

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Klímová Marcela

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k vybraným
charakteristikám pacientů**

Bakalářská práce

Autor práce: Marcela Klímová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová

Datum odevzdání práce: 3.5.2012

Abstract

The satisfaction of patients with healthcare in relationship to the selected characteristics of patients

Observation the satisfaction of patients with healthcare is the current trend in today's health care and it is an important indicator of quality of care in the health care facility. My bachelor thesis deals with this issue in both theoretical and practical part. The theoretical part of work deals with the quality of care, accreditation of medical equipment, nursing audits, nursing standards, satisfaction of patients and healthcare communications. The research part of work examines the subjective feelings of patients in relation to nursing care provided in medical facilities.

The research was carried out quantitatively, using interviews, technique of the questionnaire. It was established 6 objectives. Objective 1: to determine the difference in satisfaction of the patients with healthcare in relation to gender. Objective 2: to determine the difference in satisfaction of the patients with nursing care in relation to age. Objective 3: to determine the difference in satisfaction of the patients with nursing care in relation to education. Objective 4: to determine the difference in satisfaction of the patients with nursing care in relation to the type of hospital ward. Objective 5: to determine the difference in satisfaction of the patients with nursing care in relation to the family background. Objective 6: to determine the difference in satisfaction of the patients with healthcare in relation to social status (working/senior). All objectives have been met. On the basis of the objectives as set out, was built 6 hypotheses: H 1: The satisfaction of patients with nursing care varies depending on gender. This hypothesis was confirmed. Men are more satisfied with nursing (health) care. H 2: The satisfactions of patients with nursing care vary depending on the age. The hypothesis has not been proven. H 3: The satisfactions of patients with healthcare vary depending on the education. The hypothesis has not been proven. H 4: The satisfaction of patients with nursing care also depending on the type of unit. The hypothesis is confirmed. Patients at the traumatology department are less satisfied with care provided by nursing than in other departments. H 5: The satisfaction of patients with nursing care varies depending

on the family background. The hypothesis has not been proven. H 6: The satisfactions of patients with nursing care vary depending on social status. The hypothesis has not been proven. Statistical and graphical processing of research results can be provided to the management of the hospital České Budějovice, a.s. and serve as a source of continuous quality improvement of nursing care on different hospital wards and also focus on areas where there were slight weaknesses identified and these will try to remove.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k vybraným charakteristikám pacientů jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 3.5.2012

Podpis.....

Poděkování:

Děkuji Ing. Ivě Brabcové za cenné rady, připomínky a trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav	5
1.1 Spokojenost pacientů a zdravotnictví jako systém	5
1.2 Kvalita ošetrovatelské péče.....	6
1.2.1 Charakteristika kvalitní péče.....	7
1.2.2 Kontrola kvality poskytované péče.....	8
1.2.3 Systémový přístup k zajišťování kvality péče.....	9
1.3 Akreditace, ošetrovatelské standardy a ošetrovatelské audity.....	10
1.3.1 Akreditace	10
1.3.2 Ošetrovatelský standard	11
1.3.3 Ošetrovatelský audit.....	13
1.4 Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí	14
1.4.1 Projekt: Kvalita Očima Pacientů	17
1.4.2 Dimenze projektu KOP	19
1.4.3 Metodický návod k získání a udělení certifikátu „Spokojený pacient“	20
1.4.4 Co ovlivňuje spokojenost pacienta.....	21
1.4.5 Optimální léčebné prostředí	22
1.4.6 Metody zjišťování spokojenosti pacientů – dotazník a focus groups	24
2 Cíl práce a hypotézy	26
2.1 Cíle práce.....	26
2.2 Hypotézy.....	26
3 Metodika	27
3.1 Použitá metodika	27

3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
3.3 Využití práce v praxi	28
4 Výsledky	29
4.1 Popisná statistika – třídění prvního stupně.....	29
4.2 Statistické zpracování - kontingenční tabulky.....	46
5 Diskuze	58
6 Závěr	70
6.1 Využití v praxi.....	71
7 Seznam použitých zdrojů	72
8 Klíčová slova	76
9 Seznam příloh	77

Úvod

Sesterská profese prodělala v relativně krátkém časovém období výrazné změny. Se změnami v celé společnosti úzce souvisí i změny v ošetrovatelství. Ošetrovatelství se stalo samostatnou vědeckou disciplínou, využívá moderní poznatky z oblasti medicíny, psychologie, sociologie i ostatních věd, používá nové teorie a zavádí je do praxe. Jednou z nejvýznamnějších změn je role pacienta v ošetrovatelském procesu. V současné době pacient již není pouhým pasivním příjemcem ošetrovatelské péče, stává se aktivní součástí ošetrovatelského procesu. Je kladen důraz na jeho práva, potřeby, spolupracuje s ošetrovatelským personálem a podílí se na své léčbě. Dnešní moderní pojetí ošetrovatelství klade důraz na celou osobnost člověka. Člověk je bio-psycho-sociální bytost a má své potřeby ve všech těchto oblastech.

Sestry přistupují k pacientovi holisticky. Zvyšuje se počet vysokoškolsky vzdělaných sester na oddělení a tím se zvyšuje i kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Jedním z ukazatelů pro zhodnocení kvality ošetrovatelské péče je spokojenost pacientů. Program kontinuálního zvyšování kvality je zaměřen a pracuje s výsledky hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Hodnocení pacientů je jedním z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče na vybraném oddělení.

Hlavním záměrem výzkumného šetření bakalářské práce je zmapovat spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k vybraným charakteristikám pacientů. Na základě předmětu výzkumného šetření jsem stanovila konkrétní dílčí cíle práce. Cílem bakalářské práce je zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k pohlaví, věku, vzdělání, typu oddělení, rodinnému zázemí a ekonomickému postavení.

Toto téma jsem si zvolila, protože sama pracuji v nemocnici jako sestra na kardiokirurgickém oddělení. Pro celý náš ošetrovatelský tým je velmi důležité, aby pacienti po operaci srdce měli saturovány všechny potřeby a byli na oddělení spokojeni. Při své práci jsem si všimla mnoha rozdílů v chování pacientů. Každý pacient je odlišný a vyžaduje individuální přístup. Obecně lze však říci, že určité skupiny pacientů reagují podobně. Vyskytují se rozdíly v hodnocení spokojenosti např. s ohledem na věk pacienta. Starší pacient hůře snáší hospitalizaci, odloučení od rodiny, změnu prostředí

a samotná operace pro něj představuje mnohem větší psychickou i fyzickou zátěž. Toto své pozorování z praxe jsem chtěla ve své práci buď potvrdit anebo vyvrátit vlastním výzkumným šetřením.

Výsledky výzkumu a celou tuto práci bych chtěla využít ke zvýšení spokojenosti pacientů na vybraném oddělení a ke zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Dále bych výsledky poskytla k nahlédnutí vedení Nemocnice České Budějovice, ve které pracuji jako všeobecná sestra.

1 Současný stav

1.1 Spokojenost pacientů a zdravotnictví jako systém

V současné době je spokojenost pacienta velmi častým a oblíbeným pojmem. Proč je však vlastně nutné a proč se neustále zjišťuje a zkoumá spokojenost pacienta s poskytnutou péčí? Odpovědi nejsou až zas tak moc složité. Jako zdravotníci potřebujeme vědět, jak pacient hospitalizaci vnímá, prožívá a co si o poskytované péči myslí. Lépe nám to pomůže k pochopení, proč se v některých situacích pacient chová tak, jak se chová. Nelze objektivně hodnotit výsledky od nezávislých pozorovatelů, kteří si péči a způsob ošetřování poskytnuté v daném zařízení nevyzkoušeli „na vlastní kůži“. Potřebujeme získat co možná nejvíce informací od samotných pacientů o průběhu hospitalizace a to od přijetí až po propuštění a následně hledat chyby či nedostatky v tomto procesu. Po zjištění a nalezení nedostatků v zaběhnutém systému péče se je musíme snažit co nejrychleji odstranit, protože je pro nás, při naší zdravotnické práci nejdůležitější to, aby se nemocný člověk v našem léčebném zařízení cítil co nejlépe. Nespokojený pacient kritizuje, ignoruje ošetřovatelský personál, jeho doporučení, léčbu, nesdělí vše, co ho trápí, neuvede všechny příznaky onemocnění, ale také své obavy. Nespokojený pacient nedodrжуje léčebný režim a nedochází na pravidelné a preventivní prohlídky. Do zdravotnického zařízení přijde až ve stavu, kdy je mu nejhůře. To může být kolikrát až ve stavu, kdy je již pozdě. Naopak spokojený pacient dbá a váží si zdravotníků, ví, že se mu všichni snaží pomoci (1).

Ve zdravotnictví se rozlišují dvě tendence pojetí pacienta. Tyto dvě tendence se vzájemně překrývají a doplňují. První z nich je chápání pacienta jako spoluodpovědného za své zdraví. Takový pacient aktivně o své zdraví pečuje, při nemoci se zajímá o svůj zdravotní stav a o své onemocnění, spolurozhoduje o léčbě, od zdravotníků vyžaduje informace, dodrжуje léčebný režim. Druhá tendence vyplývá z ekonomických oborů a z teoretické i praktické části managementu organizace, kde je pacient ošetřován. V této tendenci pacient přestává být nemocným a stává se zákazníkem, kterému se poskytují služby (2, 3).

Zdraví je pro každého z nás na prvním místě v žebříčku hodnot. Jako občané

máme právo znát kvalitu poskytované ošetrovatelské a léčebné péče ve zdravotnickém zařízení a měli bychom mít tu možnost se s ní seznámit ještě před tím, než ji budeme potřebovat. V České republice existují práva pacientů na svobodnou volbu lékaře, zdravotní pojišťovny a zdravotnického zařízení (1).

Spokojenost pacientů a kvalita zdravotnických služeb podle klinických ukazatelů je jedním z hlavních měřítek posuzování kvality zdravotní péče. Pacient je nazýván klientem nebo konsumentem péče. Péče je orientovaná na pacienta, který je zde chápán jako holistická, celistvá bytost, se svými bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami a dnešní léčebná péče by měla být zaměřena především na uspokojování aktuálních potřeb bezprostředně souvisejících s jeho onemocněním. Správné nebo naopak nesprávné uspokojování těchto potřeb se odráží v jeho vědomí jako pocit spokojenosti nebo nelibosti. Z tohoto pozorování vyplývá další zdroj podnětů pro ošetrovatelský personál a management zdravotnického zařízení (1).

Pacienti jsou žádáni, aby kvalitu poskytnuté ošetrovatelské a léčebné péče ohodnotili. Nejvhodnější doba pro celkové zhodnocení péče je před propuštěním klienta ze zdravotnického zařízení, protože má již dostatek potřebných informací nezbytných pro ohodnocení celkové péče. Existuje řada programů zjišťování a hodnocení kvality, anglicky nazývané quality assurance (4).

1.2 Kvalita ošetrovatelské péče

Definovat kvalitu péče není zcela jednoduché. Kvalita nezahrnuje jen soubor technik, metod a pracovních postupů. Je úzce spjata s organizační kulturou, závisí také na chování, hodnotách a postojích zaměstnanců. Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje. Palmer vysvětluje kvalitu jako esenci tohoto důležitého aspektu lékařské a ošetrovatelské péče (5).

Při zvyšujících se nárocích na zdravotní péči a snižujících se ekonomických možnostech je nutné vytvořit správný a účelný zdravotní systém zaměřující se na

vysokou kvalitu poskytovaných služeb. Při zlepšování zdravotního systému je především nutné, aby se ho účastnil celý ošetrovatelský tým (6).

1.2.1 Charakteristika kvalitní péče

Za kvalitní ošetrovatelskou péči se považuje taková péče, která uspokojuje potřeby pacienta ve všech bio-psycho-sociálních oblastech. Pro zachování kvalitní péče je velice důležité, aby ji dodržoval celý ošetrovatelský tým a aby byla vykonávána standardní péče. Problémem je, že každá sestra si pod pojmem standard představí něco jiného. Proto je nutné vytvořit systém, kde bude pojem standard jasně definován. Je to jeden z dalších kroků ke zvyšování kvality poskytované péče (2, 7).

Kvalitní zdravotnická péče a její poskytování je dáno kvalitní a odbornou ošetrovatelskou praxí a možnostmi dostupných zdrojů. Obecně bývá kvalita zdravotnické péče vyjádřena ve standardech. Definovat kvalitní péči není zcela jednoduché. Z pohledu pacienta je jeho hodnocení ovlivněno rodinou, hodnotami, vědomostmi, kulturou, sociálním postavením, věkem a vzděláním. Jedním z hlavních poslání správně a efektivně aplikované ošetrovatelské péče je spokojenost pacienta s cílem uchovat, podpořit a navrátit mu jeho zdraví (3, 8).

Péče v rámci ošetrovatelského procesu je týmová, zajišťovaná celým ošetrovatelským týmem, který je empatický, vzdělaný, motivovaný a dovede si stanovit reálné cíle. Při realizaci ošetrovatelského procesu by měla probíhat mezioborová spolupráce. Do léčby pacienta je zapojena i jeho rodina. Při realizaci ošetrovatelského procesu je dodržován profesionální etický kodex a práva pacientů. Ošetrovatelská péče je efektivní pouze tehdy, je-li pacientem dobře akceptovaná a je-li zaměřena na jeho aktuální potřeby. Je samozřejmé, že pacienti a pojišťovny vyžadují od zdravotnického zařízení poskytování kvalitních a efektivních služeb. Je proto důležité a nutné užívat modely zvyšování kvality, aby byla tato zdravotnická pracoviště schopna předložit materiály o kvalitě poskytované péče (3, 9).

1.2.2 Kontrola kvality poskytované péče

V dnešní době je k dispozici celá řada systémů zabývajících se kontrolou, řízením kvality péče a akreditací zdravotnictví. Například lze uvést systém Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (dále JCAHO). Tato organizace vznikla roku 1951 ve Spojených státech amerických na popud Amerického svazu chirurgů jako nezisková, nezávislá a nestátní organizace. Svým působením zlepšuje kvalitu zdravotní péče nejen v USA. Poskytuje akreditaci zdravotnickým zařízením v oblastech ambulantní a domácí péče, péče v hospicích, podporu pro nemocnice a laboratoře nebo oddělení následné péče, které si o to požádají. JCAHO spolupracuje s vládami ostatních států v rámci dohledu nad poskytovanou celosvětovou péčí a vydává standardy. Standardy JCAHO jsou lépe propracované hlavně v dokumentaci a v obsahu týkající se bezpečnosti budov, vzdělávání zaměstnanců, v procesu péče o pacienty (10).

Dalším systémem ve zdravotnictví je systém The European Foundation for Quality Management (dále EFQM) neboli Evropská nadace pro řízení kvality. Program byl hromadně založen v roce 1988 s podporou Evropské unie čtrnácti prezidenty velkých evropských obchodních společností. Jeho hlavním úkolem je podporovat evropské instituce pro zkvalitnění jejich činností a tím dosáhnout zvyšování spokojenosti zákazníků. Tento systém podporuje vedení organizací v propagování takových postupů a prostředků, které jsou nezbytné a zásadní k dosažení konkurenční výhody. Snahou programu EFQM je vytvoření základní strategické osnovy pro vedení organizace. V některých zemích je dán zákonnou normou. Slouží k neustálému monitorování vlastního stavu a ke kontinuálnímu zvyšování kvality. Spolupracuje s Evropskou organizací pro kvalitu (EOQ), s Evropskou unií a jejími členskými státy a s mezinárodními organizacemi. Peněžní zdroje získává EFQM formou příspěvků z organizací a svými výukovými programy v rámci řízení kvality. V tomto systému se organizace hodnotí v rovinách jako je vedení, strategie, řízení organizace, řízení lidských zdrojů, ekonomická stránka organizace, spokojenost pacientů a zaměstnanců, výstupní činnosti organizace a jak firma ovlivňuje celkovou společnost (10).

Dalším systémem, který je ve zdravotnictví využíván, je systém The International Organization for Standardization (dále ISO) – Mezinárodní

organizace pro standardizaci – celosvětová federace národních standardizačních institucí ISO 9001-2000. Jen menší část tohoto systému pro kontrolu kvality je možné užívat ve zdravotnictví. ISO standardy se orientují na procesy výroby, kde je produkt přesně definovaný. Jeho zaměřením je dodržování a přesná aplikace postupů. Pomocí ISO se provádí certifikační audit, kterým se uděluje certifikace. ISO označuje, že organizace byla prošetřena a má systém managementu, ale již se neprokazuje nic o léčebné péči a kvalifikaci pracovníků (10).

Spojená akreditační komise (dále SAK) vznikla jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče. Jejími zakladateli se staly Asociace nemocnic České republiky a Asociace českých a moravských nemocnic. Z iniciativy SAK bylo vydáno padesát akreditačních standardů rozdělenými do deseti tematických okruhů. V současné době je počet těchto vydaných standardů sedmdesát čtyři (10).

1.2.3 Systémový přístup k zajišťování kvality péče

Systémový přístup zajišťuje, že ošetrovatelská péče, která je poskytována účelně, minimalizuje či zabraňuje neefektivní a nevhodné péči. Tím posiluje větší důvěryhodnost a pocit bezpečí ze strany pacienta. Systém vytváří nutnost a potřebu ošetrovatelskému personálu dále se vzdělávat, získávat nové informace prostřednictvím postgraduálního vzdělávání, vzdělávání sester na úrovni vysokých škol, rozšiřování praxe pomocí seminářů a konferencí pro nelékařské zdravotnické pracovníky (11).

