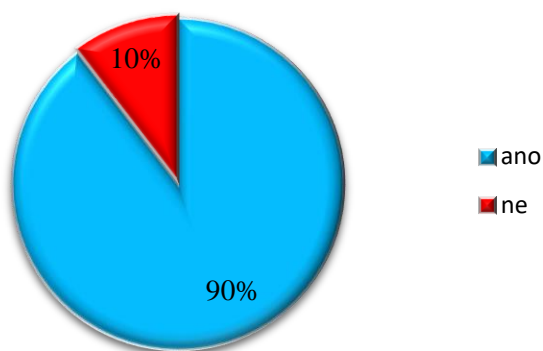
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 ukazuje spokojenost pacientů s lokalitou, ve které se ordinace PL nachází. Z grafu je viditelné, že z celkového počtu 453 respondentů, jich je naprostá většina 448

(99 %) s umístěním ordinace spokojena, pouhých 5 respondentů (1 %) by uvítalo ordinaci svého PL na jiném místě.

Otázka č. 10a: Jste spokojen/a s ordinačními hodinami?

Graf 10: Spokojenost respondentů s ordinační dobou



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10 ukazuje spokojenost respondentů s ordinačními hodinami jejich PL. Odpovědi této otázky byly použity pro stanovení hypotézy č. 1. Z celkového počtu 453 respondentů, je většina 406 (90 %) respondentů s ordinačními hodinami svého PL spokojena. Pouze 47 (10 %) respondentů je s časem ordinačních hodin nespokojených. Jedním z důvodů může být zaměstnání respondentů, kdy pro ně může být těžké vzít si propustku a dojít k PL. Další problém vidím u respondentů, kteří mají PL v Borovanech, kde nemají možnost žádných odpoledních ordinačních hodin. Dopolední hodiny jsou dle mého názoru více preferovány seniory či matkami na mateřské dovolené. Tabulka č. 6 tedy znázorňuje odpovědi respondentů, které jsou uspořádány dle jednotlivých měst ve kterých jejich PL sídlí.

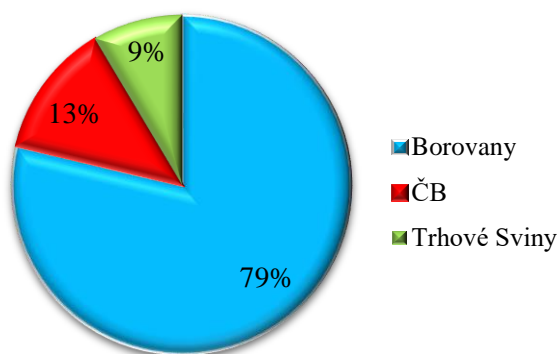
Tabulka 6: Spokojenost a nespokojenost respondentů

	České Budějovice		Trhové Sviny		Borovany	
	Počet respondentů	Počet respondentů v %	Počet respondentů	Počet respondentů v %	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Spokojenost	205	97%	99	96%	102	73%
Nespokojenost	6	3%	4	4%	37	27%
Celkem	211	100%	103	100%	139	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10b: Pokud ne, proč?

Graf 11: Nespokojenost s ordinačními hodinami



Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto grafu jsou zobrazeni jen ti respondenti 47, kteří u předchozí otázky odpověděli, že nejsou spokojeni s ordinačními hodinami svého PL. Tato otázka byla v dotazníku otevřená, respondenti tedy uváděli důvod jejich nespokojenosti. Největší zastoupení zde měli respondenti, jejich PL má svou ordinaci ve městě Borovany, celkem je to 37 (79 %) respondentů. Hlavním důvodem jejich nespokojenosti je to, že nemají možnost svého PL navštěvovat i v odpoledních hodinách. Další skupinu tvoří respondenti, jejichž PL sídlí v Českých Budějovicích, celkem 6 (13 %). Poslední skupina zastupuje Trhové Sviny a pouze 3 (9 %) respondenti uvedli, že jsou nespokojeni. Většina respondentů se shodla, že mají nedostatek odpoledních hodin a také uváděli, že nemohou odejít z práce. Preference odpoledních ordinačních hodin je dle mého názoru dána zaměstnáním respondentů, kteří ho nemohou uprostřed

pracovního procesu opustit, nebo by pro ně bylo časově velmi náročné, promeškanou práci dodělat v jejich volném čase.

Tabulka 7: Důvod nespokojenosti

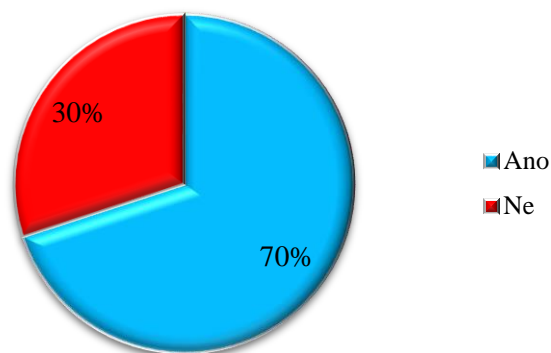
	České Budějovice	Borovany	Trhové Sviny
Žádné odpolední ordinační hodiny	0	37	0
Ordinační doba jen 1x týdně	6	0	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Jednu z vybraných variant uvedených v tabulce č. 7 uváděli především respondenti v produktivním věku. Jedná se tedy především o osoby pracující či studující.

Otázka č. 11a: Má Váš praktický lékař ordinační hodiny i v odpoledních hodinách?

Graf 12: Ordinační hodiny v odpolední době

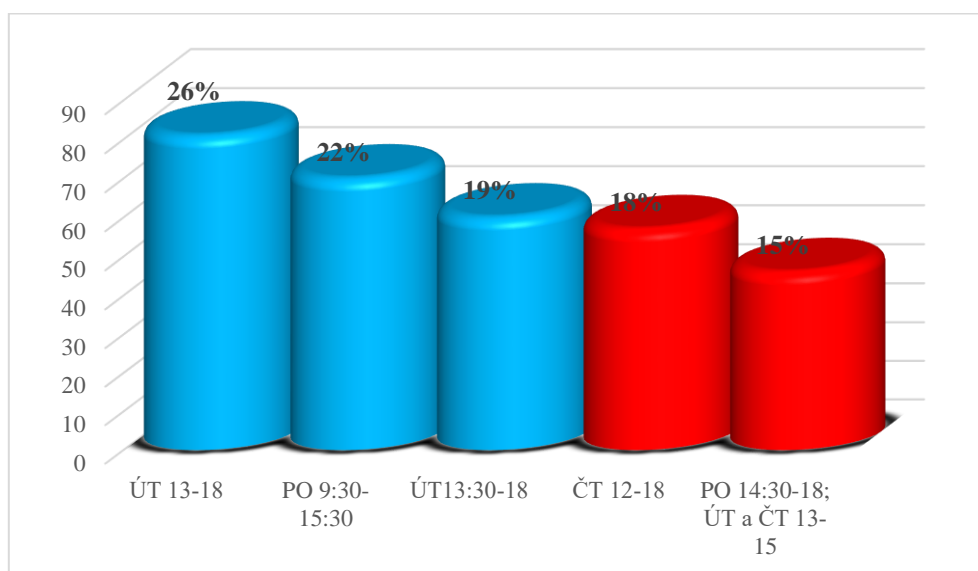


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11a byla také použita pro stanovení hypotézy č. 1. Z celkového počtu 453 respondentů jich 314 (70 %) uvedlo, že jejich PL má ordinační dobu také v odpoledních hodinách. Jedná se o PL měst České Budějovice a Trhové Sviny. 139 (30 %) respondentů uvedlo, že jejich PL z města Borovany má ordinační dobu pouze v dopoledních hodinách.

Otázka č. 11b: Pokud ano, uveďte, jak jsou rozvrženy.

Graf 13: Rozvržení odpoledních ordinačních hodin PL

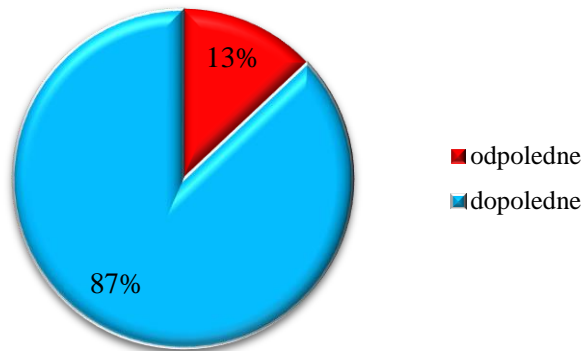


Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka navazuje na předchozí otázku č. 10: „*Má Váš praktický lékař ordinační hodiny i v odpoledních hodinách?*“. Hodnoceni byli pouze respondenti, jejichž PL má ordinační hodiny i v odpoledních hodinách, odpověděli tedy „ano“. V tomto grafu tedy nejsou zahrnuti pouze respondenti, kteří mají svého PL ve městě Borovany, ten má ordinační hodiny pouze v dopoledním čase. Modře zbarvená část grafu představuje respondenty, jejichž PL se nachází v Českých Budějovicích a červená část zobrazuje respondenty, jejichž PL se nachází v Trhových Svinech. Z celkového počtu 314 respondentů, mají největší zastoupení respondenti 81 (26 %) z Českých Budějovic s odpoledními hodinami v úterý v době od 13 do 18 hodin. 70 (22 %) respondentů má ordinační hodiny také v úterý, ale doba rozvržení se liší, je tedy od 13:30 do 18 hodin. 60 (19 %) respondentů má odpolední ordinační hodiny v pondělí v době od 9:30 do 15:30 hodin. 57 (18 %) respondentů, jejichž PL se nachází v Trhových Svinech, má odpolední ordinační hodiny ve čtvrtek od 12 do 18 hodin. 46 (15 %) respondentů, také s PL který sídlí v Trhových Svinech, má odpolední ordinační hodiny v pondělí od 14:30 do 18 hodin, dále úterý a čtvrtek v době od 13 do 15 hodin.