Kvalitu zdravotnické péče může hodnotit vedoucí ošetrovatelského týmu, lékař, sestra a v neposlední řadě, a to je pro nás jako zdravotníky nejdůležitější, samotný pacient. Lékař hodnotí sestru při naplňování diagnosticko-terapeutického plánu pacienta, při uspokojování potřeb pacienta a jaký vztah, na jaké úrovni, dovede sestra s pacientem navázat a udržet. Sestra hodnotí kvalitu péče, kterou sama poskytuje podle koncepce, dále jak se ztotožnila s ošetrovatelským procesem nebo pouze hodnotí jak plní příkazy lékaře. Pacient nejčastěji hodnotí to, co je pro něj nejdůležitější, jakým způsobem a s jakou efektivitou jsou uspokojovány jeho potřeby, které přímo souvisejí s jeho onemocněním, ale také ty potřeby, které nepřímo souvisejí s nemocí, ale jsou pro

něj důležité, prioritní. Týká se to potřeb u pacientů, kteří jsou imobilní, částečně mobilní (u těch samozřejmě uspokojujeme všechny potřeby i ty, které s onemocněním přímo nesouvisí), ale i u soběstačných pacientů, kteří by si v normální situaci a v přirozeném prostředí své neuspokojené potřeby naplnili sami, ale nemocniční prostředí a hospitalizace jim to neumožňuje. Z pohledu pacienta na hodnocení péče má značný vliv komunikace, zevnějšek a upravenost sester, jejich schopnost navázání kontaktu s pacientem, s jeho rodinou a empatie. Pacient si všímá přístupu celého ošetřovatelského personálu k jeho rodině (2, 12, 13).

1.3 Akreditace, ošetřovatelské standardy a ošetřovatelské audity

1.3.1 Akreditace

Sledování spokojenosti pacientů je jednou ze základních podmínek pro udělení akreditace nemocnici. Akreditace je proces, který se uděluje nemocnici splňující stanovené standardy kvality ve všech oblastech poskytované zdravotní péče, dále péče o zaměstnance a zajištění ochrany a bezpečnosti zdraví při práci. Akreditace je pro nemocnice dobrovolná (6).

Pro pacienty představuje akreditace jakousi záruku, že příslušné zdravotnické zařízení splňuje předepsanou bezpečnost a kvalitu zdravotnické péče. Pro obor ošetřovatelství znamená akreditace zlepšení ošetřovatelské péče, ošetřovatelské dokumentace, vytvoření příjemného prostředí pro sestry a pacienty, efektivní využívání zdrojů, lepší image zdravotníků a možná i snížení fluktuace sester (10).

Cílem akreditačního řízení je zkvalitnění provozu nemocnice, léčebné péče a zlepšení pracovního prostředí. Akreditace je symbolem kvality. Akreditační proces je ukončen buď udělením či neudělením akreditace. Ve výjimečných případech se akreditace udělí s podmínkou, což znamená, že komise zjistila určité nedostatky, které musejí být do stanovené doby odstraněny. Akreditace se uděluje na dobu 2-3 let (3, 10).

Po roce 1989 se v českém zdravotnictví začaly objevovat skryté rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi. Rozdíly byly v technickém a fyzickém stavu nemocnic.

Odlišovaly se v oblasti personální a ve způsobu poskytování léčebné péče. Došlo k vytvoření Spojené akreditační komise České republiky. Roku 1999 byla v České republice akreditována první nemocnice. První akreditační manuál byl stvořen roku 1976 organizací JCAHO. Roku 1999 byl vytvořen mezinárodní akreditační program Join Commission International (dále JCIA) – Spojená mezinárodní komise – obsahující 370 standardů a tři hlavní cíle: efektivita a kvalita péče, řízení rizik a chyb, vytváření optimálního léčebného prostředí. Podle JCIA je podmínkou k úspěchu změna myšlení a přístupu ke změnám. První česká nemocnice, která získala akreditaci podle mezinárodních akreditačních standardů, byla Ústřední vojenská nemocnice v Praze (10).

1.3.2 Ošetrovatelský standard

Spokojenost pacientů je založena na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Pro možnost jejího poskytování je důležité dodržovat určité normy a pravidla. Jedním z nich je tvorba a řízení se ošetrovatelskými standardy (3).

Standardy jsou určité dané profesní normy kvality péče, za jejíž pomoci se hodnotí, zda prováděná ošetrovatelská činnost odpovídá normám. Standardy vysvětlují a definují, co je potřebné a co nikoliv. Jedním z jejich úkolů je také ukázat veřejnosti, vládě a pacientům jejich prospěch. Naplňují potřeby společnosti, pro kterou jsou určeny. Zlepšují všeobecnou i individuální zdravotnickou péči o pacienta. Jsou hlavním kritériem pro zvyšování kvality péče. Dle standardů se hodnotí, zda prováděné činnosti odpovídají nastavené kvalitě nebo ne. Tvorba a léčebné činnosti dle standardů nemocnice dokazují, že management nemocnice má zájem o pacienta, jeho léčbu a o navození pacientova pocitu důvěry a bezpečí ke zdravotnickému zařízení (3).

Standardy ošetrovatelské péče se rozdělují na standardy manažerské zaměřující se na strukturu, podle kterých se přesně stanovují metody, nástroje k vedení v oblasti personální, informační, komunikační a technického a organizačního vybavení. Dále standardy zaměřené na proces tzv. řídicí standardy, kterými se stanovují postupy pro vedení lidí, výkonů a záznamů v praxi. Standardy ošetrovatelské péče se zaměřují na

popis ošetrovatelských výkonů a činností. Slouží k vykonávání jednotné, kvalitní a pro pacienta bezpečné ošetrovatelské péče. Také existují standardy zaměřené na výsledek tzv. monitorovací. Obsahem monitorovacích standardů je kvalifikace ošetrovatelského personálu, spokojenost pacienta, spokojenost personálu a možná rizika pro hospitalizované, jako jsou pády nebo dekubity (3, 14).

Standardy se poprvé objevily v 70. letech 20. století v USA na impulz zdravotníků při vyhlášení Charty práv nemocných. Při jejich tvorbě vychází každý stát ze svých podmínek, ale pro všechny státy, které mají ošetrovatelství na vyspělé úrovni, existují všeobecné normy při poskytování zdravotnické péče. Normy jsou prezentovány v doporučených mezinárodních organizacích a převáděny do koncepcí rozvoje ošetrovatelství daných států (15).

V knize „Poznámky o nemocnicích“ od F. Nightingalové z roku 1859 jsou první známky hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské a lékařské péče. V péči o pacienta se snažila redukovat hluk na minimum, snažila se informovat o zdravotním stavu ve vhodný čas, plánovala rozmístění postelí na pokoji, dbala na hygienu, čistotu vzduchu a celkové prostředí. Roku 1973 Americká asociace sester vypracovala standardy, které do budoucna ovlivnily ošetrovatelskou péči. Roku 1974 byly založeny první organizace zabývající se posuzováním profesionální úrovně standardů. Roku 1985 vznikla Mezinárodní společnost pro zjišťování kvality zdravotnické péče (1, 15).

Standardy vymezují náplň práce sester, jejich kompetence, rozsah působnosti a vzdělávací kritéria. Poskytovaná péče by neměla být poskytována méně než je daný standard, jinak hrozí poškození nejen pacienta, ale i zdravotníka. V jednotlivých státech jsou zdravotnické standardy zpracovávány institucemi, které zajišťují jejich dodržování. Při porušování standardů mohou instituce vyvozovat z nedodržování důsledky a postihy. Dodržování je závazné a míra závaznosti vyplývá ze zákona (úroveň vzdělání sester), z podzákoných norem a vyhlášek, jako je hygienický standard pracovišť a pravidla přijetí pacienta do nemocnice (3).

1.3.3 Ošetrovatelský audit

Ošetrovatelský audit jinak řečeno také hodnocení, vyhodnocení, průzkum, za jehož pomoci se hodnotí kvalita ošetrovatelské péče, praxe a důsledné dodržování standardů. Audit představuje jeden z nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality (3).

Mohou se týkat kvality chorobopisů nebo práce na operačních sálech. Jsou založeny na profesionálních standardech a jejich úkolem je zjišťování v jakém rozsahu se práce sester danými standardy řídí. Ošetrovatelský audit je základem pro poskytování a měření kvalitní ošetrovatelské péče a poskytuje rozvoj ošetrovatelství jako mladého vědního oboru (3).

Harmonogram auditů vypracovává hlavní sestra na dobu jednoho roku. Audit je kontinuální systém řízení a hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče a měl by být součástí celého pracovního procesu. Orientuje se převážně na měřitelné stránky kvality ošetrovatelské péče. Hůře se hodnotí subjektivní stránka kvality (spokojenost pacientů). Audit je základní metoda hodnocení kvality se zaměřením na účinnost, finanční aspekty a etickou přiměřenost poskytované ošetrovatelské péče. Podává informace o úspěších oddělení a sester. Organizace díky tomu porovnává data a hledá shody či odchylky mezi tím, co bylo naplánováno a to, co bylo splněno. Ošetrovatelský audit poukazuje na oblasti, ve kterých se vyskytují určité nesrovnalosti vyžadující větší pozornost (10).

Audit pro své hodnocení používá několika metod. Zahrnuje pozorování sester při práci, kontrolování ošetrovatelské dokumentace, hodnocení ošetrovatelské péče pacienty nebo rodinnými příslušníky a sleduje předávání hlášení mezi sestrami. Audit je dvojího druhu. První typ je externí audit, vykonávaný komisí přímo nezúčastněnou v pracovním procesu. Druhý typ je audit interní, vykonávaný auditory přímo zapojenými do ošetrovatelské péče. Interní audit mohou vykonávat přímo kolegové z pracoviště (5, 10).

Cílem auditů, tak jako cílem akreditace, je zlepšování léčebné a ošetrovatelské péče. Systém hodnocení probíhá v několika krocích. Prvně se pojmenuje to, jak to má být. Na tuto fázi navazuje srovnání toho co je s tím, co být má a v posledním kroku se

stanovují rozdíly a vymezí se činnosti vedoucí k dosažení požadovaných výsledků (10, 16).

Audit začíná oznámením příslušnému oddělení, kde se bude provádět, týden předem. K provádění auditů je nezbytná dokumentace. Dokumentace obsahuje kontrolní kritéria k auditu pro daný standard. Tento dokument nesmí být ponechán na oddělení. Zaznamenávají se zde celkové součty bodů. Dále protokol k provedenému auditu, který vypisuje auditor po skončení auditu. Následují navržená nápravná opatření. Ty vypisuje vrchní nebo staniční sestra příslušného oddělení, kde byl audit prováděn. V případě nalezení nesrovnalostí posílá do 5-ti dnů vyjádření auditorovi. Audit je zakončen plánem ošetřovatelských auditů – jeden dokument se posílá náměstkyni pro ošetřovatelský audit a jeden si auditor ponechá u sebe (17).

1.4 Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí

Příjemcem poskytované ošetřovatelské péče je pacient sám. Vnímá a prožívá to, co s ním my, jako zdravotníci, děláme, jaké výkony u něj provádíme a jak se k němu při tom chováme. Společným cílem všech zdravotníků je zlepšit zdravotní stav pacienta anebo alespoň zmírnit, zpomalit a zabránit zhoršování jeho zdravotního stavu. Spokojenost pacientů je součástí subjektivních ukazatelů kvality poskytované ošetřovatelské a léčebné péče. Dojem a subjektivní pocity, které v pacientovi zanechá kontakt se zdravotnickým zařízením a personálem, je stejně důležitý, jako objektivně měřitelné výstupy profesionálních procesů (18).

S pojmem spokojenost se ve zdravotnictví pracuje velmi často, avšak pojem se nijak blíže nevysvětluje a nedefinuje. Předpokládá se, že výraz je všem jasný, že mu všichni rozumí. Existuje však řada přístupů k jeho vymezení. Pojdme si je blíže přiblížit.

Český psychologický slovník vysvětluje pojem spokojenost „jako příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané práce jedince (19, str. 556)“. Jiné odkazy interpretují pojem jako stanovisko, které zaujímá pacient ke zdravotní péči, kdy aplikaci léčebné a ošetřovatelské péče chápe pacient jako užitečné, účelné a prospěšné pro svoji

osobu. Další vysvětlení pojmu lze definovat jako hodnotově neutrální pojem, vyznačovaný od pozitivních až k negativním vlivům (spokojenost versus nespokojenost). Někteří se domnívají, že jde o určitý psychologický postoj člověka a jeho reakce vůči věcem, lidem a skupinám. Jedním z dalších možných přístupů k vymezení pojmu je porovnání spokojenosti jako dvou veličin: subjektivní vnímání skutečnosti a očekávání pacienta (4, 20).

Z pohledu etického lze pacienta chápat jako uživatele služby. Z pohledu ekonomického přispívá spokojenost k rychlejší léčbě pacienta, tím se snižují náklady na jeho léčbu, dochází ke zkracování pracovní neschopnosti a tím roste výkonnost ekonomiky (6).

Můžeme celkově říci, že pacientova spokojenost či nespokojenost je výsledkem složité interakce. Do pacientovy spokojenosti lze zařadit spokojenost s lékaři, sestrami, vztahy mezi nimi a pacientem, spokojenost s aplikovanou péčí a její dostupnost, uspokojování potřeb a mnoho dalších podnětů (4).

Pacient ve zdravotnickém zařízení není spokojen nebo nespokojen pouze s poskytnutou péčí, ale i s mnoha jinými faktory. Vytváří si své vlastní priority a důležitost jejich jednotlivých složek, které se mohou lišit od priorit zdravotníků a jejich důležitosti uspokojení. Pacient také hodnotí, čemu jsme dali přednost, jestli prioritám svým nebo prioritám pacienta (16).

Celková spokojenost pacienta se také dělí na spokojenost krátkodobou a dlouhodobou. Pod krátkodobou spokojeností si lze obecně zařadit spokojenost pacienta s momentální návštěvou lékaře, z dobře vykonaných diagnostických a terapeutických úkonů a s uspokojením aktuálních pacientových potřeb. Existuje i spokojenost dlouhodobá, kam se člení dlouhodobá spokojenost s ošetrovatelskou a léčebnou péčí jako s celkem, spokojenost s lékaři, sestrami a to vše v širším časovém období (4, 20).

Spokojenost i nespokojenost pacientů vyplývá z faktorů, které lze rozdělit na šest skupin: lékař, sestra, pacient, poskytovaná péče, prostředí, v němž se vše odehrává a zdravotnictví jako celek. Jelikož je má práce zaměřena na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí a tudíž se sestrami, o faktorech souvisejících s lékařem se

zmiňovat nebudu. Se sestrou, která je ochotná pomoci, poradit, je ochotna se v celodenním kolotoči práce na chvíli pozastavit a s pacientem si popovídat, je rychlá, obratná a své práci rozumí, tak s takovou sestrou je pacient spokojen a získává lepší důvěru ve zdravotnictví jako systém. Mezi faktory související s pacientem se zařazuje věk pacienta, příslušnost k dané majoritě či minoritě, pohlaví a vzdělání. Neoddělitelnou složkou je i to, jak dlouho je pacient hospitalizován. Mezi faktory související s poskytovanou zdravotnickou péčí patří to, s jakým typem nemoci je nemocný člověk přijat - akutní či chronická forma nemoci, spokojenost se liší i u psychiatrických onemocnění (pokud přijmeme pacienta, který je nespolupracující, agresivní, tak ten s naší péčí pravděpodobně moc spokojený nebude) a jak je celková péče v rámci organizace zprostředkována (20).

Cílem průzkumů o spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí je získání informací o nedostacích v kvalitě péče ve zdravotnických zařízeních. Pacienti podávají informace týkající se poskytování zdravotnických služeb, poskytují podklady pro změny v oblasti režimů, způsobů péče a organizace, slouží ke srovnávání poskytované péče a organizace zdravotnických zařízení. Získané informace od pacientů by měly poskytnout dostatek impulsů pro tvorbu nových standardů, směrnic a systémů, jak poskytovanou péči zlepšit, zkvalitnit a zefektivnit (21, 22).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále MZ ČR) dlouhou dobu podporuje výzkum v oblasti spokojenosti pacientů pomocí dotazníkového šetření. Tyto dotazníky pacienti vyplňují v nemocnicích, rehabilitačních ústavech nebo psychiatrických léčebnách. Statisticky zpracovaná data srovnávají kvalitu spokojenosti pacientů v různých nemocnicích. Výsledky z průzkumů jsou cennými informacemi pro management organizací. Informace o kvalitě poskytované péče vedou ke zlepšování povědomí o odpovědnosti občanů za své zdraví a posilování postavení pacienta v systému zdravotnické péče v naší republice. Spokojenost pacientů úzce souvisí se spokojeností personálu. Ukázalo se, že tam, kde je spokojený personál, se pacient cítí lépe, má pocit bezpečí a spokojenosti. Aby byl výzkum v oblasti spokojenosti kvalitní a efektivní, musí splňovat daná kritéria a metodologické požadavky. MZ ČR proto podpořilo v rámci programu Zdraví 21 spolu s projektem Národní politika jakosti vývoj

standardizované metodiky, který nazvalo „Kvalita Očima Pacientů“. RNDr. Tomáš Raiter spolu se společností STEM/MARK, a.s. navázal na aktivitu PhDr. Miroslava Bílka a společně vyvinuli výzkumný nástroj a metodiku zpracování dat lokalizované pro Českou republiku nazvané Kvalita Očima Pacientů (22).

1.4.1 Projekt: Kvalita Očima Pacientů

V druhé polovině 90. let začali pacienti žádat vyšší kvalitu poskytované péče. Na tento popud začal reagovat management většiny zdravotnických zařízení a koncem 90. let měly skoro všechny nemocnice svůj jednoduchý způsob hodnocení spokojenosti pacientů (22).

Prvním tvůrcem myšlenky o sjednocení monitoringu spokojenosti pacientů na společnou platformu, alespoň za fakultní nemocnice, byl v letech 2000-2001 PhDr. Miroslav Bílek z Centra pro řízení kvality ve Fakultní nemocnici Plzeň. Ministerstvo zdravotnictví České republiky podporovalo uplatnění projektu Kvalita Očima Pacientů (dále KOP) v praxi. Hlavním záměrem projektu bylo navrhnout metodický nástroj a realizovat nezávislé pilotní šetření na ověření metodiky, která by byla použitelná pro měření spokojenosti pacientů v celé České republice a mohla být srovnatelná s celosvětovými standardy (22).

RNDr. Tomáš Raiter je řešitelem projektů KOP a Kvalita Pracovního Života. Od roku 1994 se věnuje sociologickému a marketingovému výzkumu. Je spoluzakladatelem společnosti STEM/MARK, členem světové asociace profesionálů ve výzkumu ESOMAP a spoluzakladatelem a bývalým prezidentem organizace SIMAR (asociace předních výzkumných agentur v České republice). V letech 1998-2002 působil jako člen představenstva a prezident SIMAR, zástupce České republiky v pracovní skupině „Indikátory kvality zdravotní péče zkušenosti pacientů“. V současné době je odborným garantem metodiky měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů uplatňované ve všech fakultních nemocnicích, psychiatrických léčebnách a řadě dalších zdravotnických zařízení. Je spoluautorem publikací

Marketingový výzkum v praxi a Strategický marketing zdravotnických zařízení, také přednáší na VŠE Praha (22).

KOP poskytuje pacientům objektivní a statisticky zpracované výsledky o kvalitě zdravotnického zařízení i jeho jednotlivých pracovišť. Pacient má tak možnost nahlédnout do výsledků a získané informace použít při rozhodování v jakém zdravotnickém zařízení se nechá léčit (23).

Hlavním cílem projektu KOP je nastavení jednotného standardu pro měření kvality zdravotnických služeb. Každá nemocnice má možnost využívání metodických postupů (jsou dostupné na internetových stránkách MZ ČR) doporučených MZ ČR a každoročně aktualizované referenční výsledky. Managementu nemocnice umožní další využívání výsledků zlepšení služeb pro pacienta na jednotlivých odděleních. Je vytvořen základ, se kterým je možné každé další výsledky komfortně srovnávat a vyhodnocovat. Zvyšování spokojenosti pacientů je jedním z ukazatelů manažerských schopností vedení zdravotnického zařízení (23).

Sleduje se kvalita poskytovaných služeb v lůžkové a ambulantní péči. Metodika měření kvality zdravotnické péče (spokojenost pacientů) v lůžkovém oddělení dle RNDr. T.Raitera probíhá prostřednictvím sledování kvality v osmi dimenzích. Pacienti hodnotí padesát indikátorů kvality rozdělených do osmi dimenzí péče, které se člení na přijetí pacienta do zařízení, respekt-ohled-úcta, koordinace a integrace péče o pacienta, informace a komunikace s pacientem, tělesné pohodlí pacienta, citová opora pacienta, zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta a propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení (23).

V ambulantní péči pacienti hodnotí dostupnost péče, čekárnu a prostředí, návštěvu lékaře či zdravotnického odborníka, přístup personálu k pacientovi, informace o vyšetření a léčbě, informace o lécích, následnou péči a celkový dojem z návštěvy ambulance (23).

1.4.2 Dimenze projektu KOP

Hlavní náplní dimenze „Přijetí do nemocnice“ je zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s přijetím do zdravotnického zařízení, jak dlouho čekali na uložení na lůžko, jestli byl dodržen datum plánovaného příjmu, jaký měli pacienti dojem z prvního kontaktu se zdravotnickým zařízením a jaká byla plynulost a organizace práce při příjmu (22, 23).

Dimenze „Respekt-ohled-úcta“ se zabývá tím, zda má pacient pocit anonymity v nemocnici, zda má pocit, že je léčen s úctou a respektem, zda je pacient informován o svém zdravotním stavu a zda je dostatečně zapojen do rozhodování o své léčbě. Zjišťuje se, jestli zná jména osob, které ho ošetřují a hodnotí se způsob komunikace před pacientem ze strany sester a lékařů (22, 23).

V dimenzi „Koordinace a integrace péče“ se hodnotí, jak pacienti vnímají schopnosti a kompetence personálu, uspořádání péče, dostupnost ošetřujícího personálu, dostatek soukromí při léčbě a vyšetřeních, kontinuitu předávání informací ze stran ošetřujícího personálu (9).

Dimenzi „Informace a komunikace“ naplňují otázky zaměřující se na zjišťování spokojenosti pacientů se všeobecnými službami nemocnice, jako jsou možnosti telefonovat, sledovat televizi, možnosti zakoupení novin atd., dále jak často pacienta navštěvuje lékař a sestra, jak často pacient hovoří s lékařem a se sestrou, zda byl seznámen s Právy pacientů, zda pacient dostával jemu srozumitelné informace o zdravotním stavu. Správnou komunikací a informovaností pacientů se nastavuje reálné očekávání a tím se zvyšuje spokojenost pacientů (24).

Dimenze „Tělesné pohodlí“ se zabývá tím, jak pacient vnímá čistotu oddělení, čistotu celé nemocnice a prostředí, ve kterém je léčen. Spokojenost pacienta s dobou podávání jídla, s kvalitou a množstvím jídla nebo s dobou ranního buzení (25, 26).

Dimenze „Citová opora“ se zabývá myšlenkou, že pocity strachu, úzkosti z nemoci negativně ovlivňují imunitní systém člověka a mohou organismus oslabovat stejně tak jako fyzické účinky nemoci. Hodnotí se zajištění citových a duchovních potřeb pacienta, vztah ošetřujícího lékaře a sestry a ochota personálu hovořit s pacientem o jeho obavách (27).

V dimenzi „Zapojení rodiny“ se zjišťuje, jak pacienti hodnotí možnost kontaktu s rodinou, jak pacientům vyhovuje doba návštěv (doba návštěv je stanovena v Domácím řádu každého zdravotnického zařízení) anebo jestli mají blízcí možnost hovořit s lékařem a se sestrou. Návrat zdraví a rekonvalescence pacienta probíhá mnohem rychleji v domácím prostředí. Hospitalizace má sice pozitivní vliv na léčbu pacienta, ale má i mnoho negativních vlivů. Proto, jakmile to zdravotní stav pacienta umožňuje, je propuštěn do domácí péče (23).

V dimenzi „Propuštění a pokračování péče“ se hodnotí, zda personál nabídl pomoc při zajišťování domácí péče a jestli byly pacientovi poskytnuty veškeré informace o tom, jak má doma o své zdraví pečovat. Propuštění je většinou plánované a předem dohodnuté s pacientem a jeho rodinou. Ošetřující personál pacienta poučí o vhodnosti změny životního stylu, diety, užívání léků, informuje ho, co má dělat při potížích a kam se obrátit (9).

1.4.3 Metodický návod k získání a udělení certifikátu „Spokojený pacient“

V projektu KOP mohou zdravotnická zařízení, která respektují metodiku, při měření dosahují nadstandardních výsledků apod., získat certifikát „Spokojený pacient“. O udělení tohoto certifikátu může zažádat každé zdravotnické zařízení, které splňuje metodologická a výkonnostní kritéria stanovená MZ ČR. Po splnění všech kritérií si zdravotnické zařízení do šesti měsíců podává žádost o udělení certifikátu. Ministerstvo zdravotnictví žádost vyhodnotí a do 45-ti dní rozhodne o udělení či neudělení certifikace. Certifikát se uděluje na dobu jednoho roku. Mezi stanovená kritéria se řadí kritéria metodologická a výkonnostní (13, 28).

Zdravotnická zařízení při měření kvality péče ve své organizaci musí postupovat dle metodologických kritérií zveřejněných ve Věstníku MZ ČR, ročník 2008, částka 3. Patří sem dodržování pravidel shodného dotazníku, dodržování shodného postupu při rozdávání a sbírání dotazníků od pacientů, správné uložení, zabezpečení, rozmístění a označení schránek sloužící ke vhazování dotazníků, zachování anonymity a dobrovolnosti pacienta při vyplňování dotazníků, dodržení zásad při manipulaci

s dotazníky a archivace dotazníků nebo informace o momentálně probíhajících dotazníkových šetřeních. Návratnost dotazníků musí činit minimálně 75 % (28).

Do výkonnostních kritérií se zařazuje kategorie lůžkových zdravotnických zařízení, kategorie lékařů lůžkových zařízení, kategorie sester lůžkových zařízení a kategorie rehabilitační pracovníci lůžkových zařízení (28).

1.4.4 Co ovlivňuje spokojenost pacienta

Spokojenost či nespokojenost pacienta ovlivňuje celá řada faktorů, které se mohou rozlišit jako faktory, které souvisejí přímo s pacientem (věk, rodinný stav, etnická příslušnost, požadavky pacienta a jeho očekávání, životní zkušenosti) a faktory související s ošetrovatelským personálem (vztah mezi pacientem, lékařem, sestrou, schopnost vztah navázat, komunikace a profesionalita ze strany personálu) (20).

Spokojenost s poskytovanou péčí se také liší tím, k jaké rasové menšině, minoritě, jedinec patří, k jakému se hlásí náboženství a k jaké kultuře se řadí. Důvod nespokojenosti těchto minoritních obyvatel může být zapříčiněn např. z rozdílů plynoucích z jazykové oblasti, rozdíly ve společenských zvycích, ve zvycích léčebných nebo jiné vyznávané hodnoty než v majoritní společnosti. Z toho všeho mohou mít menšiny pocit, a pramení z toho i případná nespokojenost pacientů, že se jim zdravotníci nevěnují tak, jak by měli, nebo naopak, věnují se jim až příliš ve snaze menšině ulehčit (24).

Pro to, aby byl pacient s naší ošetrovatelskou péčí spokojen, je zapotřebí, aby péčí prováděla sestra, kterou její práce baví, má motivaci pro to, aby práci odváděla efektivně a tím pádem je spokojená. Nespokojená sestra může být nepříjemná, provádí pouze rutinní práci bez aktivního zájmu o pacienta, může způsobit i iatrogenní poškození. Jiná nespokojená sestra řeší své důvody nespokojenosti rozvázáním pracovního poměru u stávajícího zaměstnavatele a odchází do zdravotnictví v zahraničí, kde je její práce lépe finančně ohodnocena, má zde lepší motivaci nebo odejde do jiného oboru zdravotnictví či zdravotnictví zcela opustí. Nespokojenost pramení i z velmi psychicky a fyzicky náročné práce, stále se zvyšujících požadavků na vzdělání sester a z

narůstajících kompetencí sester. Při odchodu zkušených sester je třeba přijímat sestry nové. Nastává tím problém, že nově přijatý zaměstnanec se v nové práci musí zorientovat, pochopit chod, práci, harmonogram a organizační řád nového pracoviště. Každá nová sestra zkrátka potřebuje čas na poznání svého pracoviště. V procesu zapracovávání může docházet k poskytnutí neefektivní a nekvalitní ošetrovatelské péče a z toho pramenící nespokojenost pacienta a nového zaměstnance (11, 25).

Jednou ze základních priorit managementu nemocnice je své zaměstnance neustále podporovat a motivovat. Měl by se zajímat o oblasti finančního ohodnocení a jistoty pracovních míst zaměstnanců (26).

1.4.5 Optimální léčebné prostředí

Dr. Haya R. Rubin se svým týmem z Johns Hopkins University v USA provedli metaanalýzu 7800 vědeckých prací. Tyto práce se zabývaly zdravotnickým prostředím a jeho vlivem na uzdravovací proces pacienta. Výsledky výzkumu byly shrnuty v knize „Prokázání vlivu léčebného prostředí na uzdravovací proces“. V knize autoři považují za nejvýznamnější body léčebného prostředí začlenění pacienta do jeho léčebného procesu, omezení stresorů z prostředí a společenskou oporu (10).

V dnešním zdravotnictví již pacientovi nestačí poskytování kvalitní léčebné a ošetrovatelské péče, ale chtějí i prostředí, ve kterém se cítí bezpečně. Provést změny v léčebném prostředí není ovšem jednoduché. Mnoho zdravotníků se snaží o zachování tradičního modelu zdravotnického zařízení, není dostatek financí na změny a často existuje i odpor k jakékoliv změně (29).

Optimální léčebné prostředí je takové prostředí, kde se pacient necítí být stále jen pacientem, kde neustále nemyslí na to, proč je hospitalizován, že je odloučen od rodiny a kde není neustále doprovázen pocity strachu a úzkosti. Představy o optimálním prostředí se u jednotlivce (manažer, pacient, rodina) liší. Někdo ho chápe jako hotel se službami, domov a pohodlí domova, podnik s efektivitou a funkčností, instituci s vážností, dokonalostí nebo HI-TECH s moderními přístroji a vybavením (11, 30).

Léčebné prostředí se dělí na oblast fyzickou a psychicko-duchovní. Základním

předpokladem optimálního léčebného fyzického prostředí je první dojem. Je nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu nejdůležitější. Odpovídá za to, jestli se pacient zklidní či zůstává neklidný, plný obav a strachu. Řadí se sem estetika vstupní haly zdravotnického zařízení, recepce a pracovník recepce, který dovede či nedovede pacientovi poradit. Dále se sem zařazují vhodné aktivity a rozptýlení jako jsou akvária, fontánky, sochy, příjemná hudba, hry, knihy, nejrůznější oddechová zákoutí a přírodní motivy na stropěch, které pacienty dokážou rozptýlit při terapeutických a diagnostických výkonech. Důležité je prostředí, kde se pacient necítí opuštěný. Tím se částečně usnadní představení sestry při prvním kontaktu s pacientem, představení ostatním spolupacientům, umožnění kontaktu s rodinou a flexibilní návštěvní doba. Důležité je prostředí, kde má pacient pocit kontroly. Stres a jeho důsledky jsou následkem ztráty kontroly nad zaběhnutým denním režimem. Stres snižuje odolnost imunitního systému. Možnými způsoby, jak snížit pacientův stres je umožnění zapůjčení televize, rádia, možnost tvorby vlastní nástěnky, správná komunikace a především vysvětlení nadcházejících vyšetřovacích úkonů. To vše pomáhá pacientovi navodit pocit kontroly nad svým životem, zvyšuje se jeho sebeúcta a snižuje stres. Uzdravovacímu procesu významně přispívá i harmonie barev. Vedení nemocnice by se mělo snažit o barevně vymalované chodby jednotlivých oddělení. Podporuje tím pocit dobré nálady pacientů. Upřednostňují se barvy jemné. Bílé chodby vytvářejí pocit deprivace (9, 10).

Hluk lze považovat za jeden z nejškodlivějších faktorů. Pacienti používající televize, rádia mají používat sluchátka. Ošetřovatelský personál se má, hlavně v noci, snažit co možná nejvíce regulovat hladinu zvuku na minimum. Pachy ve zdravotnickém zařízení jsou také nepříjemné a ztěžují pacientovi jeho hospitalizaci (10, 12).

Do předpokladů psychicko-duchovního léčebného prostředí jsou zařazeny dvě dimenze a to vnitřní a vnější. Do vnější dimenze se řadí aspekty, jak pacient vnímá atmosféru na oddělení, chování sester a lékařů, jejich verbální a neverbální komunikaci, jak ošetřovatelský personál jedná s pacientovou rodinou, jaká je organizační struktura oddělení, zda personál vyzařuje klid, pohodu, ochotu a jaké jsou vztahy mezi zaměstnanci (10).

Do vnitřní dimenze zařazujeme, zda má pacient pocit, že je pro zdravotníky důležitý, zda prožívá obavy z vyšetření a zda může spolurozhodovat o své léčbě (10).

1.4.6 Metody zjišťování spokojenosti pacientů – dotazník a focus groups

Měření kvality zdravotnických zařízení pomocí spokojenosti pacientů se provádí ve všech vyspělých zdravotních systémech po celém světě. Celkově bychom mohli rozlišit tři metody zjišťování: kvalitativní, kvantitativní a smíšené. Do kvantitativních přístupů se zařazuje dotazníkové šetření. Kvalitativní přístupy zahrnují rozhovory s pacienty. Může se jednat o rozhovory individuální či skupinové, kdy tyto rozhovory jsou monitorovány a nahrávány, poté dále zpracovávány a analyzovány. A v neposlední řadě existují přístupy smíšené, kde se kombinují postupy dotazníkové a rozhovory (31).