Otázka č. 12: V jakých ordinačních hodinách nejčastěji navštěvujete svého praktického lékaře?

Graf 14: Využívání odpoledních či dopoledních ordinačních hodin

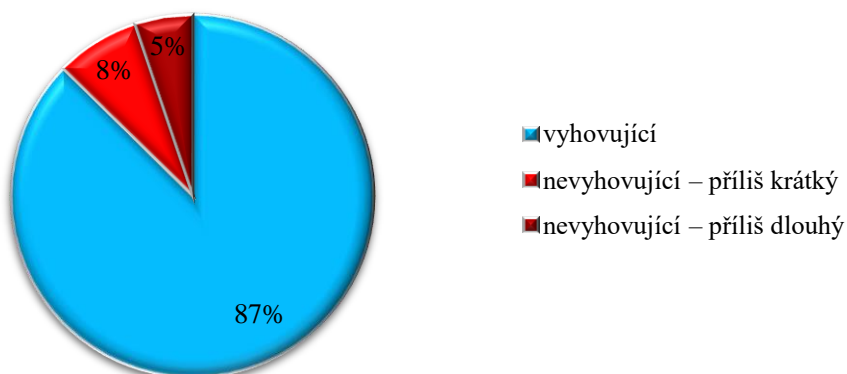


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 453 respondentů jich většina 394 (87 %), navštěvuje svého PL v dopoledních hodinách. Zbytek respondentů 59 (13 %) navštěvuje svého PL v odpoledních hodinách. V této otázce může dojít ke zkreslení dat, neboť všichni respondenti, jejichž PL působí ve městě Borovany, museli vyplnit, že využívají dopoledních hodin, neboť jejich PL odpolední hodiny nemá. Tudíž nemohli vyplnit využívání odpoledních hodin, ačkoliv by je rádi využívali. Jedná se o ty respondenty celkem 37, jež v otázce č. 10 odpověděli, že nejsou spokojeni s ordinačními hodinami svého PL a jako důvod uvedli, že postrádají odpolední ordinační hodiny.

Otázka č. 13a: Čas věnovaný pacientovi lékařem je:

Graf 15: Pacient vs. lékař

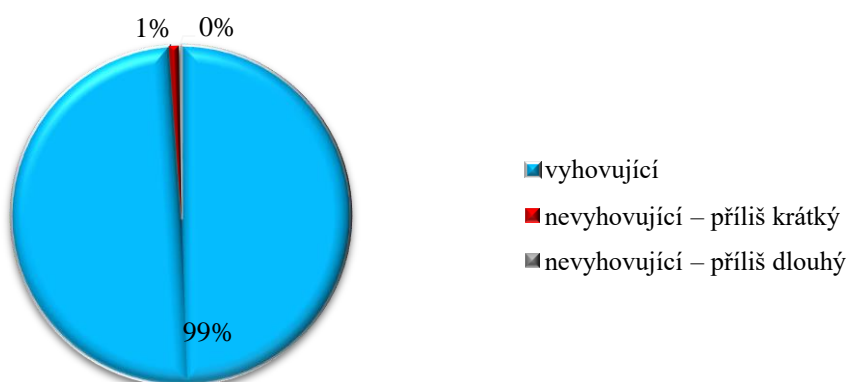


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf reaguje na otázku č. 13a, která sloužila pro stanovení hypotézy č. 2. Ze 453 respondentů jich 396 (87 %) shledává čas věnovaný ze strany PL jako vyhovující. 57 respondentů vnímá čas věnovaný PL jako nevyhovující, z toho 34 (8 %) respondentů vnímá čas, který jim PL věnuje jako příliš krátký a 23 (5 %) respondentů tento čas naopak vnímá jako příliš dlouhý.

Otázka č. 13b: Čas věnovaný pacientovi sestrou je:

Graf 16: Pacient vs. sestra



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je viditelné, že téměř všichni oslovení respondenti, jsou časem věnovaným ze strany zdravotní sestry spokojeni. Z celkového počtu 453 respondentů jich 448

(99 %) uvedlo, že čas věnovaný sestrou vnímají jako vyhovující, pouze 5 respondentů vnímá čas věnovaný sestrou jako nevhovující. Z toho 4 (1 %) z důvodu příliš krátkého času a pouze 1 respondent z důvodu příliš dlouhého času.

Otázka č. 14: Obecné návrhy na zlepšení chodu ordinace včetně například čekárny, vybavení ordinace atd.

Tabulka č. 8: Návrhy na zlepšení ordinace

Žádné změny	128	25 %
Nedostatečné větrání čekárny	98	19 %
Zkrátit délku čekání	94	19 %
Zavedení pořadových čísel	79	16 %
Zvětšení čekárny	51	10 %
Potichu puštěné rádio	24	5 %
Wi-Fi připojení	14	3 %
Televize	15	3 %

Zdroj: Vlastní výzkum

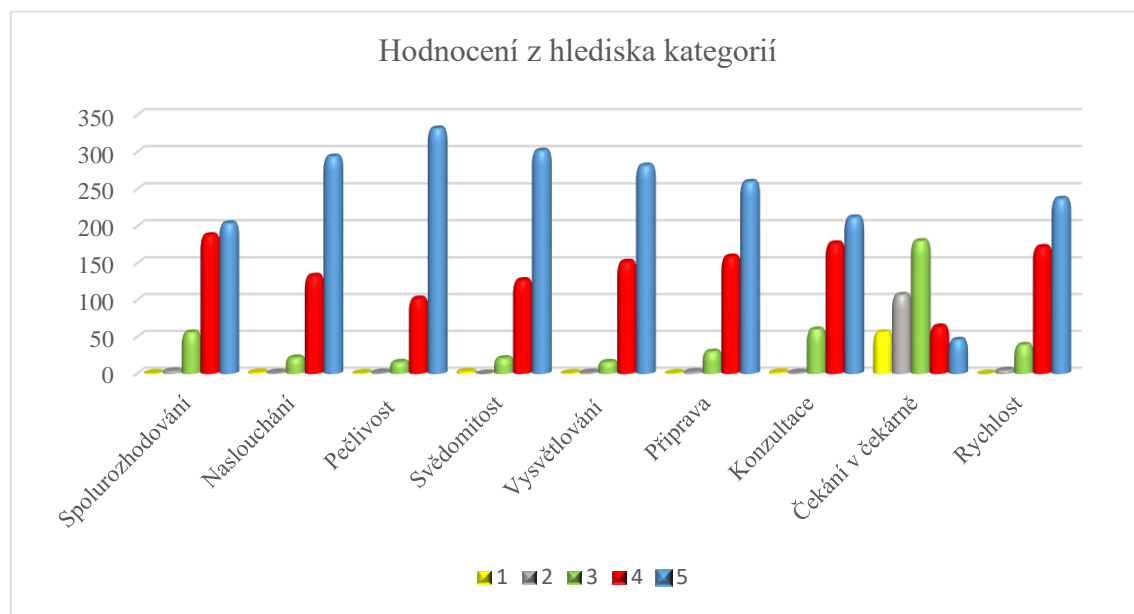
Tato otázka byla v dotazníku otevřená, respondenti tudíž mohli uvést více odpovědí. Tabulka ukazuje, že nejvíce respondentů 128 (25 %) by neměnila vůbec nic a s chodem ordinace jsou spokojeni. Největší zastoupení v rámci nespokojenosti měly důvody označené jako „nedostatečné větrání čekárny“ a „zkrácení délky čekací doby“. Respondenti uváděli, že by ordinace měla být vybavena oknem nebo klimatizací. 79 (16 %) respondentů by jako změnu uvítalo „zavedení pořadových čísel“ většina z těchto dotazovaných uvedla, že v čekárně tráví až 3 hodiny. 51 (10 %) respondentů by si přálo zvětšení čekárny a zbytek respondentů by si čekání v čekárně zpříjemnili rádiem, televizí či Wi-Fi připojením.

Otázka č. 15: Jaký je Váš názor na Vašeho praktického lékaře za posledních rok vzhledem k...

Tato otázka byla v dotazníku tvořena formou škály. Respondenti v rámci této otázky hodnotili svou spokojenost s poskytovanými službami body 1 – 5, přičemž bod 1

značil nespokojenost a bod 5 spokojenost. Celkem respondenti hodnotili 9 faktorů. K této otázce byly vytvořeny dva grafy. Graf 14a znázorňuje hodnocení respondentů z hlediska jednotlivých kategorií, tedy služeb. Graf 14b ukazuje srovnání kategorií z hlediska hodnocení respondentů.