Dotazníky vznikají na základě rozhovorů s pacienty, popř. s rodinnými příslušníky. Tyto výpovědi se upravují do standardizovaných otázek s možnou nabídkou odpovědí. Při vyplňování dotazníku o spokojenosti s poskytnutou péčí pacient vychází z předpokladů, jak je péče poskytována, jaká je její kontinuita, dostupnost, jak jsou uspokojovány jeho potřeby a v jakém pořadí. Péči hodnotí jak globálně tak separátně. Hodnocení je ovlivněno individuálními vlastnostmi a zkušenostmi (32).

Proto, aby metoda pomocí dotazníkového šetření byla efektivní a aby se výsledky a kvalita služeb mohly porovnávat s výsledky z jiných nemocnic, je nutné, aby byla používána stejná, srovnatelná metodika šetření. Dříve bylo měření spokojenosti nejednotné a tím neumožňovalo správné srovnání kvality zdravotních služeb. Cílem MZ ČR je poskytnout všem léčebným zařízením určitý standardizovaný dotazník, jednotnou a také univerzální metodu pro sběr a distribuci dotazníků. Tím se zlepšší, zkvalitní, zpřesní datová opora a srovnatelné informace, jejichž výsledky mohou používat pacienti, poskytovatelé i plátcí zdravotní péče. Daný dotazník má předepsaný obsah a formát (13).

Focus groups (dále FG) cílené rozhovory, jsou efektivnější než dotazníky. Používají se ke kvalitativnímu sběru informací a k získání zpětné vazby od pacientů, zaměstnanců. Nenahrazují jiné metody sběru dat. Tyto rozhovory umožňují získat

informace od externích či interních zákazníků jako jsou pacienti, zaměstnanci, dodavatelé, studenti či veřejnost (10, 11).

FG představuje získávání informací pomocí zpětné vazby od pečlivě vybraných skupin osob (pacientů) těsně před ukončením hospitalizace. Rozhovory probíhají např. v nemocniční knihovně nebo zasedací místnosti. Rozhovor je veden neformálně, ale s cíleně vedeným záměrem k získání kladných i negativních postřehů. Cílem FG je, aby se rozhovory staly pro pacienta příjemným zážitkem a spolupracovali v této oblasti s managementem zdravotnického zařízení i v budoucnu. Skupina tvořící FG je složena z 6-12ti osob. Je třeba vytvořit skupinu, která je homogenní (stejný věk, vyhýbáme se pacientům, kteří jsou agresivní, nespolupracující, nekomunikující). V čele FG je moderátorka. Tuto funkci může vykonávat sestra, psychologka, sociální pracovnice. Musí mít zkušenosti a znalosti o FG, musí disponovat dobrými komunikačními dovednostmi, musí umět udržet správnou dynamiku skupiny, efektivně naslouchat. Měla by umět vést rozhovor k dosažení požadovaného cíle. Moderátorkou většinou nebývá pracovnice z oddělení, kde jsou rozhovory prováděny. Obecně moderátor bývá oblečen v civilním oblečení. Nejvhodnější forma pro pozvání pacienta je pozvánka, kde je upřesněn cíl, datum, místo konání. Mezi základní téma otázek, které moderátorka klade, patří, co se pacientovi na oddělení líbilo, s čím byl spokojen, co mu vadilo, co se mu nelíbilo a jaká zlepšení navrhnou sami pacienti. Otázek by nemělo být více jak šest. O názorech zúčastněných moderátorka FG nediskutuje. Její úlohou je pouze získávání informací. Délka setkání nemá přesahovat 90 minut. Tyto schůzky se mají opakovat. Z jednoho sezení nelze získat validní informace. Moderátorce je dovoleno mít u sebe asistenta, který v průběhu setkání zapisuje poznámky. Pokud k dispozici není, moderátorka zapisuje poznatky až po ukončení setkání (10, 11).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k vybraným charakteristikám pacientů. Na základě předmětu výzkumného šetření jsme stanovili tyto dílčí cíle:

- 1) Zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k pohlaví.
- 2) Zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k věku.
- 3) Zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu ke vzdělání.
- 4) Zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k typu oddělení.
- 5) Zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k rodinnému zázemí.
- 6) Zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k ekonomickému postavení.

2.2 Hypotézy

- 1) Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví.
- 2) Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na věku.
- 3) Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na vzdělání.
- 4) Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na typu oddělení.
- 5) Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na rodinném zázemí.
- 6) Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na ekonomickém postavení.

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

K dosažení cílů práce a potvrzení daných hypotéz byl použit kvantitativní výzkum pomocí metody dotazování, technikou dotazníku. Využili jsme modifikovaný dotazník (se souhlasem RNDr. Tomáše Raitera), který vychází ze standardizovaného dotazníku Kvalita Očima Pacientů-hodnocení lůžkové péče (33), který byl vytvořen v rámci projektu Kvalita Očima Pacientů. Hlavním řešitelem tohoto grantu je RNDr. Tomáš Raiter. Metodika měření kvality zdravotní péče (spokojenost pacientů) probíhá prostřednictvím sledování kvality v osmi dimenzích. Dotazník (viz příloha 1) byl roztržiděn do těchto dimenzí péče a dimenze se člení na spokojenost pacientů s přijetím do nemocnice, respekt-ohled-úcta, koordinace a integrace péče, informace a komunikace, zapojení rodiny do léčby, tělesné pohodlí, citová opora, pokračovací péče. Dotazníky byly anonymní a dobrovolné. Dotazník obsahoval celkem 33 otázek. Prvních pět otázek bylo identifikačních, zbylé byly zaměřeny na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Poslední otázka byla otevřená, zaměřená na další připomínky od pacientů. Výzkumné šetření probíhalo od 12.1.2012 do 20.2.2012.

Pro přehlednost získaných údajů a jejich prezentaci byly zvoleny různé typy zpracování. Prvním typem je zpracování výsledků pomocí grafů. Pro statistické zpracování části výzkumu byl zvolen SPSS program. Jako statistická metoda byla použita analýza adjustovaných reziduí, která určuje významnost odchylek dat a očekávaných hodnot, v textu zobrazená pomocí Znaménkových schémat, která umožňuje sledovat vzájemné vztahy v kontingenční tabulce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni minimálně tři dny v Nemocnici České Budějovice, a.s. Pro umožnění výzkumného šetření byla oslovena Mgr. Jiřina Otásková, MBA, hlavní sestra Nemocnice České Budějovice, a.s., (viz příloha 2) a vrchní sestra každého oddělení, kde byly dotazníky rozdány. Dotazníkové

šetření probíhalo na traumatologii A, plicním oddělení, kardiochirurgie lůžka a kardiologie intermediární péče. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Návratnost byla 90%, čili 108 dotazníků. Cílem bylo získání co největšího počtu respondentů pro objektivnost výsledků.

3.3 Využití práce v praxi

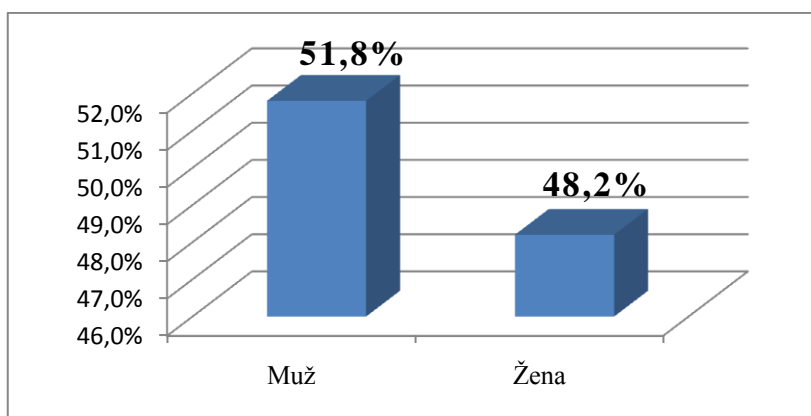
Tuto práci a výzkum bych chtěla využít ke zvýšení spokojenosti pacientů. Poskytnout ji k prostudování sestrám na oddělení, kde výzkum probíhal a seznámit s výsledky i vedení daných oddělení. Dále budou výsledky předány k nahlédnutí vedení Nemocnice České Budějovice, a.s .

4 Výsledky

4.1 Popisná statistika – třídění prvního stupně

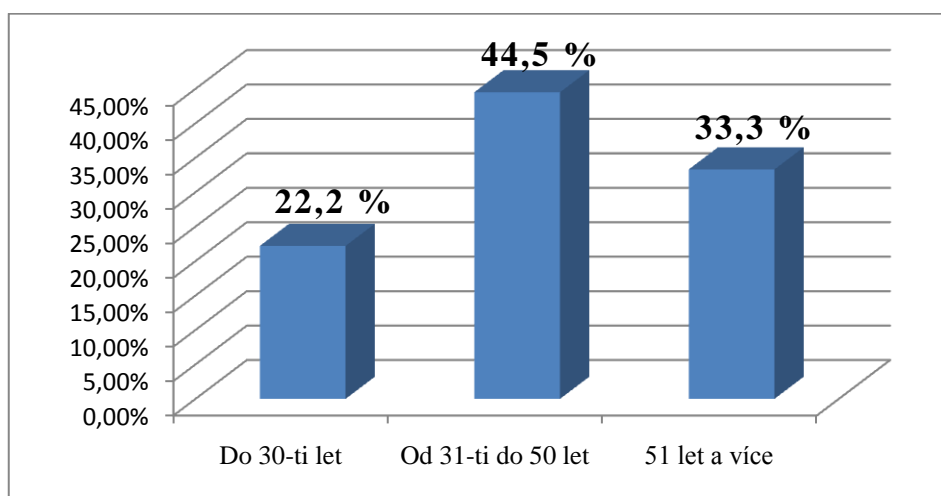
Dotazníky byly rozdány respondentům, kteří byli hospitalizováni na těchto odděleních: kardiologie intermediární péče, plicní oddělení, kardiochirurgie a traumatologie.

Graf 1 Pohlaví respondentů



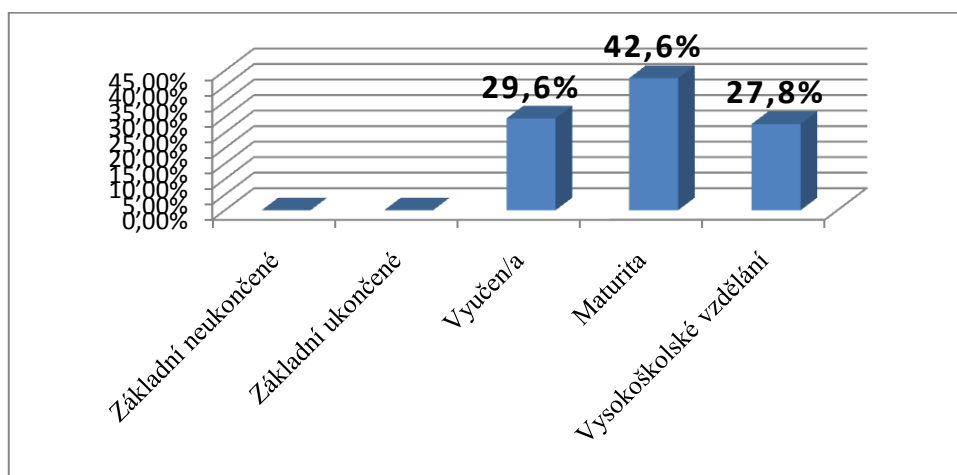
Ze 108 respondentů (100 %) bylo 56 mužů (51,8 %) a 52 žen (48,2 %).

Graf 2 Věk respondentů



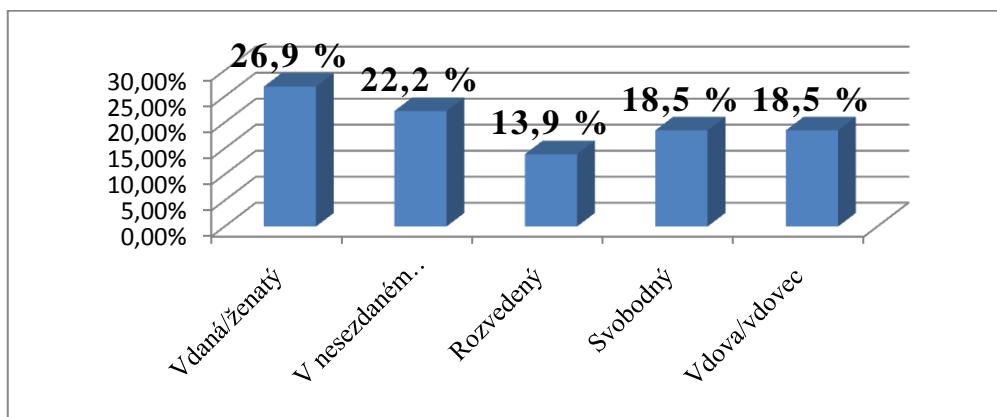
Ze 108 respondentů (100 %) je 48 ve věku od 31-ti do 50 let (44,5 %), ve věku od 51 let a více je 36 respondentů (33,3 %) a ve věku do 30ti let je 24 respondentů (22,2 %).

Graf 3 Vzdělání respondentů



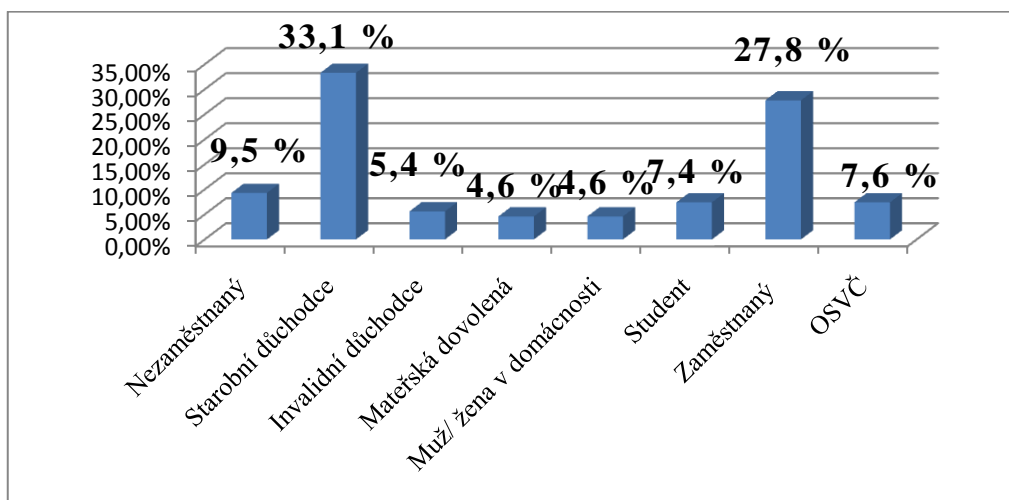
Z celkového počtu 108 respondentů (100 %) má 46 úplné střední odborné vzdělání s maturitou (42,6 %), 32 respondentů je absolventem odborného učiliště (29,6 %) a 30 respondentů má vysokoškolské vzdělání (27,8%). V dotazníkovém šetření se nevyskytl žádný respondent se základním neukončeným vzděláním ani se základním ukončeným vzděláním.

Graf 4 Rodinné zázemí respondentů



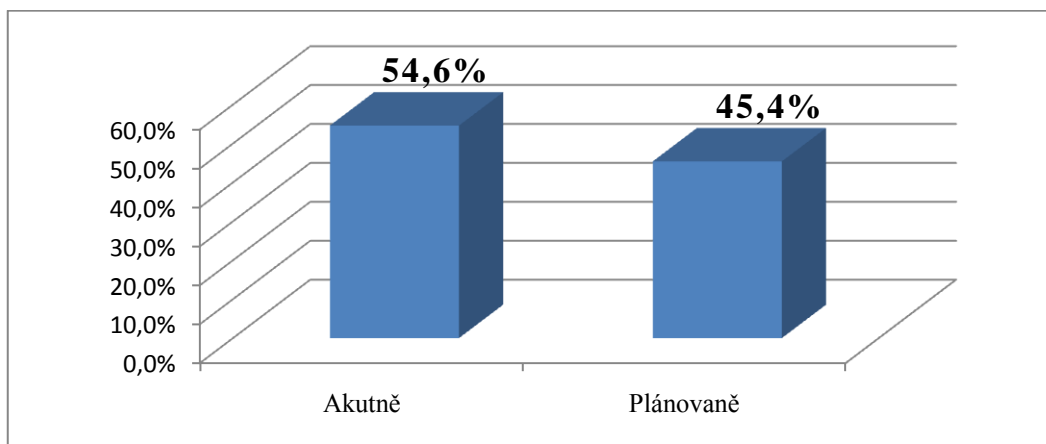
Ze 108 respondentů (100 %) je 29 respondentů (26,9 %) v manželském stavu, 24 respondentů (22,2 %) v nesezdaném soužití, 20 respondentů (18,5 %) je svobodných a 20 (18,5 %) je ovdovělých, 15 respondentů (13,9 %) je rozvedených.

Graf 5 Ekonomické postavení respondentů



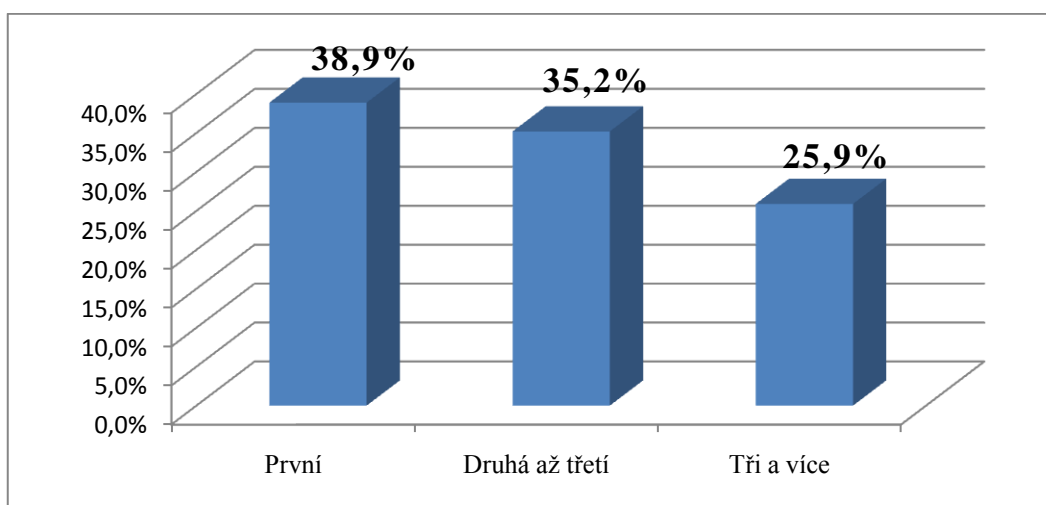
Ze 108 respondentů (100 %) jich je 36 starobní důchodce/důchodkyně (33,1 %). 30 respondentů (27,8 %) je zaměstnáno na plný úvazek. Jako nezaměstnaný je vedeno 10 respondentů (9,5 %). Jako OSVČ pracuje 8 respondentů (7,6 %) a skoro stejný počet je studentů (7,4 %). Šest respondentů (5,4 %) je v invalidním důchodu. Jako žena/muž na mateřské/rodičovské dovolené nebo žena/muž v domácnosti je shodný počet 5 respondentů (4,6 %).

Graf 6 Způsob přijetí respondentů do zdravotnického zařízení



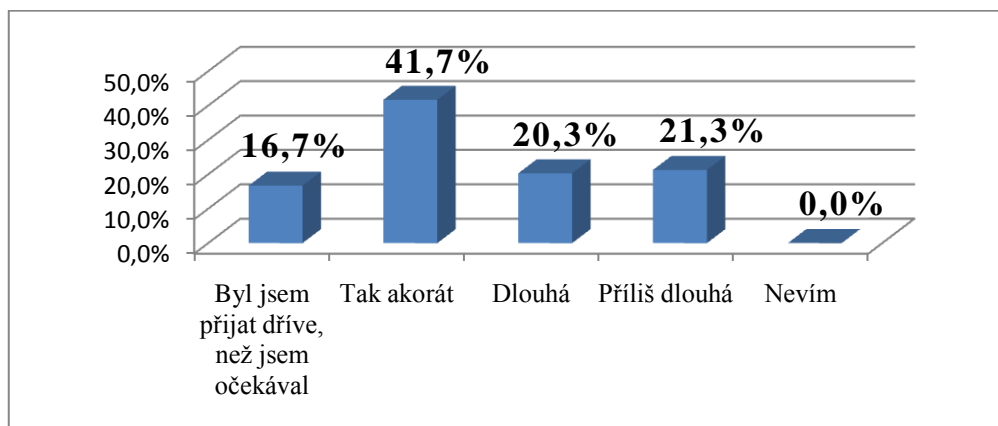
Ze 108 respondentů (100 %) jich bylo do zdravotnického zařízení 59 (54,6 %) přijato akutně a 49 respondentů (45,4 %) bylo do zdravotnického zařízení přijato plánovaně.

Graf 7 Četnost hospitalizace respondentů



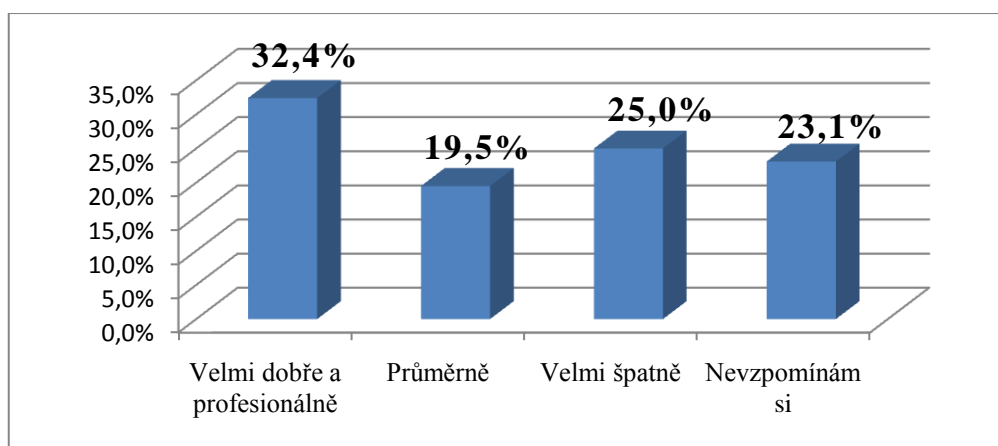
Ze 108 respondentů (100 %) jich 42 (38,9 %) bylo do zdravotnického zařízení přijato poprvé. Pro 38 respondentů (35,2 %) toto byla již druhá až třetí hospitalizace a pro 28 respondentů (25,9 %) tři a více.

Graf 8 Doba čekání respondentů na přijetí do zdravotnického zařízení



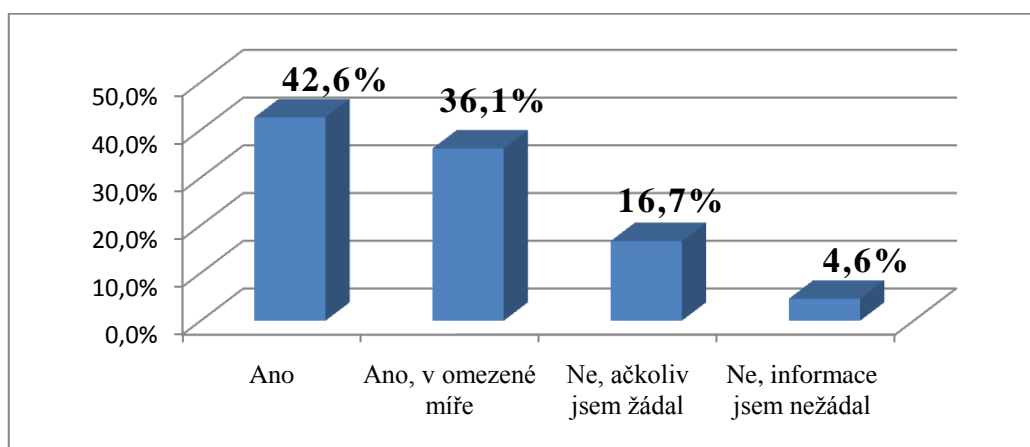
Ze 108 respondentů (100 %) jich 45 (41,7 %) zvolilo možnost „tak akorát“, tudíž jim doba čekání na přijetí do nemocnice připadala adekvátní k jejich zdravotnímu stavu. Pro 23 respondentů (21,3 %) byla čekací doba příliš dlouhá. Pro 22 respondentů (20,3 %) byla čekací doba dlouhá a 18 respondentů (16,7 %) bylo přijato dříve než očekávalo. Z respondentů žádný nezvolil možnost nevím (0 %).

Graf 9 Dojem respondentů z prvního kontaktu s nemocnicí



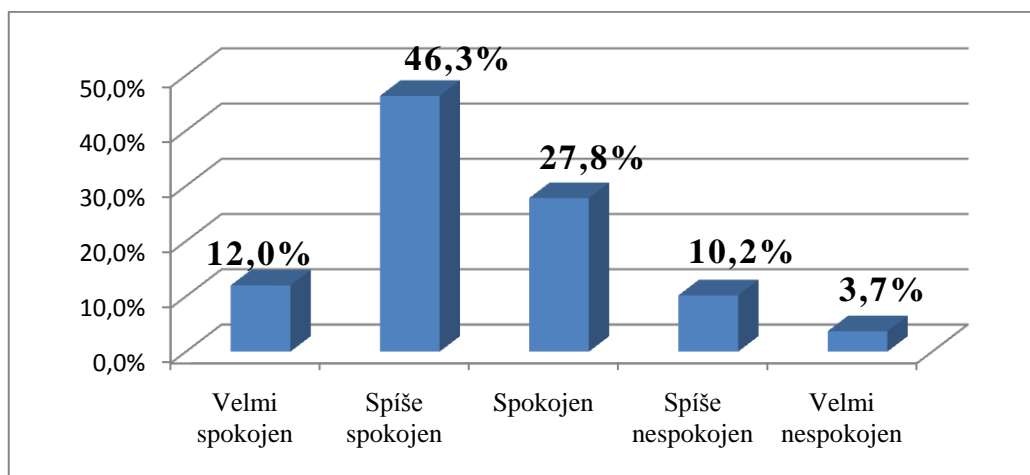
Ze 108 respondentů (100 %) jich 35 (32,4 %) označilo možnost, že na ně první kontakt s nemocnicí působil velmi dobře a profesionálně. Naopak 27 respondentů (25 %) jich označilo možnost velmi špatně. Na první kontakt s nemocnicí si 25 respondentů (23,1 %) nevzpomíná. Možnost průměrně označilo 21 respondentů (19,5 %).

Graf 10 Získání informací o zdravotním stavu respondentů



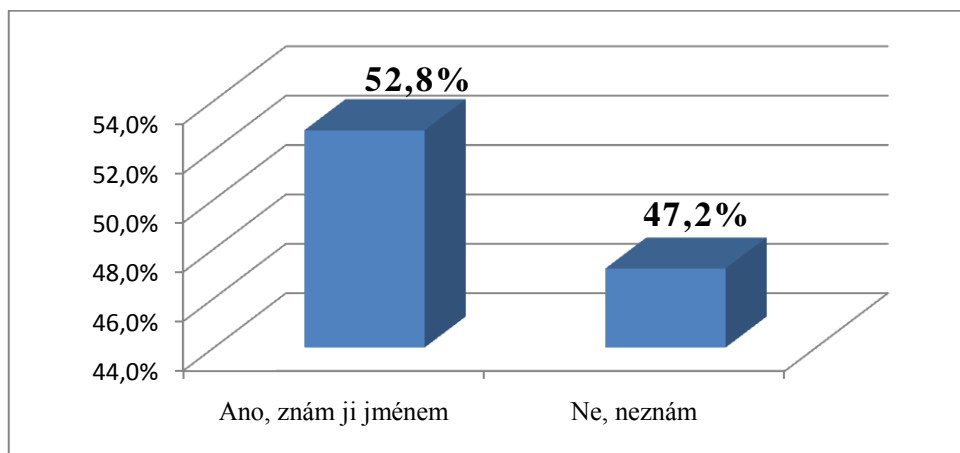
Ze 108 respondentů (100 %) jich 46 (42,6 %) dostalo během přijetí do zdravotnického zařízení dostatek informací, 39 respondentů (36,1 %) se domnívá, že informace dostali pouze v omezené míře, 18 respondentů (16,7 %) nedostalo dostatek informací, ačkoliv o ně žádalo a 5 respondentů (4,6 %) informace nežádalo.

Graf 11 Organizace přijetí respondentů do zdravotnického zařízení



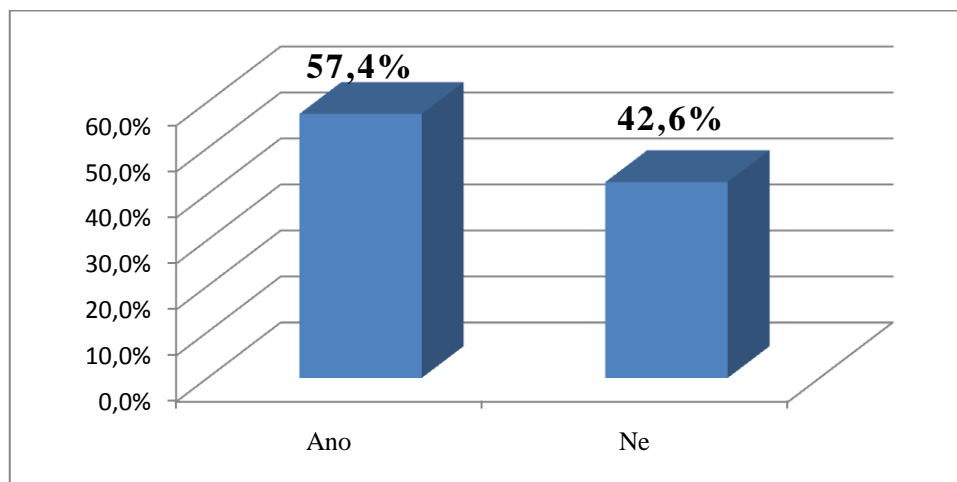
Ze 108 respondentů (100 %) bylo 50 respondentů (46,3 %) spíše spokojeno s plynulostí přijetí, spokojeno bylo 30 respondentů (27,8 %), odpověď velmi spokojen označilo 13 respondentů (12,0 %), spíše nespokojeno bylo 11 respondentů (10,2 %) a velmi nespokojeni byli 4 respondenti (3,7 %).

Graf 12 Znalost jména ošetřující sestry respondenty



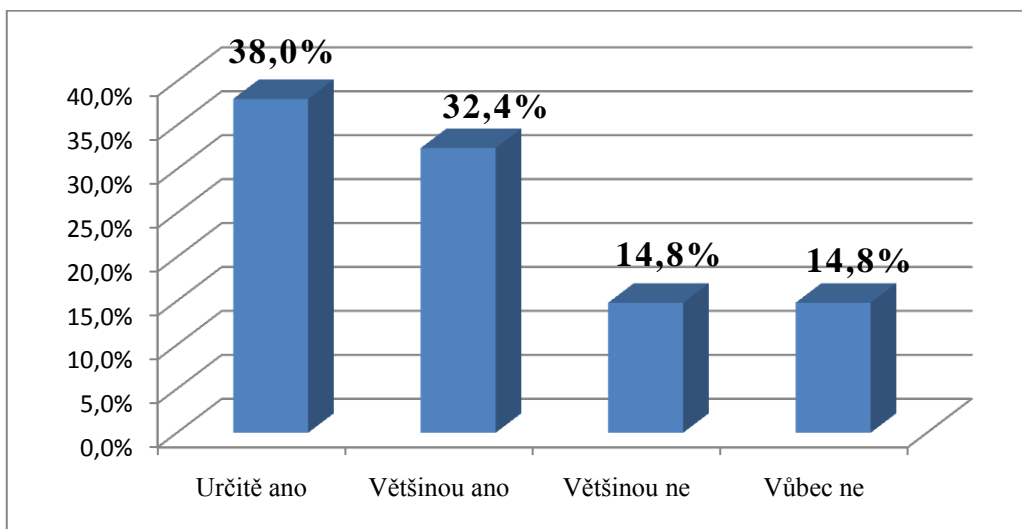
Ze 108 respondentů (100 %) zná jméno své ošetřující sestry 57 respondentů (52,8 %) a 51 respondentů (47,2 %) nezná jméno své ošetřující sestry.

Graf 13 Zapojení respondentů do rozhodování o své léčbě



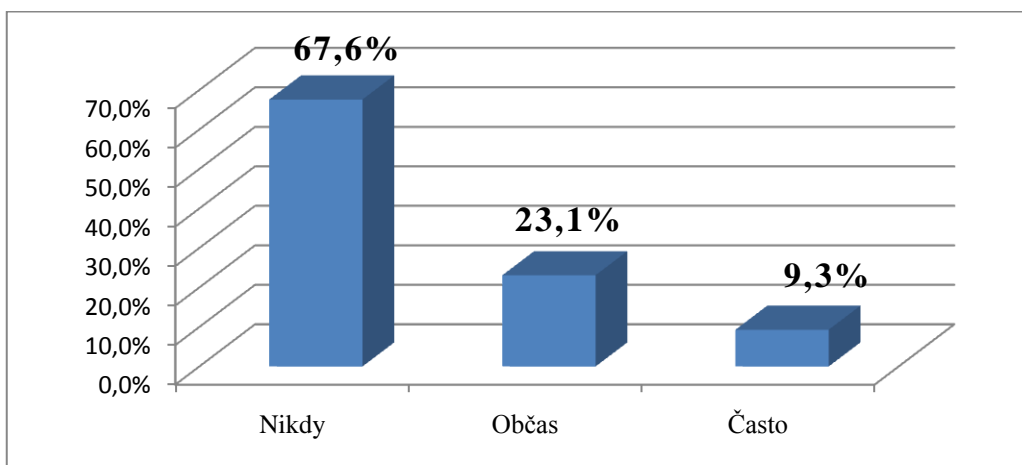
Ze 108 respondentů (100 %) chce být 62 respondentů (57,4 %) více zapojeno do rozhodování o své léčbě a 46 respondentů (42,6 %) nemá zájem více se podílet na rozhodování o své léčbě.