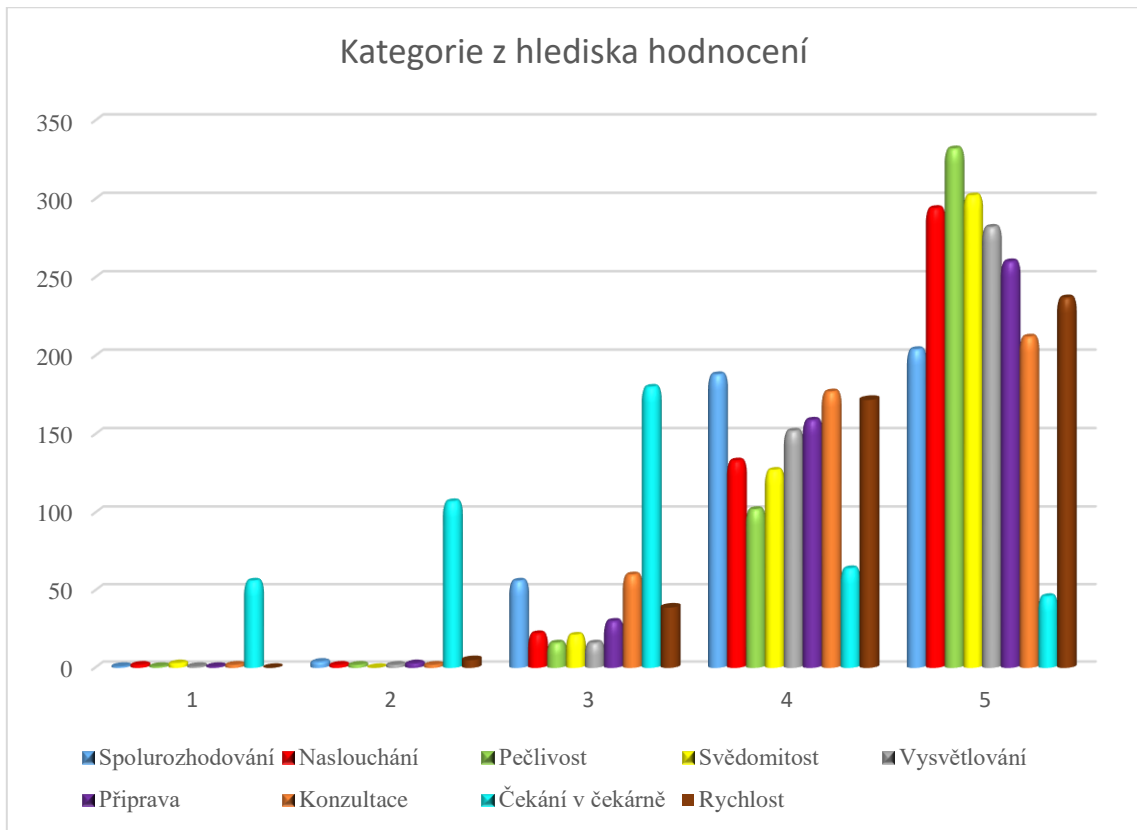
Graf 17: Názor na služby poskytované PL - kategorie



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 ukazuje srovnání hodnocení z hlediska kategorií. V grafu je viditelné, že většinou byly kategorie hodnoceny číslem 5 nebo 4, což značí spokojenost s jednotlivými službami PL. Nejsou zde viditelné téměř žádné výkyvy, až na kategorii, která popisuje spokojenost s délkou čekání v čekárně. Tato kategorie je průměrně ohodnocena bodem 3. U délky čekání v čekárně byla zaznamenána nejvyšší nespokojenost, tedy nejvyšší počet bodů 1 a 2.

Graf 18: Názor na služby poskytované PL - hodnocení



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18 ukazuje srovnání kategorií z hlediska hodnocení. Z tohoto důvodu jsem v grafu používala stále stejnou barvu, jen měnila její odstín. Jak ukazuje graf, negativní hodnocení tedy body 1 a 2 získala pouze kategorie „*délka čekání v čekárně*“. U této kategorie lze pozorovat, že je tedy nejméně pozitivně hodnocena. Na spokojenost pacientů má tedy tento faktor velký vliv. Naopak nejkladněji je hodnocen faktor „*pečlivost při vyšetřování tělesného stavu pacienta*“.

Tabulky popisující spokojenost respondentů v rámci jednotlivých faktorů: pohlaví, věk, vzdělání

Tabulka 9: Spokojenost s ordinačními hodinami dle pohlaví

	Muži	Ženy	Obě pohlaví
Spokojenost	188	218	406
Nespokojenost	15	32	47

Zdroj: Vlastní výzkum

Dosažená hladina významnosti vyšla $p = 0,0605$. Tato p-hodnota je větší než 0,05 a neznačí statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Tabulka 10: Spokojenost s časem zdravotnického personálu - pohlaví

	Čas věnovaný lékařem		Čas věnovaný sestrou	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Vyhovující	173	223	202	246
Nevyhovující - krátký	17	17	0	4
Nevyhovující – dlouhý	13	10	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Dosažená hladina významnosti vyšla $p = 0,1747$. Tato p-hodnota je větší než 0,05 a neznačí statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Tabulka 11: Spokojenost s ordinačními hodinami vs. věku

	Muži		Ženy	
	Spokojenost	Nespokojenost	Spokojenost	Nespokojenost
18-25 let	17	3	14	8
26-35 let	23	4	45	13
36-45 let	27	4	35	5
46-55 let	40	2	48	4
56-65 let	39	2	41	2
66-75 let	34	0	26	0
76 let a více	8	0	9	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 12: Spokojenost s časem zdravotnického personálu - věk muži

	Čas lékařem			Čas sestrou		
	Vyhovující	Nevyhovující – krátký	Nevyhovující – dlouhý	Vyhovující	Nevyhovující – krátký	Nevyhovující – dlouhý
18-25 let	19	1	0	20	0	0
26-35 let	26	1	0	27	0	0
36-45 let	26	0	5	30	0	1
46-55 let	37	3	2	42	0	0
56-65 let	36	4	1	41	0	0
66-75 let	25	5	4	34	0	0
76 let a více	4	3	1	8	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 13: Spokojenost s časem zdravotnického personálu - věk ženy

	Čas lékařem			Čas sestrou		
	Vyhovující	Nevyhovující – krátký	Nevyhovující – dlouhý	Vyhovující	Nevyhovující – krátký	Nevyhovující – dlouhý
18-25 let	21	0	1	22	0	0
26-35 let	53	4	1	57	1	0
36-45 let	38	1	1	40	0	0
46-55 let	46	4	2	50	2	0
56-65 let	39	2	2	43	0	0
66-75 let	21	5	0	26	0	0
76 let a více	5	1	3	8	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 14: Spokojenost s ordinačními hodinami vs. vzdělání

	ZŠ	Vyučen	SŠ	VŠ
Spokojenost	36	141	178	51
Nespokojenost	0	12	18	17

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 15: Spokojenost s časem zdravotníckeho personálu vs. vzdelání

	Čas lekářem			Čas sestrou		
	Vyhovující	Nevyhovující – krátký	Nevyhovující – dlouhý	Vyhovující	Nevyhovující – krátký	Nevyhovující – dlouhý
ZŠ	27	5	4	35	1	0
Vyučen/a	133	12	8	153	0	0
SŠ	176	10	10	193	2	1
VŠ	60	7	1	67	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 16: Vzdelání vs. pohlaví

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VŠ
Muž	20	73	86	24
Žena	16	80	110	44

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 17: Vzdelání vs. bydliště respondentů

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VŠ
Město (nad 7 000 obyv.)	11	59	94	38
Město (do 7 000 obyv.)	25	94	102	30

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 18: Vzdělání vs. sídlo ordinace PL

	ZŠ	Vyučen/a	SŠ	VŠ
České Budějovice	11	61	102	39
Borovany	11	49	57	20
Trhové Sviny	14	43	37	9

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 19: Věk vs. počet návštěv PL za rok – muži

	0	1 - 2	3 - 5	6 – 10	11 - 15	16 - 50
18-25 let	2	14	4	0	0	0
26-35 let	2	17	6	1	1	0
36-45 let	4	13	8	4	1	1
46-55 let	2	15	22	2	1	0
56-65 let	0	15	14	7	3	2
66-75 let	0	8	13	8	3	2
76 let a více	0	0	1	6	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro přehlednější vzhled byl počet návštěv seskupen do kategorií. Jedná se o kategorie 0, 1 – 2, 3 – 5, 6 – 10, 11 – 15, 16 – 50 návštěv PL za rok. Tabulka zobrazuje, že nejvíce muži navštěvují svého lékaře ve věku od 46 do 55 let a to až 5 krát ročně. Dosažená hladina významnosti je větší než 0,05 a neznačí statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Tabulka 20: Věk vs. počet návštěv PL za rok – ženy

	0	1 - 2	3 - 5	6 – 10	11 - 15	16 - 50
18-25 let	1	15	5	0	0	1
26-35 let	3	32	18	4	0	1
36-45 let	0	25	13	2	0	0
46-55 let	6	22	9	12	3	0
56-65 let	0	14	20	7	1	1
66-75 let	0	2	7	17	0	0
76 let a více	0	1	1	3	3	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro přehlednější vzhled byl počet návštěv seskupen do kategorií. Jedná se o kategorie 0, 1 – 2, 3 – 5, 6 – 10, 11 – 15, 16 – 50 návštěv PL za rok. Z tabulky je viditelné, že nejvíce navštěvují lékaře ženy ve věku od 26 do 35 let. Tento výsledek mě překvapil. Dosažená hladina významnosti je větší než 0,05 a neznačí statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Tabulka 21: Zdravotní stav vs. pohlaví

	Muži	Ženy
Ano	66	86
Ne	137	164

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Testování hypotéz

Pro zjištění hypotéz byl použit test homogenity v kontingenční tabulce. Nulová hypotéza vyjadřuje, že se četnosti porovnávaných hodnot shodují. Alternativní hypotéza popírá nulovou hypotézu, tedy vyjadřuje, že se dané četnosti výrazně liší. Zvolená hladina významnosti je 5 % ($\alpha = 0,05$). Pro zpracování výsledků byl použit program Microsoft Office Excel 2010.