Graf 14 Důstojný přístup zdravotníků k respondentům



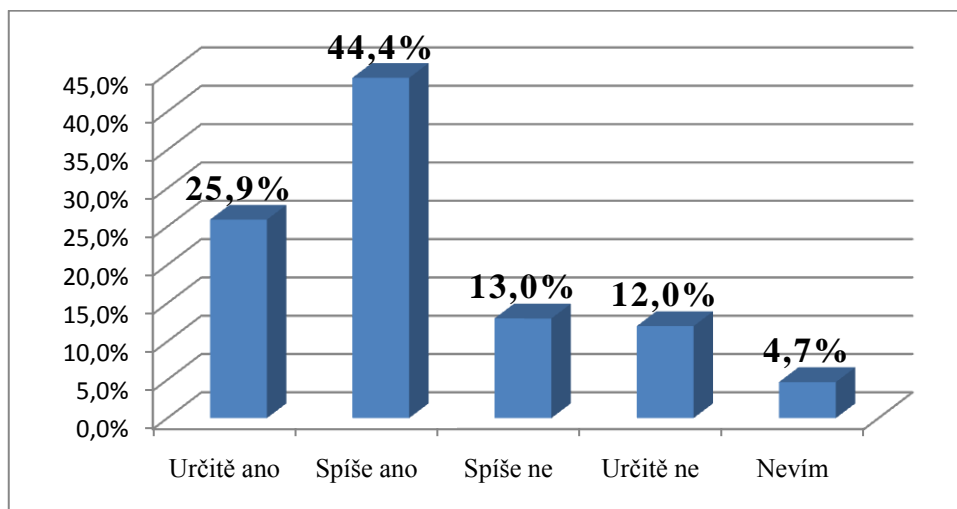
Ze 108 respondentů (100 %) odpovědělo 41 dotazovaných (38,0 %) určitě ano, 35 respondentů (32,4 %) odpovědělo většinou ano, 16 respondentů (14,8 %) většinou ne a 16 respondentů (14,8 %) vůbec ne.

Graf 15 Protichůdné informace od zdravotnického personálu



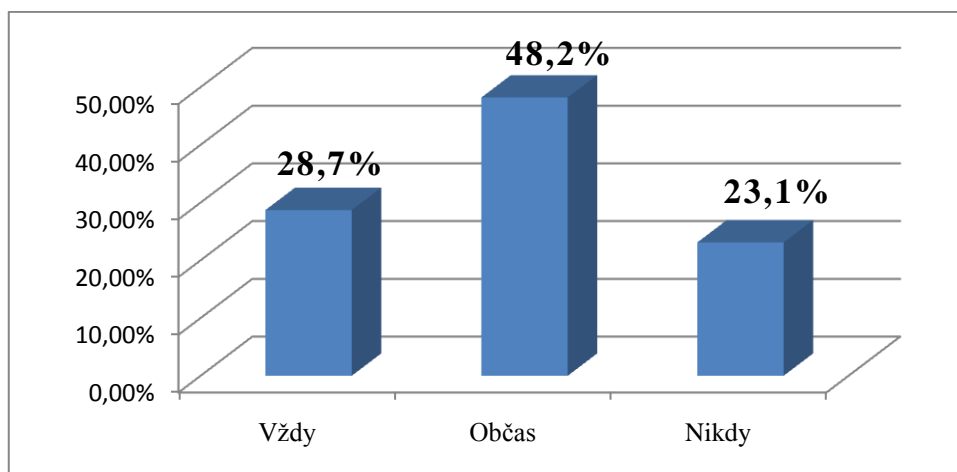
Ze 108 respondentů (100 %) jich 73 (67,6 %) nikdy nedostalo od zdravotníků odlišné informace, 25 respondentů (23,1 %) se domnívá, že občas byly sdělené informace odlišné a 10 respondentů (9,3 %) často dostávalo protichůdné informace od zdravotnických pracovníků.

Graf 16 Dosažitelnost zdravotníků



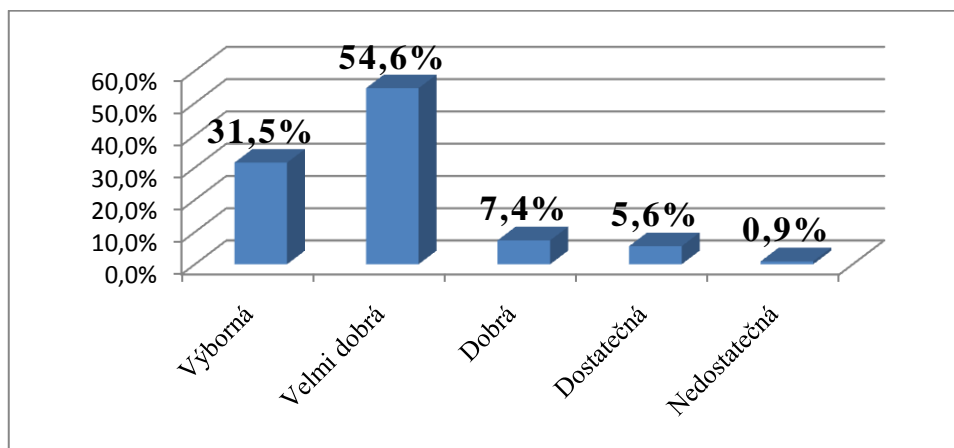
Ze 108 respondentů (100 %) jich 48 (44,4 %) odpovědělo spíše ano, 28 respondentů (25,9 %) zvolilo možnost určitě ano, 14 respondentů (13,0 %) odpovědělo spíše ne, 13 respondentů (12,0 %) určitě ne a odpověď nevím označilo 5 respondentů (4,7 %).

Graf 17 Dostatek soukromí při vyšetření a léčbě respondentů



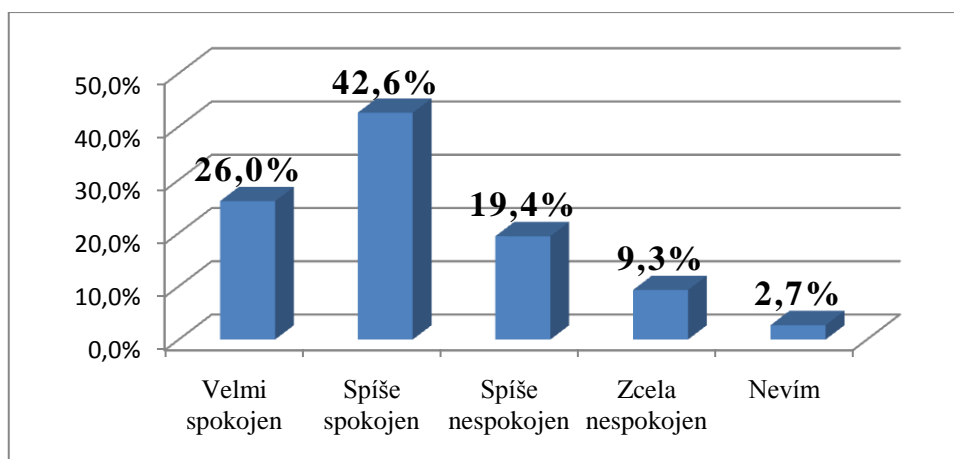
Ze 108 respondentů (100 %) má 52 respondentů (48,2 %) pocit soukromí při vyšetřeních pouze občas, 31 respondentů (28,7 %) odpovědělo, že vždy má soukromí při vyšetření a léčbě a 25 respondentů (23,1 %) zvolilo možnost nikdy.

Graf 18 Hodnocení poskytované ošetrovatelské péče



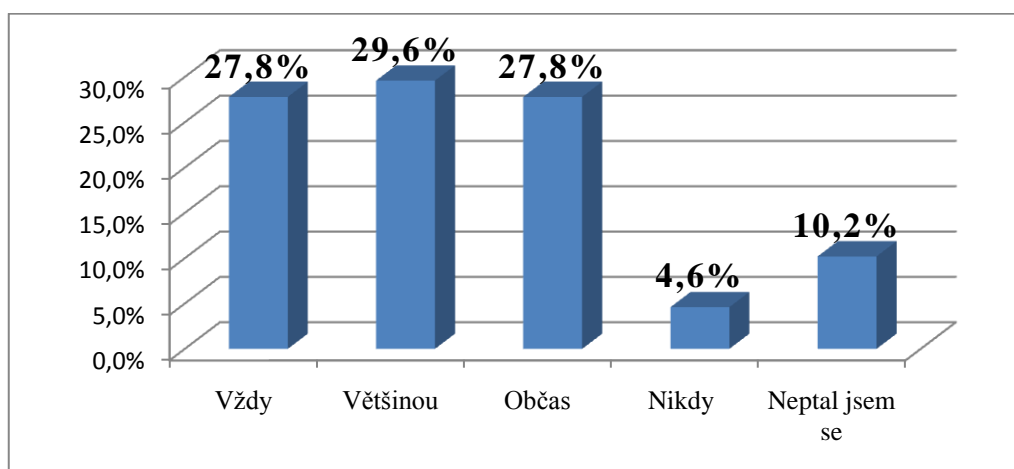
Ze 108 (100 %) respondentů jich 59 (54,6 %) ohodnotilo ošetrovatelskou péči jako velmi dobrou, 34 respondentů (31,5 %) vybralo možnost výborná, ošetrovatelská péče připadala průměrná 8 respondentům (7,4 %), dostatečně ohodnotilo péči 6 respondentů (5,6 %) a 1 respondent (0,9 %) označil poskytovanou ošetrovatelskou péči za nedostatečnou.

Graf 19 Spokojenost respondentů se službami poskytovanými nemocnicí



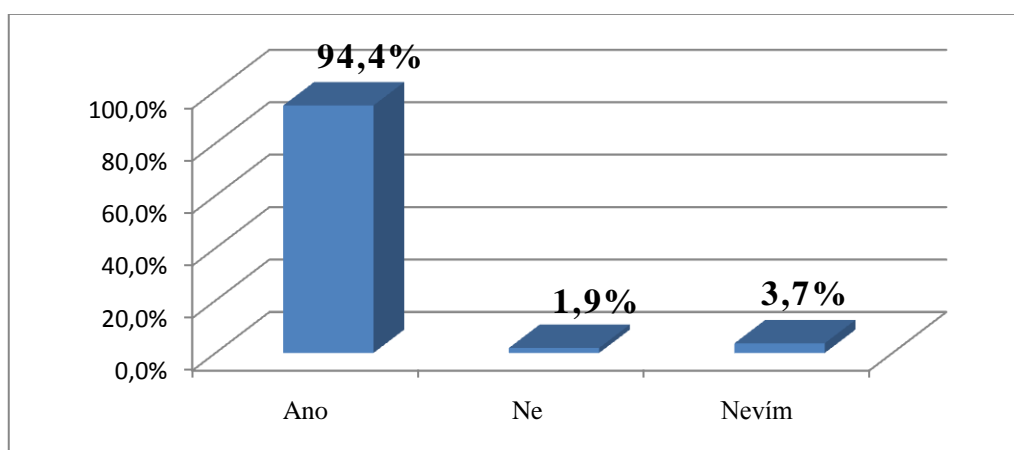
Ze 108 respondentů (100 %) je 46 (42,6 %) spíše spokojeno se službami, velmi spokojeno je 28 respondentů (26,0 %), odpověď spíše nespokojen zvolilo 21 respondentů (19,4 %), zcela nespokojeno je 10 respondentů (9,3 %) a možnost nevím vybrali 3 respondenti (2,7 %).

Graf 20 Srozumitelnost odpovědi sestry na důležité otázky respondentů



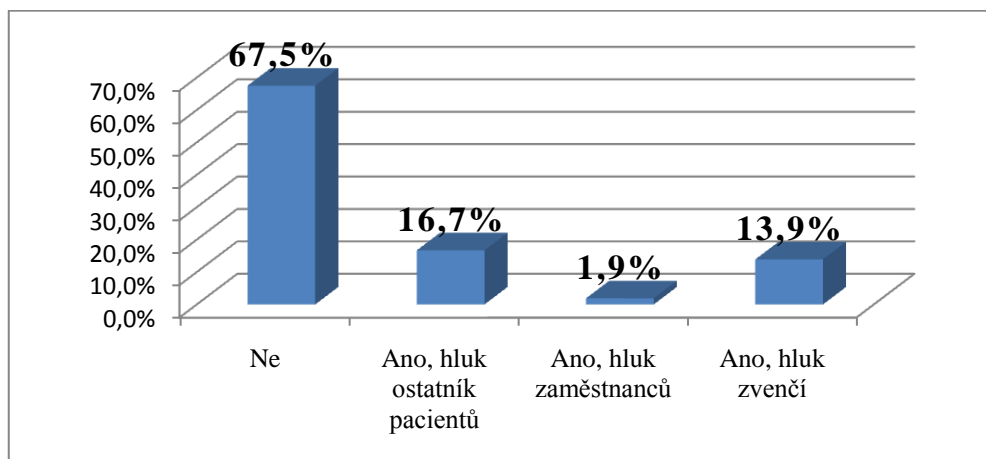
Ze 108 respondentů (100 %) jich 32 (29,6 %) většinou rozumí odpovědi sestry, 30 respondentů (27,8 %) vždy chápe odpověď sestry, 30 respondentů (27,8 %) rozumí občas sdělení sestry, 11 respondentů (10,2 %) se sestry na žádnou otázku neptá a nikdy nerozumí odpovědi sestry 5 respondentů (4,6 %).

Graf 21 Seznámení respondentů s Právy pacientů



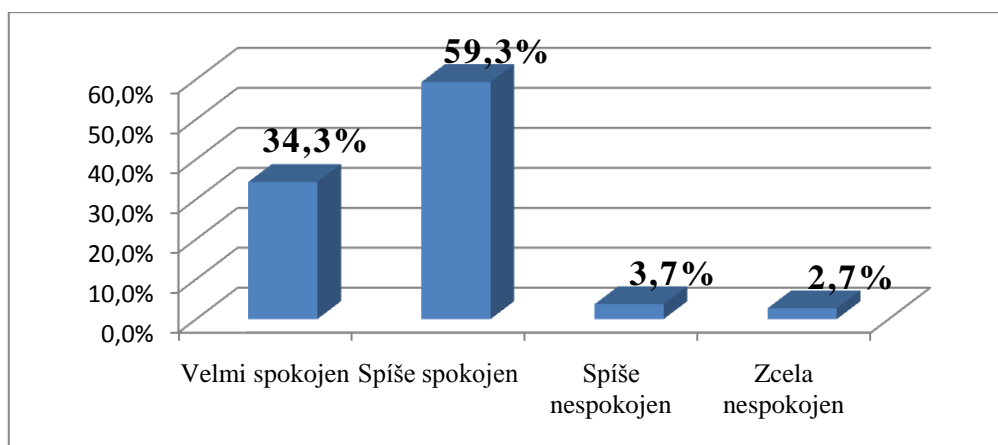
Ze 108 respondentů (100 %) jich 102 (94,4 %) bylo seznámeno s Právy pacientů, 4 respondenti (3,7 %) označili, že neví a 2 respondenti (1,9 %) seznámení nebyli.

Graf 22 Rušení respondentů nočním hlukem



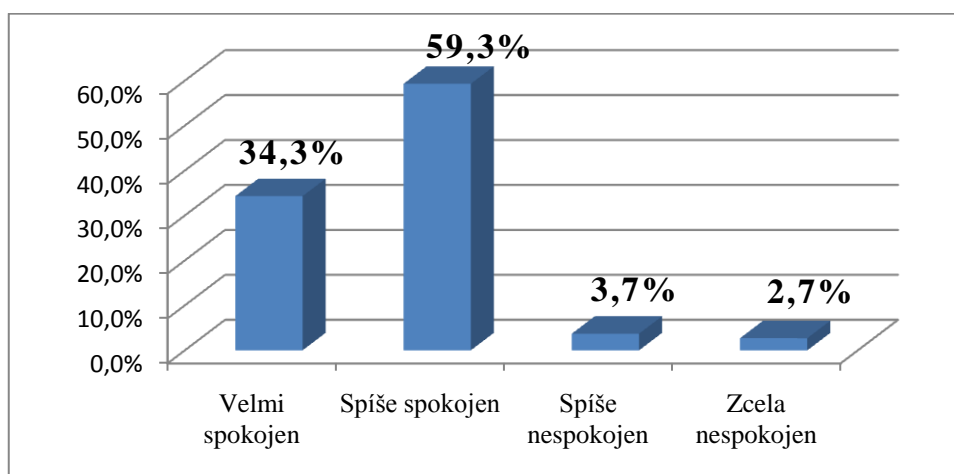
Ze 108 respondentů (100 %) jich 73 (67,5 %) označilo, že je noční hluk neruší, 18 respondentů (16,7 %) ruší noční hluk od ostatních pacientů, 15 respondentů (13,9 %) ruší noční hluk zvenčí a 2 respondenti (1,9 %) uvedli, že je ruší hluk zaměstnanců.