4.2.1 Hypotéza 1

Jelikož se jednalo o nominální proměnné, byl pro výpočet hypotézy použit test homogenity v kontingenční tabulce. Pro stanovení této hypotézy se v testu homogenity vycházelo z otázek č. 10 a č. 11. Výsledky testu jsou znázorněny v tabulce č. 6.

Otázka č. 10: *Jste spokojen/a s ordinačními hodinami?*

Otázka č. 11: *Má Váš praktický lékař ordinační hodiny i v odpoledních hodinách?*

H1: Lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách.

Data

Tabulka 22: Kontingenční tabulka – hypotéza 1

	PL poskytuje odpolední hodiny	PL neposkytuje odpolední hodiny	Celkem
Spokojenost	307	99	406
Nespokojenost	10	37	47
Celkem	317	136	453

Zdroj: *Vlastní výzkum*

Hypotézy

$H_0: n_{11} = n_{12} = n_{21} = n_{22}$

$H_A: \text{NON } H_0$

n_{11} , n_{12} , n_{21} , n_{22} – představují četnosti znázorněné v tabulce (tabulka č. 22, první číslo značí řádek a druhé číslo představuje sloupec).

Hodnocení hypotéz

Po statistickém vyhodnocení dat vyšla hodnota testu $p = 1,42156 \cdot 10^{-14}$. Dosažená hladina významnosti je menší než 0,05, hypotéza je tedy shledána jako statisticky významná. Zamítám tedy nulovou hypotézu ve prospěch stanovené alternativní hypotézy, která říká, že lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách.

4.2.2 Hypotéza 2

U této hypotézy se také jednalo o nominální proměnné, tudíž byl pro výpočet hypotézy použit znovu test homogenity v kontingenční tabulce. Pro stanovení hypotézy č. 2 byly využity data z otázek č. 4, 10, 13 a 14. U škálové otázky byla možnost ohodnocení 5 body, přičemž 1 a 2 znamená nespokojenost, 4 a 5 značí spokojenost. Bod 3 vnímám jako neutrální hodnocení, proto jsem ho při výpočtu hypotézy odebrala, abych porovнала čistě spokojenost a nespokojenost.

Otázka č. 4: „*Žijete ve městě do 7 000 obyvatel nebo ve městě nad 7 000 obyvatel?*“ Tato otázka sloužila pro srovnání obou sledovaných skupin.

Otázka č. 10: „*Jste spokojen/a s ordinačními hodinami?*“

Otázka č. 13a: „*Čas věnovaný pacientovi lékařem je?*“

Otázka č. 13b: „*Čas věnovaný pacientovi sestrou je?*“

Otázka č. 14: „*Jaký je Váš názor na Vašeho praktického lékaře za posledních rok vzhledem k...*“

Tyto otázky byly zaznamenány v kontingenční tabulce. Celkem se tedy jednalo o 11 odpovědí za 1 respondenta. Z dat bylo vyjmuto ohodnocení bodem 3 ze škálové otázky. Jak jsem již zmínila, tento bod vnímám jako neutrální.

H2: Pacienti z menších měst budou se službami praktických lékařů spokojeni více, než pacienti z velkých měst.

Data

Tabulka 23: Kontingenční tabulka – hypotéza 2

	Spokojenost	Nespokojenost	Celkem
Město (do 7 000 obyv.)	2 537	198	2 735
Město (nad 7 000 obyv.)	2 156	105	2 261
Celkem	4 693	303	4 996

Zdroj: vlastní výzkum

Hypotézy

$$H_0: n_{11} = n_{12} = n_{21} = n_{22}$$

$$H_A: \text{NON } H_0$$

n_{11} , n_{12} , n_{21} , n_{22} – představují četnosti znázorněné v tabulce (viz. tab. 23, první číslo značí řádek a druhé číslo představuje sloupec).

Hodnocení hypotéz

Po statistickém vyhodnocení dat vyšla hodnota testu $p = 0,000130364$. Dosažená hladina významnosti je větší než 0,05, byl prokázán významný rozdíl mezi hodnotami. Hypotézu se nepodařilo potvrdit.

5 DISKUSE

Cílem diplomové práce bylo zmapovat spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé. Výzkum probíhal ve městě České Budějovice, Borovany a Trhové Sviny. Celkem se výzkumu účastnilo 453 respondentů, 211 (46 %) z Českých Budějovic, 139 (31 %) z Borovan a 103 (23 %) respondentů z Trhových Svinů.

Pro výzkumnou část diplomové práce byl sestaven dotazník, který se skládal z 15 otázek (příloha č. 1). Otázky č. 1–5 jsou zaměřeny na identifikační údaje respondenta (pohlaví, věk, vzdělání, bydliště a umístění ordinace PL). Otázky č. 6 – 8 zjišťují počet návštěv PL za rok, důvod výběru PL a zdravotní stav respondentů. Otázky č. 9 - 14 jsou zaměřeny na subjektivní spokojenost respondentů s poskytovanou péčí PL a možné návrhy na zlepšení. Poslední 15 škálová otázka je zaměřena na pět proměnných: vztah mezi PL a pacientem (položka 1, 2), kvalitu poskytované zdravotní péče (položka 3, 4), poskytování informací pacientovi (položka 5), organizační zajištění (položka 6), dostupnost zdravotní péče (položka 7, 8, 9).

Z analýzy výsledků vyplývá, že výzkumu se z celkového počtu 453 respondentů účastnilo 55 % žen a 45 % mužů (graf 1). Ačkoliv byl rozdíl zastoupení obou pohlaví jen nepatrný, větší výzkumný soubor tvořily ženy. Dle mého názoru je to způsobeno tím, že se více starají o své zdraví, proto více navštěvují lékaře a ochotněji se zapojily do výzkumu. Zatímco ženy mají naději dožití až 81 let, u mužů je to 71 let (OECD, 2015). Ačkoliv se ženy dožívají vyššího věku, je u nich zaznamenána vyšší nemocnost a nižší kvalita života než u mužů (Appelová et al., 2010). Appelová et al., (2010) dále uvádí, že ženy mají tendence svůj zdravotní stav hodnotit více kriticky. Vzniká zde otázka, zda je možné posoudit rozdíly ve spokojenosti mezi oběma pohlavími. Touto otázkou se zabývalo více autorů, jejich názory se však neshodují. Appelová et al., (2010) píše, že je u žen zaznamenána vyšší spokojenost se zdravotnickými službami v oblasti komunikace, avšak v oblasti osobní důstojnosti je spokojenost vyšší u mužů. V tabulce č. 9 je porovnána spokojenost obou pohlaví s ordinačními hodinami. Tabulka č. 10 ukazuje spokojenost obou pohlaví v souvislosti s poskytnutým časem ze strany zdravotnického personálu. Po statistickém vyhodnocení dat ttestem vyšlo, že hladina významnosti je větší než 0,05, nebyl tedy zaznamenán rozdíl ve spokojenosti mezi oběma pohlavími. Touto otázkou se zabývala také Hnilicová (2000) a říká,

že ve srovnávacích studiích obou pohlaví nebyl zaznamenán žádný rozdíl ve spokojenosti, její tvrzení se shoduje s mým výsledkem.

Respondenti, kteří se účastnili výzkumu, se pohybovali v rozmezí 18 - 78 let. Věkové rozložení respondentů (graf 2) ukazuje, že nejvíce zastoupená věková kategorie byla v rozmezí od 46 do 55 let, celkem 89 (20 %) respondentů. Další v pořadí byly se shodným počtem respondentů kategorie od 26 do 35 let a od 56 do 65 let s počtem respondentů 85 (19 %). Kategorii 36 – 45 let uvedlo 71 (16 %) respondentů. 64 (14 %) respondentů tvořilo kategorii 66 - 75 let. Věkovou kategorií od 18 do 25 let uvedlo 42 (14 %) respondentů. Poslední kategorii v rozmezí od 76 a více let tvořilo 17 (4 %) respondentů. Právě věk představuje dle Hnilicové (2000) jeden z důležitých faktorů určující spokojenost. Dále uvádí, že s přibývajícím věkem pacientů roste také jejich spokojenost, což je viditelné v tabulce č. 11, kde je zaznamenána spokojenost s ordinační dobou v souvislosti s věkem respondentů. Nejvíce kritičtí byli respondenti ve věku 26 až 45 let. A nejvíce kritické v tomto věkovém rozmezí byly ženy. Respondenti ve věku 66 a více let u obou pohlaví hodnotili spokojenost s ordinačními hodinami pouze kladně. Podle mého názoru to může být dáno tím, že starší lidé nechtějí být na obtíž a proto jejich požadavky a náročnost s věkem klesá a naopak se zvyšuje pocit vděčnosti.

Graf 3 řeší otázku č. 3: „*Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?*“. Tato otázka byla zvolena, neboť se domnívám, že jinak bude zdravotní péči hodnotit vysokoškolský vzdělaný člověk, kde se předpokládá vyšší informovanost, než člověk se základním vzděláním. Z grafu je viditelné, že nejvyšší zastoupení mají respondenti se středoškolským vzděláním 196 (43 %). Poté 153 (34 %) respondentů s výučním listem. Vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo 68 (15 %) a nejslabší skupinu tvořilo 36 (8%) respondentů se základním vzděláním. Hnilicová (2000) uvádí, že existuje určitý vztah mezi vzděláním pacientů a jejich spokojeností. Dále uvádí, že čím vyšší vzdělání pacient má, tím kritičtěji hodnotí spokojenost s poskytnutou zdravotní péčí. Tento vztah je zobrazen v tabulce č. 14. V tabulce je viditelné, že nejvíce kritičtí jsou právě vysokoškolsky vzdělaní respondenti, přesně jak uvádí Hnilicová. Ačkoliv je tato souvislost v tabulce viditelná, při vyhodnocení dat se však tento vztah nepotvrdil jako statisticky významný.