Graf 23 Spokojenost respondentů s čistotou pokojů



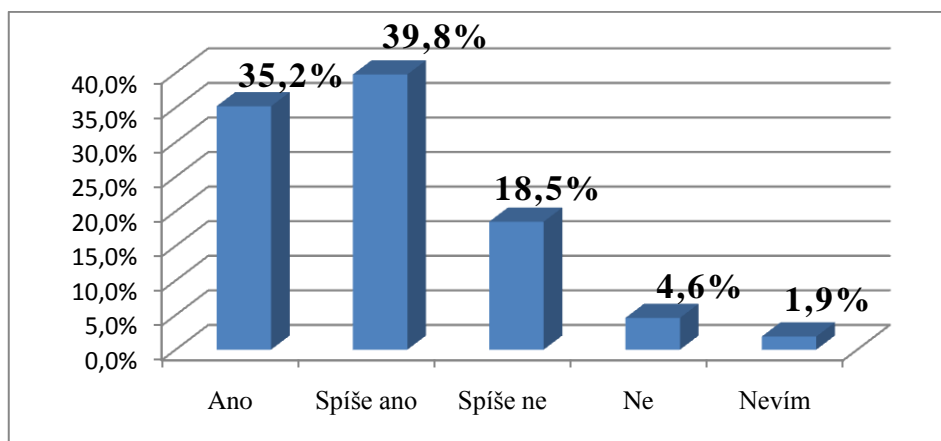
Ze 108 respondentů (100 %) jich je 64 (59,3 %) s čistotou pokojů spíše spokojeno, 37 respondentů (34,3 %) je velmi spokojeno, 4 respondenti (3,7 %) jsou spíše nespokojeni a pouze 3 respondenti (2,7 %) jsou zcela nespokojeni s čistotou pokojů.

Graf 24 Spokojenost respondentů s čistotou toalet a sprch



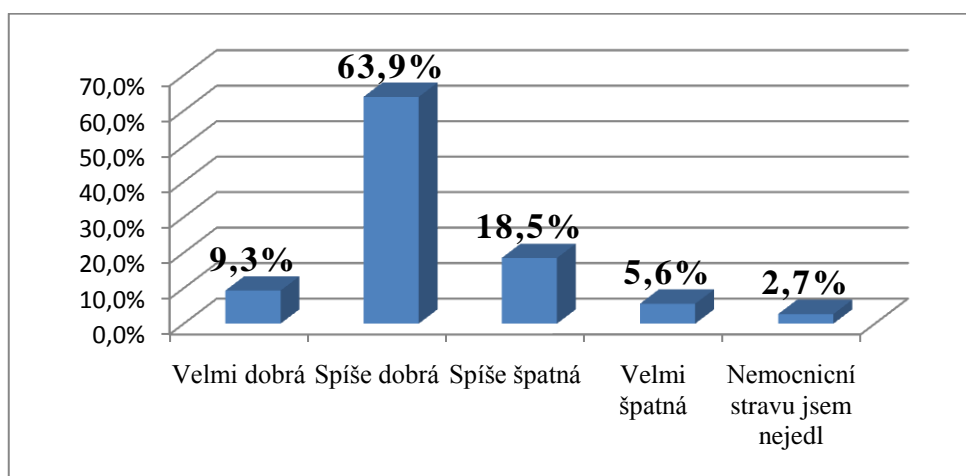
Ze 108 respondentů (100 %) jich je 64 (59,3 %) s čistotou toalet a sprch spíše spokojeno, 37 respondentů (34,3 %) je velmi spokojeno, 4 respondenti (3,7 %) jsou spíše nespokojeni a pouze 3 respondenti (2,7 %) jsou zcela nespokojeni s čistotou toalet a sprch.

Graf 25 Spokojenost respondentů s časem ranního buzení



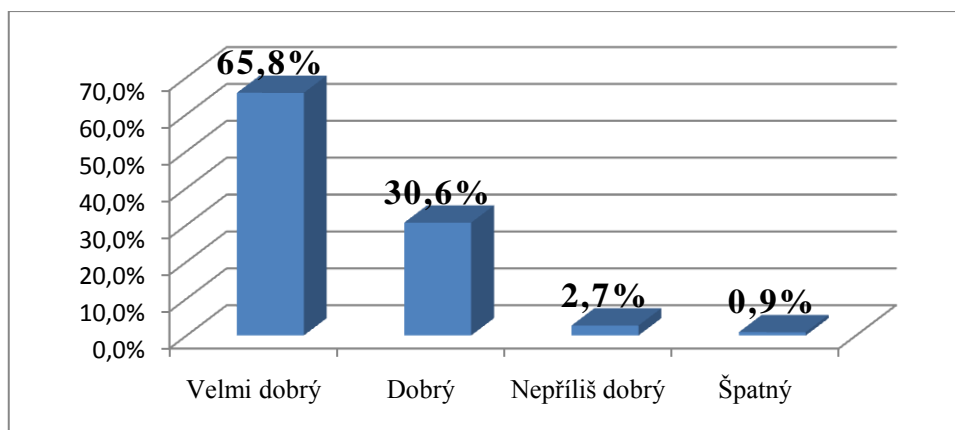
Ze 108 respondentů (100 %) jich je 43 (39,8 %) s časem ranního buzení spíše spokojeno, 38 respondentů (35,2 %) je velmi spokojeno, 20 respondentů (18,5 %) je spíše nespokojeno, 5 respondentů (4,6 %) je velmi nespokojeno a 2 respondenti (1,9 %) označili možnost nevím.

Graf 26 Spokojenost respondentů s kvalitou jídla ve zdravotnickém zařízení



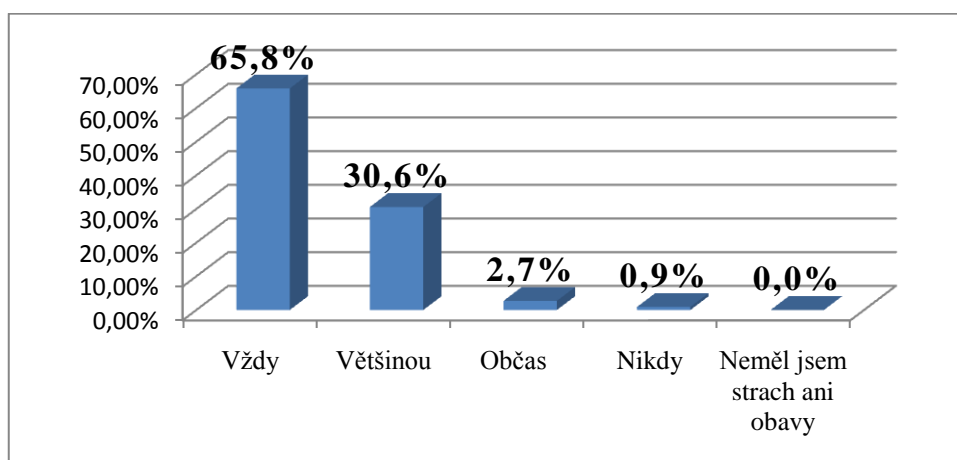
Ze 108 respondentů (100 %) jich kvalitu jídla ve zdravotnickém zařízení ohodnotilo 69 (63,9 %) jako spíše dobrou, 20 respondentů (18,5 %) ji ohodnotilo jako spíše špatnou, pro 10 respondentů (9,3 %) je kvalita jídla velmi dobrá, pro 6 respondentů (5,6 %) je naopak velmi špatná. Tři respondenti (2,7 %) nemocniční stravu nejedli.

Graf 27 Zhodnocení vztahu k ošetřující sestře z hlediska důvěry respondentů



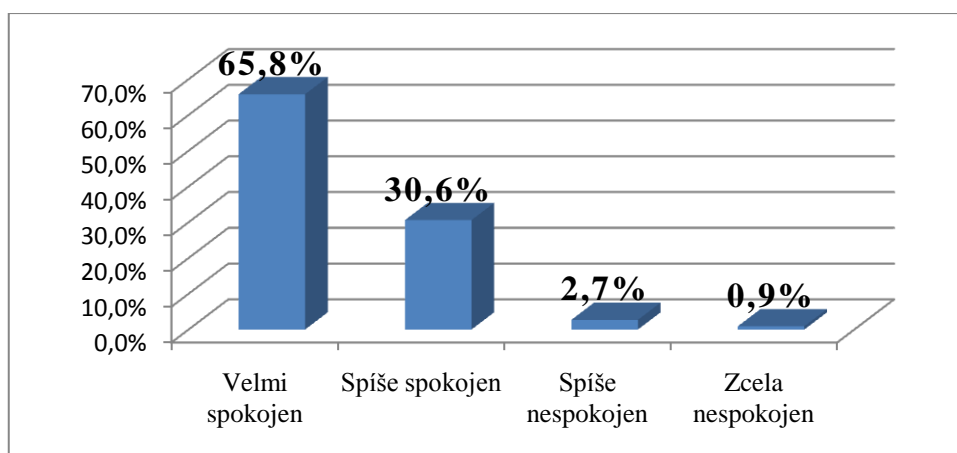
Ze 108 respondentů (100 %) jich 71 (65,8 %) zhodnotilo svůj vztah k ošetřující sestře z hlediska důvěry jako velmi dobrý, 33 respondentů (30,6 %) jako dobrý, 3 respondenti (2,7 %) označili svůj vztah k sestře jako nepříliš dobrý a pouze 1 respondent (0,9 %) zhodnotil svůj vztah k sestře jako špatný.

Graf 28 Ochota sestry promluvit s respondentem o jeho strachu či obavách



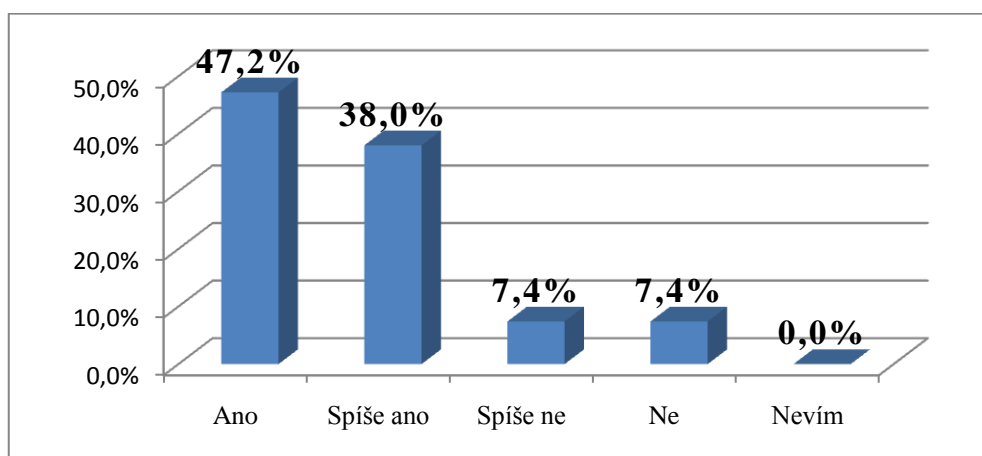
Ze 108 respondentů (100 %) jich 71 (65,8 %) označilo možnost vždy, 33 respondentů (30,6 %) označilo možnost většinou, 3 respondenti (2,7 %) vybrali možnost občas, a pouze 1 respondent (0,9 %) zvolil možnost nikdy. Žádný respondent (0 %) nevedl možnost neměl jsem strach ani obavy.

Graf 29 Spokojenost respondentů se zajištěním jejich duchovních potřeb ve zdravotnickém zařízení



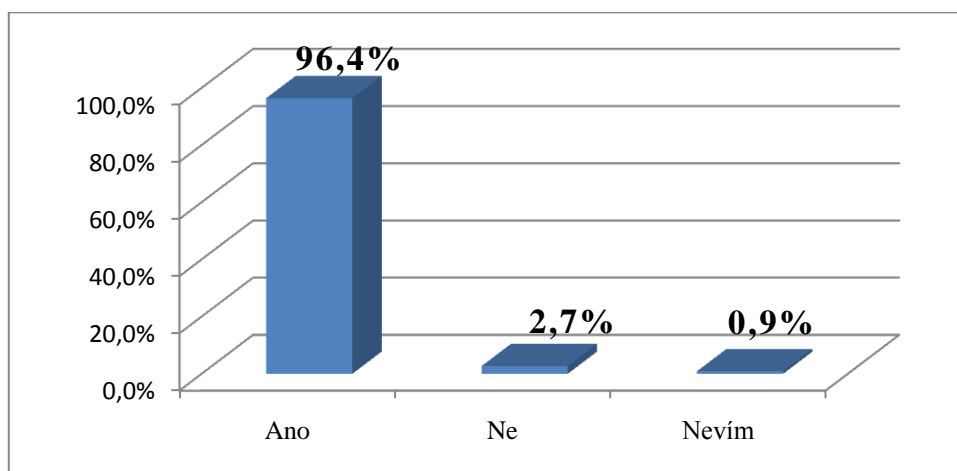
Ze 108 respondentů (100 %) jich je 71 (65,8 %) se zajištěním svých duchovních potřeb velmi spokojeno, 33 respondentů (30,6 %) je spíše spokojeno, 3 respondenti (2,7 %) jsou spíše nespokojeni a pouze 1 respondent (0,9 %) je zcela nespokojen se zajištěním svých duchovních potřeb.

Graf 30 Spokojenost respondentů s návštěvní dobou ve zdravotnickém zařízení



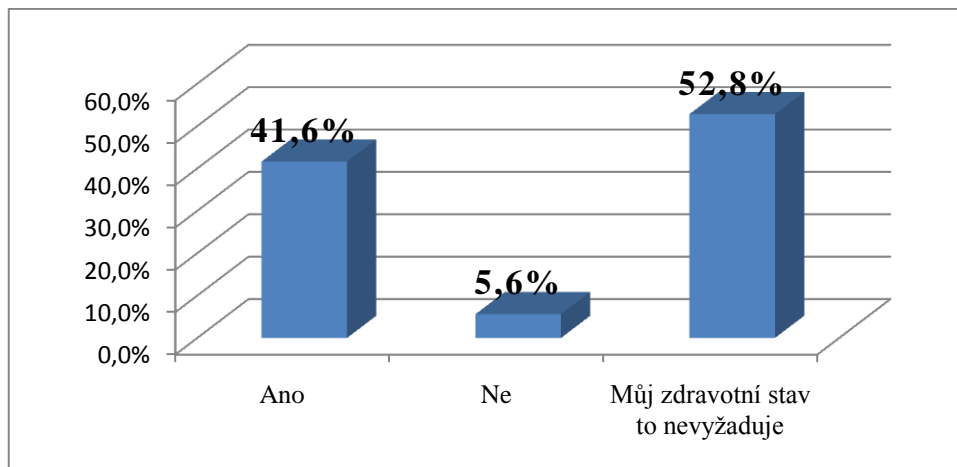
Ze 108 respondentů (100 %) jich je 51 (47,2 %) s dobou návštěv velmi spokojeno, 41 respondentů (38,0 %) je spíše spokojeno, 8 respondentů (7,4 %) je spíše nespokojeno, 8 respondentů (7,4 %) je velmi nespokojeno a žádní respondenti (0 %) neoznčili možnost nevím.

Graf 31 Příležitost rodiny hovořit s ošetřující sestrou z pohledu respondenta



Ze 108 respondentů (100 %) se jich 104 (96,4 %) domnívá, že rodina má dostatek příležitostí hovořit s ošetřující sestrou. Tři respondenti (2,7 %) uvedli, že rodina nemá dostatek příležitostí hovořit s jejich ošetřující sestrou a 1 respondent (0,9 %) uvedl, že neví.

Graf 32 Nabídka pomoci při zajištění domácí péče po propuštění respondentů ze zdravotnického zařízení



Ze 108 respondentů (100 %) jich 57 (52,8 %) označilo možnost, že jejich zdravotní stav nevyžaduje zajištění domácí péče, 45 respondentů (41,6 %) uvedlo, že jim sestry tuto možnost nabízely a 6 respondentů (5,6 %) si není vědomo, že by jim sestry možnost domácí péče nabízely.

Na otázku 33, zda jsou ještě nějaké důležité informace, které by nám respondenti chtěli sdělit a nebyly obsaženy v předchozích otázkách, žádný z respondentů neodpověděl. Otázka byla otevřená, k volné odpovědi respondentů.

4.2 Statistické zpracování - kontingenční tabulky

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí

Kontingenční tabulka 1 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k pohlaví respondentů

			Spokojenost s ošetrovatelskou péčí			
			Spokojen a spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen a nespokojen	Celkem
Pohlaví respondentů		Muž	51	4	1	56
		Žena	42	4	6	52
		Celkem	93	8	7	108
Počet % ze všech		Muž	91,1%	7,1%	1,8 %	100 %
		Žena	80,8%	7,7%	11,5 %	100 %
		Celkem	86,1%	7,4%	6,5%	100 %
Znaménkové schéma		Muž	o	o	-	
		Žena	o	o	+	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); ++/-- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Odpovědi respondentů v otázce spokojenosti s ošetrovatelskou péčí byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (spíše spokojen a spokojen, průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen)

Na položenou otázku, jak jsou respondenti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, muži převážně odpověděli, že jsou „spokojeni a spíše spokojeni“ (91,1 %) a „průměrně spokojeni“ (7,1 %). U žen převládaly možnosti „spokojen a spíše spokojen“ v 80,8 % případů a 7,7 % žen je s péčí průměrně spokojeno. Možnost „spíše nespokojen a nespokojen“ zvolilo 1,8 % mužů a 11,5 % žen. Procentuální výsledky v kontingenční tabulce ukazují, že ženy jsou s ošetrovatelskou péčí méně spokojeny než muži. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje nejvýznamnější rozdíly v odpovědích respondentů uvnitř kontingenční tabulky. Kdy ženy vyjadřovaly významně vyšší nespokojenost s ošetrovatelskou péčí než muži. Na rozdíl od spokojenosti, kde významné rozdíly mezi pohlavím nebyly zjištěny.