Graf 4 představuje bydliště respondentů. Tento graf byl stěžejní pro stanovení hypotézy č. 2. Z grafu je patrné, že převažují respondenti s trvalým bydlištěm v menším městě do 7 000 obyvatel, tedy 251 (55 %). Jedná se především pacienty z měst

Borovany a Trhové Sviny. 202 (45 %) respondentů má trvalé bydliště v Českých Budějovicích. Vzhledem k tomu, že si každý může svobodně zvolit svého PL, navštěvují někteří respondenti, žijící v menším městě, svého PL ve velkém městě a naopak. Také v tomto výzkumu bylo zaznamenáno 10 respondentů, jež navštěvují svého PL v Českých Budějovicích, ale bydlí v menším městě. Naopak 1 respondent navštěvuje svého PL v menším městě, ačkoliv bydlí v Českých Budějovicích.

V poslední identifikační otázce se ptám na město, ve kterém se nachází PL respondentů. Z grafu 5 vyplývá, že 46 % respondentů má svého PL v Českých Budějovicích, 31 % respondentů navštěvuje svého PL v Borovanech a 23 % respondentů má svého PL v Trhových Svinech. Tato města byla zvolena vzhledem ke zvoleným hypotézám. V hypotéze č. 1 je cílem zjistit spokojenost v rámci ordinačních hodin PL. Z tohoto důvodu bylo zvoleno město Borovany, kde mají PL ordinační doby pouze v dopoledních hodinách.

Následující části budou popsány grafy 6-8, které popisují počet návštěv PL za rok, důvod výběru PL a zdravotní stav respondentů.

Graf 6 znázorňuje otázku č. 6: „*Kolikrát jste navštívil/a svého praktického lékaře za poslední rok?*“ K tomuto grafu byla vytvořena také tabulka č. 5, tvoří přehledné uspořádání počtu návštěv PL za rok, vzhledem k celkovému počtu shodných odpovědí jednotlivých respondentů. V průměru respondent navštíví svého PL 4 krát za rok. Někteří pacienti nemají žádnou potřebu svého PL navštívit, naopak nejvíc návštěv připadá na 50 ročně. Tabulka č. 19 ukazuje návštěvnost lékaře v jednotlivých věkových kategoriích v pohlaví muže. V tabulce je zobrazeno, že muži navštěvují nejčastěji svého lékaře ve věku od 46 do 55 let a to až 5 krát ročně. Tento výsledek mě překvapil. Očekávala jsem, že s přibývajícím věkem poroste návštěvnost PL. Tabulka č. 20 zobrazuje návštěvnost PL dle věkových kategorií žen. Ženy navštěvují svého lékaře nejvíce ve věku od 26 do 35 let a to až 2 krát ročně. Vzhledem k tomu, že na začátku této kapitoly píšou, že ženy jsou častějšími konzumenty zdravotní péče, dle těchto tabulek je viditelné, že muži účastní tohoto výzkumu, navštěvují svého PL častěji, než ženy. Po statistickém vyhodnocení dat ttestem vyšlo, že hladina významnosti je větší než 0,05, nebyl tedy zaznamenán vztah mezi věkem respondentů a tím pádem jejich častější návštěvností PL.

V grafu 7 jsou uvedeny odpovědi respondentů na otázku č. 7: „*Na základě čeho jste si vybral/a svého praktického lékaře?*“ Tato otázka byla v dotazníku otevřená, což je dle Hnilicové (2000) lepší forma, neboť získaná data jsou poté více validní. Pro téměř

polovinu respondentů (44 %) hrála velkou roli ve výběru PL dostupnost. Další respondenti (28 %) si svého PL zvolili podle referencí svého okolí. 25 % respondentů mělo svého PL přiděleno dle obvodu. Na základě kvalitně poskytované péče si svého PL zvolili 3 % oslovených respondentů. Pouze 1 % respondentů uvedlo, že si nepamatují, proč si svého PL zvolili.

Otázku č. 8: „*Máte nyní nějakou nemoc nebo stav, který Vás velmi trápí již déle než 3 měsíce?*“ (graf 8). Juřeníková (1999) uvádí, že s rostoucím věkem, roste počet nemocí u respondenta. Tento jev byl viditelný během vyhodnocování dotazníků, kdy respondenti z vyšší věkové kategorie udávali u této otázky odpověď „ano“.

Následující grafy budou popisovat spokojenost respondentů s jednotlivými službami PL.

V grafu 9 jsou uvedena data k otázce č. 9 „*Jste spokojen/a s umístěním ordinace?*“ Z grafu je viditelné, že z celkového počtu 453 respondentů, jich je naprostá většina 448 (99 %) s umístěním ordinace spokojena, pouhých 5 respondentů (1 %) by uvítalo ordinaci svého PL na jiném místě.

Graf 10 znázorňuje otázku č. 10: „*Jste spokojen/a s ordinačními hodinami?*“ Oslovení PL z Českých Budějovic mají ordinační hodiny v odpolední čas pouze jednou týdně. V Trhových Svinech mají respondenti možnost volby, neboť odpolední ordinační hodiny mají 2 krát v týdnu. PL z Borovan má ordinační hodiny pouze v dopoledních časech. Odpovědi této otázky byly použity pro stanovení hypotézy č. 1. Z celkového počtu 453 respondentů, je většina 406 (90 %) respondentů s ordinačními hodinami svého PL spokojena. Pouze 47 (10 %) respondentů by uvítalo změnu ordinačních hodin. Tabulka č. 6 znázorňuje odpovědi respondentů, které jsou uspořádány dle jednotlivých měst ve kterých PL sídlí. Nejvíce nespokojených respondentů má svého PL ve městě Borovany. Důvodem by dle mého názoru mohla být absence odpoledních ordinačních hodin. Na tuto otázku navazovala otázka č. 10b: „*Pokud nejste spokojeni, proč?*“ Údaje ukazuje graf 11. V tomto grafu jsou zobrazeni jen ti respondenti 47, kteří u předchozí otázky odpověděli, že nejsou spokojeni s ordinačními hodinami svého PL. Tato otázka byla v dotazníku otevřená, respondenti tedy uváděli důvod jejich nespokojenosti. Největší zastoupení zde měli respondenti, jejich PL má svou ordinaci ve městě Borovany, celkem je to 37 (79 %) respondentů. Hlavním důvodem jejich nespokojenosti je to, že nemají možnost svého PL navštěvovat i v odpoledních hodinách. Další skupinu tvoří respondenti, jejichž PL sídlí v Českých Budějovicích, celkem 6 (13 %). Poslední

skupina zastupuje Trhové Sviny a pouze 3 (9 %) respondenti uvedli, že jsou nespokojeni.

Graf 12 popisuje odpovědi respondentů na otázku č. 11a: „*Má Váš praktický lékař ordinační hodiny i v odpoledních hodinách?*“ Tato otázka byla také použita pro stanovení hypotézy č. 1. Z celkového počtu 453 respondentů jich 314 (70 %) uvedlo, že jejich PL má ordinační dobu také v odpoledních hodinách. Jedná se o PL měst České Budějovice a Trhové Sviny. 139 (30 %) respondentů uvedlo, že jejich PL z města Borovany má ordinační dobu pouze v dopoledních hodinách. Ti respondenti, jež na tuto otázku odpověděli „ano“, v následující otázce č. 11b: „*Pokud ano, uveďte, jak jsou rozvrženy*“, rozepisovali jednotlivé ordinační doby svých lékařů (Graf 13). Hodnoceni byli pouze respondenti, jejichž PL má ordinační hodiny i v odpoledních hodinách, v grafu tedy nejsou zaznamenáni respondenti registrovaní u PL v Borovanech. Z celkového počtu 314 respondentů, mají největší zastoupení respondenti 81 (26 %) z Českých Budějovic s odpoledními hodinami v úterý v době od 13 do 18 hodin. 70 (22 %) respondentů má ordinační hodiny také v úterý, ale doba rozvržení se liší, je tedy od 13:30 do 18 hodin. 60 (19 %) respondentů má odpolední ordinační hodiny v pondělí v době od 9:30 do 15:30 hodin. 57 (18 %) respondentů, jejichž PL se nachází v Trhových Svinech, má odpolední ordinační hodiny ve čtvrtek od 12 do 18 hodin. 46 (15 %) respondentů, také s PL který sídlí v Trhových Svinech, má odpolední ordinační hodiny v pondělí od 14:30 do 18 hodin, dále úterý a čtvrtek v době od 13 do 15 hodin. Ačkoliv většina PL ordinuje alespoň jeden den v týdnu v odpoledních hodinách, je to pro pacienty zřejmě nedostačující. Tato otázka byla v dotazníku otevřená a respondenti vedle rozpisu odpoledních ordinačních dob uváděli, že by chtěli více odpoledních hodin.

Graf 14 znázorňuje otázku č. 12: „*V jakých ordinačních hodinách nejčastěji navštěvujete svého praktického lékaře?*“ Ze 453 respondentů jich většina 394 (87 %), navštěvuje svého PL v dopoledních hodinách. Zbytek respondentů 59 (13 %) navštěvuje svého PL v odpoledních hodinách. V této otázce může dojít ke zkreslení dat, neboť všichni respondenti, jejichž PL působí ve městě Borovany, museli vyplnit, že využívají dopoledních hodin, neboť jejich PL odpolední hodiny nemá. Tudíž nemohli vyplnit využívání odpoledních hodin, ačkoliv by je rádi využívali. Jedná se o ty respondenty celkem 37, jež v otázce č. 10a odpověděli, že nejsou spokojeni s ordinačními hodinami svého PL a jako důvod uvedli, že postrádají odpolední ordinační hodiny. Respondenti v produktivním věku navštěvují praktického lékaře nejčastěji v odpoledních hodinách.

Senioři nejvíce využívají dopoledních ordinačních hodin. Více odpoledních hodin by respondenti uvítali z důvodu širšího spektra možností, kdy PL navštívit. Nemusejí se tak vázat pouze na jeden den a mají možnost více voleb.

V otázce č. 13a se ptám na: „*Čas věnovaný pacientovi lékařem*“ (Graf 15). Tato otázka sloužila pro stanovení hypotézy č. 2. Ze 453 respondentů jich 396 (87 %) shledává čas věnovaný ze strany PL jako vyhovující. 57 respondentů vnímá čas věnovaný PL jako nevyhovující, z toho 34 (8 %) respondentů vnímá čas, který jim PL věnuje jako příliš krátký a 23 (5 %) respondentů tento čas naopak vnímá jako příliš dlouhý. Otázka č. 13b: „*Čas věnovaný pacientovi sestrou*“ je zobrazena v grafu 16. Z grafu je viditelné, že téměř všichni oslovení respondenti, jsou časem věnovaným ze strany zdravotní sestry spokojeni. Z celkového počtu 453 respondentů jich 448 (99 %) uvedlo, že čas věnovaný sestrou vnímají jako vyhovující, pouze 5 respondentů vnímá čas věnovaný sestrou jako nevyhovující. Z toho 4 (1 %) z důvodu příliš krátkého času a pouze 1 respondent z důvodu příliš dlouhého času. Graf ukazuje jasnou převahu spokojenosti, což je jistě dobrou vizitkou pro zdravotní sestry, které jsou při spolupráci s pacienty velmi důležitým faktorem.

Tabulka č. 8 znázorňuje odpovědi na otevřenou otázku č. 14: „*Obecné návrhy na zlepšení chodu ordinace včetně například čekárny, vybavení ordinace atd.*“ Z celkového počtu 503 respondentů by jich 128 (25 %) neměnilo vůbec nic, s chodem ordinace jsou tedy spokojeni. Největší zastoupení v rámci nespokojenosti měly důvody označené jako „*nedostatečné větrání čekárny*“ a „*zkrácení délky čekací doby*“. Respondenti uváděli, že by ordinace měla být vybavena oknem nebo klimatizací. 79 (16 %) respondentů by jako změnu uvítalo „*zavedení pořadových čísel*“ většina z těchto dotazovaných uvedla, že v čekárně tráví až 3 hodiny. 51 (10 %) respondentů by si přálo zvětšení čekárny a zbytek respondentů by si čekání v čekárně zpříjemnilo rádiem, televizí či wi-fi připojením.

Poslední otázka č. 15: „*Jaký je Váš názor na Vašeho praktického lékaře za posledních rok vzhledem k...*“ byla v dotazníku tvořena formou škály. Respondenti v rámci této otázky hodnotili svou spokojenost s poskytovanými službami body 1 – 5, přičemž bod 1 značil nespokojenost a bod 5 spokojenost. Celkem respondenti hodnotili 9 faktorů. K této otázce byly vytvořeny dva grafy. Graf 17 znázorňuje hodnocení respondentů z hlediska jednotlivých kategorií, tedy služeb. Graf 18 ukazuje srovnání kategorií z hlediska hodnocení respondentů.

Graf 17 ukazuje srovnání hodnocení z hlediska kategorií. V grafu je viditelné, že většinou byly kategorie hodnoceny číslem 5 nebo 4, což značí spokojenost s jednotlivými službami PL. Nejsou zde viditelné téměř žádné výkyvy, až na kategorii, která popisuje spokojenost s délkou čekání v čekárně. Tato kategorie je průměrně ohodnocena bodem 3. U délky čekání v čekárně byla zaznamenána nejvyšší nespokojenost, tedy nejvyšší počet bodů 1 a 2.

Graf 18 ukazuje srovnání kategorií z hlediska hodnocení. Z tohoto důvodu jsem v grafu používala stále stejnou barvu, jen měnila její odstín. Jak ukazuje graf, negativní hodnocení tedy body 1 a 2 získala pouze kategorie „*délka čekání v čekárně*“. U této kategorie lze pozorovat, že je tedy nejméně pozitivně hodnocena. Na spokojenost pacientů má tedy tento faktor velký vliv. Naopak nejkładněji je hodnocen faktor „*pečlivost při vyšetřování tělesného stavu pacienta*“.

Z posledních dvou otázek vyplynulo, že respondenti jako jeden z hlavních faktorů způsobujícího nespokojenost vnímají délku čekání v čekárně. Velký počet registrovaných pacientů znamená problém, kdy pacienti čekají poměrně delší dobu na své ošetření. S tímto jsou respondenti velice nespokojeni a jako zlepšení by viděli vytvoření pořadových čísel pro pacienty tak, aby nedocházelo k předbírání. Dle mého názoru však tento návrh nebude možné nikdy úplně splnit, neboť vždy budou mít přednost pacienti s akutními problémy a ti tento harmonogram naruší.

V rámci této práce byly stanoveny dvě hypotézy, na které bych se v následující části práce chtěla zaměřit.

První hypotéza zní: Lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni, než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách. Dosažená hladina významnosti u této hypotézy byla menší než 0,05, hypotéza je tedy shledána jako statisticky významná. Zamítám tedy nulovou hypotézu ve prospěch stanovené alternativní hypotézy, která říká, že lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách. Tuto hypotézu ovlivňuje faktor věkového rozpětí respondentů. Jak bylo vidět v grafu č. 2, nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozpětí 46–55 let, jedná se tedy o respondenty v produktivním věku. Z tohoto výsledku soudím, že svou spokojenost založili na faktu, že nemusejí navštěvovat PL v pracovní době, ačkoliv na to mají právo, ale ne každý zaměstnavatel, na to nahlíží s takovým pochopením.

Druhá hypotéza zní: pacienti z menších měst budou se službami praktických lékařů spokojeni více, než pacienti z velkých měst. Moji hypotézu se mi nepodařilo potvrdit. Tento výsledek mě překvapil. Svou hypotézu jsem zakládala na předpokladu, že lékaři z menších měst, se svými pacienty setkávají i v osobním životě. V menších městech je méně PL, je tedy předpoklad, že PL léčí celou rodinu. Také jsem přihlížela k faktu, že nabídka služeb PL se nemění v závislosti na velikosti města, ve kterém se ordinace PL nachází. Proto jsem se domnívala, že budou lépe ohodnoceni na základě osobního přístupu, kdy si PL s pacientem kromě zdravotního stavu povídá také v osobní rovině.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou spokojenosti pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé. V dnešní době dochází ke spoustě změn v systému zdravotní péče, jednou z nich je například postavení pacienta z pasivní do aktivní role. Je na něj pohlíženo jako na bio-psycho-sociální bytost, jsou respektovány jeho hodnoty, názory, práva a potřeby. Snahou je motivovat pacienta k aktivní účasti na jeho léčbě, aby byl dostatečně informován a na základě toho se mohl podílet na průběhu léčby. Právě spokojenost je v současné době velmi diskutovaný pojem, neboť pacientova spokojenost je brána jako ukazatel kvality poskytovaných služeb v dané organizaci.

Data pro diplomovou práci byla sbírána v období od ledna do března roku 2017, formou dotazníkového šetření ve městech České Budějovice, Borovany a Trhové Sviny. Při výzkumném šetření bylo překážkou najít spolupracující výzkumný soubor. V některých ordinacích PL pro dospělé jsem se setkala s opatrností a neochotou PL. Někteří se mnou odmítli spolupracovat a v jejich ordinacích šířit dotazníky. Z tohoto důvodu bylo vybráno jen 6 ordinací PL z výše uvedených měst.

Cílem diplomové práce bylo zjistit spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé. V souladu s tímto cílem byly stanoveny následující dvě hypotézy. **První hypotéza** zní: Lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni, než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách. Z výsledků výzkumu byla tato hypotéza shledána jako statisticky významná a potvrdilo se, že lékaři, jež mají ordinační dobu také v odpoledních hodinách, jsou lépe hodnoceni, než ti, kteří mají ordinační dobu jen v dopoledních hodinách. **Druhá hypotéza** zní: pacienti z menších měst budou se službami praktických lékařů spokojeni více, než pacienti z velkých měst. Po statistickém vyhodnocení dat se tato hypotéza nepodařila potvrdit.

Konečné výsledky ukazují, že respondenti jako hlavní faktor nespokojenosti uvádějí problém dlouhé čekací doby v čekárně. Jako zlepšení by navrhovali zavést v ordinacích PL pořadová čísla, aby se zamezilo předbíhání. Dále by respondenti uvítali více odpoledních ordinačních hodin svých PL. Ačkoliv má většina PL, jež se výzkumu účastnili odpolední hodiny jeden den v týdnu, respondenti jsou s touto nabídkou nespokojeni. Přáli by si větší spektrum možného výběru.

Vzhledem k tomu, že je spokojenost pacientů aktuálním tématem, mohla by být tato diplomová práce využita jak širokou veřejností, tak i pro účely zdravotnického personálu. V ordinacích PL, kde výzkum probíhal, jsem se setkala se zájmem o toto téma a také ochotou spolupracovat. Byla bych ráda, aby tato práce byla využita pro zvýšení spokojenosti pacientů.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- (1) APPELTOVÁ, M. et al., 2010. *Ženy a česká společnost: Hodnocení implementace Pekingské akční platformy na národní a mezinárodní úrovni (Peking + 15)*. Otevřená společnost, o.p.s, s. 156. ISBN: 978-80-87110-19-5.
- (2) AUGUR Consulting, s.r.o., 2015. *Kvantitativní výzkum* [online]. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <http://www.augur-consulting.cz/metody/kvantitativni-vyzkum.html#top>.
- (3) BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VĚVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 40-64 s. ISBN: 978-80-247-4732-3.
- (4) BÁRTLOVÁ, S., 2015. Sociologické souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 71-78. ISBN 978-80-247-9909-4.
- (5) BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H., 2000. Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno. 118 s. ISBN: 80-7013-311-2.
- (6) Be More Involved in Your Health Care, 2012a. [online]. Agency for Healthcare Research and Quality. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/tips-and-tools/beinvolved.html>
- (7) BEDNÁŘOVÁ, D., 2013. *Řízení kvality*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 99 s. ISBN: 978-80-7394-404-9.
- (8) BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 1. vydání. 68 s. ISBN: 978-80-7394-604-3.
- (9) BÝMA, S. et al., 2014. Koncepce oboru všeobecného praktického lékařství. *Praktický lékař*. 94(1), 3-9. ISSN: 0032-6739.
- (10) BÝMA, S., HALATA, D., 2016. Praktici ožívují venkovské praxe. In www.zdravi.euro.cz [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/praktici-ozivuji-venkovske-praxe-483330>

- (11) CANDIGLIOTA, Z. et al., 2011. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost*. 2. vydání. Brno: Liga lidských práv. ISBN: 978-80-87414-04-0.
- (12) COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO, 2013. Therapeutic Nurse-Client Relationship. In: [online]. Toronto. 3 s. [cit. 2016-29-07]. Dostupné z: http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf.
- (13) EMBASE, ELSEVIER, © 2017. *Patient Engagement*. [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://www.elsevier.com/solutions/patient-engagement>.
- (14) FULFORD, B. et al., 2007. *Medicine of the Person: Faith, Science and Values in Health Care Provision*. Jessica Kingsley Publishers. 240 s. ISBN: 978-18-4642-550-9.
- (15) Gatekeeping – sporné zkušenosti, 2010. In: www.zdravi.euro.cz [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/gatekeeping-sporne-zkusenosti-454915>
- (16) GERBER, B., 2016. Should we use philosophy to teach clinical communication skills? [online]. NCBI. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=doctors+patients+relations>
- (17) GIGERENZER, G., GRAY MUIR, A. J., 2011. *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*. MIT: Press. 416 s. ISBN: 978-02-6229-808-7.
- (18) GROOPMAN, J., 2008. *How Doctors Think*. Houghton Mifflin Harcourt. 320 s. ISBN: 978-05-4734-863-6.
- (19) GŘIVNA, T. et al., 2015. *Kriminologie*. 4. aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer. 536 s. ISBN 978-80-7478-614-3.
- (20) HAMPLOVÁ, L., 2012. Mluvte se mnou, doktore. In: *Liga lidských práv*. [online]. [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://llp.cz/2012/10/mluvte-se-mnou-doktore/>
- (21) HANKINS, M. et al., 2007. Measuring patient satisfaction for the Quality and Outcomes Framework. *The British Journal of General Practice*. 57(542), 737–740. ISSN: 0960-1643.
- (22) HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-73-67-686-5.
- (23) HARVEY, S. et al., 2017. Parent's use of the Internet in the search for healthcare information and subsequent impact on the doctor-patient relationship. [online].

- NCBI. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28130665>.
- (24) HAŠKOVCOVÁ, H., 2011. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* 1. vydání. Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-735-6
- (25) HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. Vztah lékaře a pacienta v proměnách času. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 23-30. ISBN 978-80-247-9909-4.
- (26) HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 2. Vydání, aktualizované. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- (27) HOLUBÁŘ, J., 2016. Naším cílem je fungující zdravotnictví. In: www.jiriholubar.cz [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://www.jiriholubar.cz/aktuality/nasim-cilem-je-fungujici-zdravotnictvi/>
- (28) HORÁK, P., 2007. Gatekeeping a primární péče. In: www.zdravi.euro.cz [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/jobzurnal/gatekeeping-a-primarni-pece-304686>
- (29) CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- (30) International Council of Nurses, 1987. *Definition of Nursing*. In: www.icn.ch [online]. © 2015 International Council of Nurses. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
- (31) IRMŠ, F., 2015. Stres ve vztahu lékaře a pacienta. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 145-156. ISBN 978-80-247-9909-4.
- (32) IVANOVÁ, K. a ZIELINA, M., 2010. *Etika pro vědecko-výzkumné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc o. p. s., 41 s. ISBN 978-80-87240-34-2.
- (33) MRKVIČKA, T. a PETRÁŠKOVÁ, V., 2006. *Úvod do statistiky*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, s. 146. ISBN: 80-7040-894-4.
- (34) JALIL, A. et al., 2017. Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. [online]. NCBI. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222721>.

- (35) JANDOUREK, J., 2008. *Průvodce sociologií*. Sociologie. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2397-6.
- (36) JUŘENÍKOVÁ, P. et al., 1999. *Ošetrovatelství - učební text pro střední zdravotnické školy: 2. část chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám. 234 s. ISBN neuvedeno.
- (37) KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4422-3
- (38) KOŽENÝ, P. et al., 2010. *Klasifikační systém DRG*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1.
- (39) KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N., 2003. Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči. [online]. IZPE. 269 s. [cit. 2017-01-01]. ISSN: 1213-8096. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/485-vztah-lekare-a-pacienta-v-primarni-zdravotni-peci.pdf>
- (40) KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 212 s. ISBN: 978-80-247-9858-5.
- (41) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- (42) MACH, j., 2015. Právní souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 43-51. ISBN 978-80-247-9909-4.
- (43) MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s. 328 s. ISBN 80-247-3148-7.
- (44) MALINOVSKÁ, O., 2015. *Peer review ve společenských vědách: ze zkušeností českých akademiků*. Praha. [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://metodika.reformy-msmt.cz/malinovska>
- (45) MANNHEIM, J., 2015. Choosing effective patient education materials. [online]. MedlinePlus. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000455.htm>.
- (46) MAREŠ, J., 2009. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. 89(2), 59-64. ISSN: 0032-6739.
- (47) MARJORIE, A. L., 2014. *Ministry of Hospital Chaplains: Patient Satisfaction*. Routledge. 76 s. ISBN: 9781317948773

- (48) MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-247-5376-8.
- (49) MÁTL, O. et al., 2009. *Zdravotnictví za hranicemi. Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. 79 s. ISBN 978-80-254-3776-6.
- (50) MEDICAL TERMINOLOGICAL DICTINARY. © 2013. [online]. [cit. 4.1.2017] Dostupné z: <http://www.online-medical-dictionary.org/definitions-s/satisfaction-patient.html>
- (51) MEDICAL TRIBUNE CZ, © 2000-2017. *Reforma zdravotnictví, v čem se lze poučit od Nizozemska*. [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/25659-reforma-zdravotnictvi-v-cem-se-lze-poucit-od-nizozemska>
- (52) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- (53) MORONGOVÁ, A., 2015. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- (54) MZČR, 2016. *Rádce pacienta. Příručka ke zlepšení bezpečí pacienta*. In: www.mzcr.cz [online]. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vychazi-aktualni-verze-radce-pacienta-2016_11263_1.html
- (55) NYBORG, I. et al., 2017. User participation is a family matter: A multiple case study of the experiences of older, hospitalized people and their relatives. In: [online]. *NCBI*. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28231606>.
- (56) OECD, 2015. *OECD360: Česká republika 2015 Jak se srovnává Česká republika?: Jak se srovnává Česká republika?* OECD Publishing, s. 48. ISBN: 978-9264236363
- (57) OFRI, D., 2013. *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine*. Beacon Press. 232 s. ISBN: 9780807073339.
- (58) ONDRIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A., PAVELKOVÁ, M., 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra*. 23 (1), 33 - 35. ISSN 1210-0404
- (59) PALM, W., 2015. Jak podpořit bezpečí pacientů a kvalitu péče v Evropě. In: www.zdravi.euro.cz [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/>

clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/jak-podporit-bezpeci-pacientu-a-kvalitu-pece-v-evrope-478127

- (60) PETRLÍKOVÁ, J., 2008. *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- (61) PITROVÁ, M., HLAVÁČKOVÁ, E., KROUTILOVÁ, L., 2013. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. In: *www.zdravi.euro.cz* [online]. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-pece-jako-indikator-spokojenosti-pacientu-470799>
- (62) PLEVOVÁ, I. et al., 2011a. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 288 s. ISBN: 978-80-247-3557-3.
- (63) PLEVOVÁ, I. et al., 2011b. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 224 s. ISBN: 978-80-247-3558-0.
- (64) PRAKASH, B., 2010. *Patient Satisfaction*. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155. [cit. 2017-02-01]. DOI: 10.4103/0974-2077.74491. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047732/>.
- (65) PROŠKOVÁ, E., 2013. Vzdělávání sester. In: VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 104 – 124. ISBN: 978-80-247-4732-3.
- (66) PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 192. ISBN 978-80-247-9909-4.
- (67) Questions To Ask Your Doctor, 2012b. [online]. Agency for Healthcare Research and Quality. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/index.html>.
- (68) REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1 vydání. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- (69) SEIFERT, B. et al., 2004. *Primární péče praktické lékařství*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 156 s. ISBN: 80-246-0883-9.
- (70) SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L. et al., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Karolinum. 194 s. ISBN: 8024620820
- (71) SHELDON, L., K., FOUST, B., 2014. *Communication for Nurses: Talking with Patients*. 3. vydání. Jones and Bartlett Learning. 204 s. ISBN 978-144-9662660.

- (72) SURVIO. Kvantitativní výzkum 1 – Úvod. In: *Survio.com* [online]. 4. ledna 2013. [cit. 2017-1-1]. Dostupné z: <http://www.survio.com/cs/blog/serialy/kvantitativni-vyzkum-1-uvod#.Vnf9vxXhDcs>
- (73) ŠIMEK, J., 2014. Etika péče v praxi praktického lékaře. *Praktický lékař*. 94(5), 239-241. ISSN: 0032-6739.
- (74) ŠKRLA, P., ŠKROLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN: 80-7172-841-1.
- (75) Talking to your doctor, 2015. [online]. NIH. [cit. 2017-1-2]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/talkingwithyourdoctor.html>
- (76) THALER, S, M., 2013. *EKG a jeho klinické využití*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing. 319 s. ISBN: 978-80-247-4193-2.
- (77) VELEMÍNKÝ, M. et al., 2011. *Zdraví a nemoc*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, s. 134. ISBN: 978-80-7394-326-4.
- (78) Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017. 2016. [online]. [cit. 2017-1-2]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 137. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-348>.
- (79) Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. 2012. [online]. [cit. 2017-1-2]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 36. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
- (80) VZP ČR, © 2015. AKORD – program kvality péče. In: *VZP ČR* [online]. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/akord-program-kvality-pece>
- (81) VZP ČR, 2013. Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR. In: *VZP ČR* [online]. [cit. 2017-01-01]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=%C2%A8Pravidla+pro+vyhodnocov%C3%A1n%C3%AD+doklad%C5%AF+ve+VZP+%C4%8CR&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefoxb&gfe_rd=cr&ei=zKytWObIFc3i8AfpqYrADQ
- (82) WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 224. ISBN 978-80-247-3920-5.
- (83) Zákon č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, 2012. [online]. [cit. 2017-1-2]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 110, s. 3988. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-307>.

- (84) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2017-1-2]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 131, s. 4731. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- (85) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). 2004. [online]. [cit. 2017-1-2]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 30. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
- (86) ZIMA, T., 2015. Předmluva rektora Univerzity Karlovy. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 11. ISBN 978-80-247-9909-4.
- (87) ŽÁK, A. et al., 2011. *Ateroskleróza: Nové pohledy*. Praga: Grada Publishing, 200 s. ISBN: 978-80-247-3052-3.

8 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví	43
Graf 2: Věk	44
Graf 3: Vzdělání	45
Graf 4: Bydliště	46
Graf 5: Místo ordinace PL	47
Graf 6: Počet návštěv PL za rok	47
Graf 7: Důvody výběru PL	48
Graf 8: Zdravotní stav respondenta	49
Graf 9: Spokojenost respondenta s umístěním ordinace.....	49
Graf 10: Spokojenost respondentů s ordinační dobou.....	50
Graf 11: Nespokojenost s ordinačními hodinami	51
Graf 12: Ordinační hodiny v odpolední době	52
Graf 13: Rozvržení odpoledních ordinačních hodin PL	53
Graf 14: Využívání odpoledních či dopoledních ordinačních hodin.....	54
Graf 15: Pacient vs. lékař.....	55
Graf 16: Pacient vs. sestra	55
Graf 17: Názor na poskytované služby - kategorie	57
Graf 18: Názor na poskytované služby - hodnocení.....	58

9 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Indexy pro věkové skupiny	14
Tabulka 2: Výkony zahrnuté do kapitační platby	15
Tabulka 3: Pohlaví rozděleno podle měst	44
Tabulka 4: Věkový průměr	45
Tabulka 5: Počet návštěv za rok.....	48
Tabulka 6: Spokojenost a nespokojenost respondentů.....	51
Tabulka 7: Důvod nespokojenosti.....	52
Tabulka 8: Návrhy na zlepšení ordinace	56
Tabulka 9: Spokojenost s ordinačními hodinami dle pohlaví.....	59
Tabulka 10: Spokojenost s časem zdravotnického personálu - pohlaví.....	59
Tabulka 11: Spokojenost s ordinačními hodinami vs. věk.....	60
Tabulka 12: Spokojenost s časem zdravotnického personálu – věk muži	61
Tabulka 13: Spokojenost s časem zdravotnického personálu – věk ženy.....	62
Tabulka 14: Spokojenost s ordinačními hodinami vs. vzdělání.....	62
Tabulka 15: Spokojenost s časem zdravotnického personálu vs. vzdělání	63
Tabulka 16: Vzdělání vs. pohlaví.....	63
Tabulka 17: Vzdělání vs. bydliště respondentů	63
Tabulka 18: Vzdělání vs. sídlo ordinace PL	64
Tabulka 19: Věk vs. počet návštěv PL za rok - muži.....	64
Tabulka 20: Věk vs. počet návštěv PL za rok - ženy	65
Tabulka 21: Zdravotní stav vs. pohlaví.....	65
Tabulka 22: Kontingenční tabulka k hypotéze č. 1	66
Tabulka 23: Kontingenční tabulka k hypotéze č. 2.....	68

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

11 SEZNAM ZKRATEK

CRP – C-kreativní protein

ČLK – česká lékařská komora

ČR- Česká republika

ČSNI - český normalizační institut

EFQM - European Foundation for Quality Management

EKG - elektrokardiogram

FG – Focus groups

ISO - The International Organization for Standardization

ISQua - International Society for Quality in Health Care

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

JCIA - Joint Commission International Accreditation

KC – kapitační centrum

PL – praktický lékař

PLDD – praktické lékařství pro děti a dorost

PP – primární péče

SAK-ČR - Spojená akreditační komise

SVL – společnost všeobecného lékařství

SZZ – smluvní poskytovatel zdravotních služeb

VPL – všeobecné praktické lékařství

VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI

Vážená paní, Vážený pane,

dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na Vaši spokojenost se službami praktických lékařů. Jmenuji se Adriana Burešová a jsem studentkou pátého ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Vámi poskytnuté informace zůstanou anonymní a budou využity pouze pro zpracování diplomové práce s názvem: „Spokojenost pacientů se službami praktických lékařů pro dospělé“.

U každé otázky vždy zaškrtněte variantu, která se nejvíce blíží Vašemu názoru.

Za Vaši spolupráci, ochotu a čas strávený při vyplňování předem děkuji.

1) Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2) Rok narození:

..... (vypište)

3) Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

4) Žijete?

- a) ve městě (nad 7 000 obyv.)
- b) ve městě (do 7 000 obyv.)

5) V jakém městě se nachází Váš praktický lékař?

- a) České Budějovice
- b) Borovany
- c) Trhové Sviny

6) Kolikrát jste navštívil/a svého praktického lékaře za poslední rok?

----- krát

7) Na základě čeho jste si vybral/a svého praktického lékaře?

8) Máte nyní nějakou nemoc nebo stav, který Vás velmi trápí již déle než 3 měsíce?

- a) ano
- b) ne

9) Jste spokojen/a s umístěním ordinace?

- a) ano
- b) ne

10) Jste spokojen/a s ordinačními hodinami?

- a) ano
- b) ne – proč?

11) Má Váš praktický lékař ordinační hodiny i v odpoledních hodinách?

- a) Ano – uveďte, jak jsou rozvrženy (v jaký den a jaké hodiny)
.....
.....
- b) ne

12) V jakých ordinačních hodinách nejčastěji navštěvujete svého praktického lékaře?

--

13) Čas věnovaný pacientovi lékařem je:

- a) vyhovující
- b) nevhovující – příliš krátký
- c) nevhovující – příliš dlouhý

Čas věnovaný pacientovi sestrou je:

- a) vyhovující
- b) nevhovující – příliš krátký
- c) nevhovující – příliš dlouhý

14) Obecné návrhy na zlepšení chodu ordinace včetně například čekárny, vybavení ordinace atd. Prosím napište.

--

V následující otázce posuďte na škále od 1 do 5, do jaké míry jste spokojeni s péčí Vašeho praktického lékaře. V případě **nespokojenosti** zaškrtněte na škále nejnižší číslo (1). Čím vyšší je **spokojenost**, tím vyšší je číselné ohodnocení.

15) Jaký je Váš názor na Vašeho praktického lékaře za posledních rok vzhledem k...

	Špatný 1	2	3	4	Výborný 5
tomu, jak Vás zapojuje do rozhodování o lékařské péči?					
tomu, jak Vám naslouchá?					
pečlivosti při vyšetřování Vašeho tělesného stavu?					
svědomitosti při poskytování preventivních vyšetření (preventivní prohlídky, očkování)?					
způsobu, jak Vám vysvětluje účel testů a léčby?					
tomu, jak Vás připravuje na to, co můžete očekávat od odborníka či péče v nemocnici?					
možností hovořit a osobně konzultovat s lékařem po telefonu?					
délce čekání v čekárně?					
rychlému poskytnutí odborné péče v případech naléhavého zdravotního problému?					