Kontingenční tabulka 2 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k věku respondentů

			Spokojenost s ošetrovatelskou péčí			
			Spokojen a spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen a nespokojen	Celkem
Věk respondentů		Do 30 let	19	3	2	24
		31-50 let	40	3	5	48
		51 a více let	34	2	0	36
		Celkem	93	8	7	108
Počet % ze všech		Do 30 let	79,2 %	12,5 %	8,3 %	100 %
		31-50 let	83,3 %	6,3 %	10,4 %	100 %
		51 a více let	94,4 %	5,6 %	0 %	100 %
		Celkem	86,1 %	7,4 %	6,5 %	100 %
Znaménkové schéma		Do 30 let	o	o	o	
		31-50 let	o	o	o	
		51 a více let	o	o	o	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); ++/-- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Odpovědi respondentů v otázce spokojenosti s ošetrovatelskou péčí byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou (spokojen a spíše spokojen, průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen).

Na otázku, zda jsou respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí, volila skupina respondentů do 30ti let převážně možnost „spokojen a spíše spokojen“ (79,2 %) a „průměrně spokojen“ (12,5 %). Možnost „spíše nespokojen a nespokojen“ označilo 8,3 % respondentů z této skupiny. Skupina respondentů od 31-50 let jsou s ošetrovatelskou péčí v 83,3 % případů spokojeni a spíše spokojeni. V 6,3 % případů jsou s péčí průměrně spokojeni. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno s ošetrovatelskou péčí je 10,4 % respondentů ve věku 31-50 let. Skupina respondentů ve věku 51 a více let jsou v 94,4 % případů spokojena či spíše spokojena a průměrně spokojena v 5,6 % případů. Žádný respondent ve skupině 51 a více let neoznačil možnost „spíše nespokojen nebo nespokojen“. Rozdíly mezi odpověďmi jsou zanedbatelné. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje významné vztahy v kontingenční tabulce. Dle znaménkového schématu nejsou významné rozdíly ve spokojenosti s ošetrovatelskou péčí mezi jednotlivými věkovými skupinami respondentů.

Kontingenční tabulka 3 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu ke vzdělání respondentů

		Spokojenost s ošetrovatelskou péčí			
		Spokojen a spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen a nespokojen	Celkem
Vzdělání respondentů	Maturita	41	3	2	46
	Vysokoškolské	24	2	4	30
	Vyučen	28	3	1	32
	Celkem	93	8	7	108
Počet % ze všech	Maturita	89,1%	6,5%	4,4 %	100 %
	Vysokoškolské	80,0%	6,7%	13,3 %	100 %
	Vyučen	87,5%	9,4%	3,1 %	100 %
	Celkem	86,1%	7,4%	6,5 %	100 %
Znaménkové schéma	Maturita	o	o	o	
	Vysokoškolské	o	o	o	
	Vyučen	o	o	o	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); ++/-- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Odpovědi respondentů v otázce spokojenosti s ošetrovatelskou péčí byly rekategorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou (spokojen a spíše spokojen, průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen).

Na danou otázku odpovídali respondenti s různým stupněm vzdělání podobně. Respondenti s maturitou jsou na 89,1 % spíše nebo spokojeni a průměrně spokojeni v 6,5 % případů, stejně tak i respondenti s vysokoškolským vzděláním, kteří jsou na 80,0 % spíše spokojeni nebo spokojeni a průměrně spokojeni (6,7 %). Respondenti s učebním oborem jsou v 87,5 % případů spokojeni či spíše spokojeni a průměrně spokojeni v 9,4 % případů. Respondenti s učebním oborem volili nejméně odpověď „spíše nespokojen a nespokojen“ (3,1 %) a nejvíce byli spíše nespokojeni či nespokojeni s ošetrovatelskou péčí vysokoškoláci (13,3 %). Rozdíly mezi odpověďmi jsou z procentuálního hlediska zanedbatelné. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje významné vztahy v kontingenční tabulce. Dle znaménkového schématu nejsou významné rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými skupinami respondentů s odlišným typem vzdělání.

Kontingenční tabulka 4 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k rodinnému zázemí respondentů

		Spokojenost s ošetrovatelskou péčí			
		Spokojen a spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen a nespokojen	Celkem
Rodinné zázemí respondentů	Žijící samostatně	49	3	1	53
	Žijící ve společné domácnosti	44	5	6	55
	Celkem	93	8	7	108
Počet % ze všech	Žijící samostatně	92,4 %	5,7 %	1,9 %	100 %
	Žijící ve společné domácnosti	80,0 %	9,1 %	10,9 %	100 %
	Celkem	86,1 %	7,4 %	6,5 %	100 %
Znaménkové schéma	Žijící samostatně	o	o	o	
	Žijící ve společné domácnosti	o	o	o	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); ++/-- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Rodinné zázemí respondentů bylo rekatégorizováno z 5 možností (vdaná/ženatý, nesezdané soužití, rozvedený/á, svobodný/á, vdovec/vdova) na 2 možnosti: respondenti žijící samostatně a na respondenty žijící ve společné domácnosti. Odpovědi respondentů v otázce spokojenosti s ošetrovatelskou péčí byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (spokojen a spíše spokojen, průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen).

Na kladenou otázku respondenti žijící samostatně více využívali kladné hodnocení „spokojen a spíše spokojen“ (92,4 %) než respondenti žijící ve společné domácnosti, kteří možnost „spokojen a spíše spokojen“ označili v 80,0 % případů. Hodnotící škálu „spíše nespokojen a nespokojen“ označili více respondenti žijící ve společné domácnosti (10,9 %). Rozdíly mezi odpověďmi jsou z procentuálního hlediska zanedbatelné. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje významné vztahy v kontingenční tabulce. Dle znaménkového schématu nejsou významné rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými skupinami respondentů s odlišným rodinným zázemím.

Kontingenční tabulka 5 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k ekonomickému postavení respondentů

		Spokojenost s ošetrovatelskou péčí			
		Spokojen a spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen a nespokojen	Celkem
Ekonomické zařazení respondentů	Ekonomicky neaktivní	60	7	3	70
	Ekonomicky aktivní	33	1	4	38
	Celkem	93	8	7	108
Počet % ze všech	Ekonomicky neaktivní	85,7%	10,0%	4,3%	100 %
	Ekonomicky aktivní	86,8%	2,7%	10,5%	100 %
	Celkem	86,1%	7,4%	6,5%	100 %
Znaménkové schéma	Ekonomicky neaktivní	o	o	o	
	Ekonomicky aktivní	o	o	o	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Ekonomické postavení respondentů bylo rekatégorizováno z 8 možností (nezaměstnaný/á, starobní důchodce/kyně, invalidní důchodce/kyně, žena/muž na mateřské/rodičovské dovolené, žena/muž v domácnosti, student/ka, zaměstnaný/á, OSVČ) na 2 možnosti: ekonomicky aktivní a ekonomicky neaktivní respondenti. Odpovědi respondentův otázce spokojenosti s ošetrovatelskou péčí byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (spokojen a spíše spokojen, průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen).

Na položenou otázku odpovídali ekonomicky neaktivní respondenti převážně, že jsou s ošetrovatelskou péčí v 85,7 % spokojeni nebo spíše spokojeni a průměrně spokojeni v 10,0 % případů. U ekonomicky aktivních respondentů převládaly odpovědi „spokojen a spíše spokojen“ (86,9 %) a „průměrně spokojen“ (2,6 %). Pouze 4,3 % respondentů ekonomicky neaktivních a 10,5 % respondentů ekonomicky aktivních jsou s ošetrovatelskou péčí nespokojeni. Rozdíly mezi odpověďmi obou skupin respondentů jsou z procentuálního hlediska zanedbatelné. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje významné vztahy v kontingenční tabulce. Dle znaménkového schématu nejsou významné rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými skupinami respondentů.

Kontingenční tabulka 6 Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k typu oddělení

		Spokojenost s ošetrovatelskou péčí			
		Spokojen a spíše spokojen	Průměrně spokojen	Spíše nespokojen a nespokojen	Celkem
Oddělení	Kardiochirurgie	17	1	0	18
	Kardiologie IMP	30	3	1	34
	Plicní oddělení	17	1	1	19
	Traumatologie	29	3	5	37
	Celkem	93	8	7	108
Počet % ze všech	Kardiochirurgie	94,4%	5,6%	0 %	100%
	Kardiologie IMP	88,3 %	8,8%	2,9 %	100%
	Plicní oddělení	89,4%	5,3%	5,3 %	100%
	Traumatologie	78,4 %	8,1%	13,5 %	100%
	Celkem	86,1%	7,4%	6,5 %	100%
Znaménkové schéma	Kardiochirurgie	o	o	o	
	Kardiologie IMP	o	o	o	
	Plicní oddělení	o	o	o	
	Traumatologie	o	o	+	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); ++/-- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Odpovědi respondentů v otázce spokojenosti s ošetrovatelskou péčí byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (spokojen a spíše spokojen, průměrně spokojen, spíše nespokojen a nespokojen).

Na položenou otázku, zda jsou respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí, odpovídali respondenti hospitalizovaní na kardiochirurgii nejčastěji „spokojen a spíše spokojen“ (94,4 %) a „průměrně spokojen“ (5,6 %). Respondenti na kardiologii IMP jsou spokojeni nebo spíše spokojeni v 88,3 % případů a průměrně spokojeni v 8,8 % případů. Na plicním oddělení volili respondenti odpovědi „spokojen a spíše spokojen“ (89,4 %) a „průměrně spokojen“ (8,1 %). Odpovědi respondentů na těchto odděleních se příliš nelišily. Na traumatologii jsou respondenti na 78,4 % s ošetrovatelskou péčí spokojeni nebo spíše spokojeni, ale objevilo se zde více odpovědí „spíše nespokojen a nespokojen“ (13,5 %) než na kardiologii IMP a plicním oddělení. Na kardiochirurgii žádný z respondentů neoznačil, že je s ošetrovatelskou péčí nespokojen. Procentuální výsledky v kontingenční tabulce ukazují, že respondenti hospitalizovaní na traumatologii jsou s péčí méně spokojeni než respondenti na jiných odděleních. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje nejvýznamnější rozdíly uvnitř kontingenční tabulky. Kdy respondenti hospitalizovaní na traumatologii jsou s ošetrovatelskou péčí významně více nespokojeni či spíše nespokojeni než respondenti na jiných odděleních. Na rozdíl od spokojenosti, kde významné rozdíly s poskytovanou ošetrovatelskou péčí respondentů hospitalizovaných na různých typech oddělení nebyly zaznamenány.

5 Diskuze

Cílem práce bylo zmapovat spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k vybraným charakteristikám pacientů.

Byly stanoveny tyto hypotézy: Spokojenost pacientů se mění v závislosti na pohlaví, věku, vzdělání, typu oddělení, ekonomickému postavení, rodinnému zázemí. Pro potvrzení či nepotvrzení stanovených hypotéz a pro splnění cíle bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Díky kvantitativnímu výzkumu můžeme získat data od velkého počtu respondentů a tím získat ucelený pohled na danou problematiku. Výzkumné šetření probíhalo na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. Dotazníky byly rozdány respondentům, kteří byli hospitalizováni na kardiologii intermediární péče, plicním oddělení, kardiochirurgii a traumatologii. Na každém typu oddělení je odlišný režim i odlišné nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči, proto by výsledky výzkumu mohly být zkreslené, pokud by výzkumné šetření probíhalo pouze na jednom typu oddělení.

Výzkumný soubor obsahoval celkem 108 respondentů. Počet mužů (51,8 %) a žen (48,2 %) byl téměř shodný (Graf 1). Respondenti byli všech věkových kategorií, převažovali respondenti ve věku od 31 do 50-ti let (44,5 %), respondentů ve věku 51 a více let bylo 33,3 % a nejméně byli zastoupeni respondenti do 30-ti let (22,2 %), viz graf 2. Respondenti měli různé vzdělání. Převažovali respondenti s úplným středoškolským vzděláním s maturitou (42,6 %), vyučeno jich bylo 29,6 % a skoro stejný počet byl respondentů s vysokoškolským vzděláním (27,8 %), viz graf 3. Počet respondentů žijících ve společné domácnosti (50,9 %) a respondentů žijících samostatně (49,1 %) byl téměř shodný (Graf 4). V ekonomickém postavení převažovali respondenti ekonomicky neaktivní (64,8 %) a ekonomicky aktivních bylo 35,2 % respondentů (Graf 5).

Výzkumný soubor byl tedy velmi různorodý. Díky tomu byly získány velmi cenné informace o jejich pohledu, názoru a hodnocení poskytované ošetrovatelské péče. Využili jsme modifikovaný dotazník, který vychází ze standardizovaného dotazníku Kvalita Očima Pacientů-hodnocení lůžkové péče, který byl vytvořen v rámci projektu Kvalita Očima Pacientů. Dotazník byl rozdělen do 8 dimenzí. Každá dimenze byla

zaměřena na jinou oblast výzkumného šetření. Díky tomu byly získány komplexní informace o dané problematice.

První oblast zkoumala názor a spokojenost respondentů s přijetím do nemocnice. Z celkového počtu 108 respondentů (100 %) jich bylo do zdravotnického zařízení 59 (54,6 %) přijato akutně a 49 respondentů (45,4 %) bylo přijato plánovaně (Graf 6). Vysoký počet akutních přijetí je dán charakterem výběru oddělení, na kterých výzkum probíhal. Všechna oddělení mají vysoký počet akutních příjmů. Plánované hospitalizace jsou pro pacienty vždy lepší jak z psychické tak fyzické stránky. Výzkumný soubor obsahoval respondenty, kteří byli do zdravotnickém zařízení přijati poprvé (38,9 %) i opakovaně (35,2 %), viz graf 7. Můžeme se domnívat, že pacienti hospitalizovaní podruhé a vícekrát vnímají pobyt v nemocnici lépe, protože již vědí, jaký režim mohou očekávat a nemocniční prostředí jim již není natolik cizí. Mohou tedy pobyt vnímat s větší jistotou. Rozdílné vnímání opakované hospitalizace je však v případě recidivy onemocnění nebo reoperace. Pacient poté hospitalizaci vnímá spíše negativně.

Při každém přijetí do nemocnice probíhá administrativní příjem pacienta, vstupní vyšetření a další potřebná agenda. Tyto procedury vždy zabírají určitý čas. Ve výzkumném šetření jsme zkoumali, jak dlouhá tato doba připadá pacientům. Bylo potěšujícím zjištěním, že 45 (41,7 %) respondentů zvolilo možnost „tak akorát“, tudíž jim doba čekání na přijetí do nemocnice připadala adekvátní k jejich zdravotnímu stavu (Graf 8). V rámci kontinuálního zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské a lékařské péče by nemělo docházet ke zbytečnému prodlužování čekací doby na příjem. Tyto výsledky se potvrdily i při otázce plynulosti příjmu do zdravotnického zařízení, kdy bylo 50 respondentů (46,3 %) spíše spokojeno s plynulostí přijetí, spokojeno bylo 30 respondentů (27,8 %) a odpověď velmi spokojen označilo 13 respondentů (12,0 %), viz graf 11.

Škrla uvádí, že základním předpokladem optimálního léčebného fyzického prostředí je první dojem. Je nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu nejdůležitější. Odpovídá za to, jestli se pacient zklidní či zůstává neklidný, plný obav a strachu (10). Z výzkumného šetření vyplývá, že na 35 (32,4 %) respondentů působil první kontakt s nemocnicí velmi dobře a profesionálně. Naopak 27 respondentů (25 %) jich označilo

možnost velmi špatně (Graf 9). Zde se můžeme pouze domnívat, zda za špatný první dojem může neprofesionalita zdravotnického personálu, nevlídné nemocniční prostředí či příčina ze strany respondentů.

Druhá dimenze se zabývala plněním potřeby respektu, ohledu a úcty z pohledu pacientů. Velmi důležitá je otázka, zda pacient zná jméno své ošetřující sestry. Při prvním kontaktu by se měl každý zdravotnický pracovník pacientovi představit. Díky tomuto sdělení by získali pacienti mnohem větší důvěru ve zdravotnický personál. Je důležité, aby pacient věděl, kdo se o něj stará, na koho se může obrátit se svými potřebami, dotazy a přáními. Také to v něm zanechává pocit osobního přístupu, zodpovědnosti a respektu ze strany ošetřujícího personálu. Lze tedy říci, že výsledky našeho výzkumného šetření jsou velmi negativní. Ze 108 respondentů (100 %) zná jméno své ošetřující sestry pouze 57 respondentů (52,8 %), což je zhruba polovina (Graf 12). Tyto výsledky by měly být alarmující. Podle dostupných výsledků výzkumu HealthCare Institute se v roce 2009 sestry představily v 50 % a lékaři se představili v 73 % (34). Tyto výsledky potvrzuje i naše výzkumné šetření. Přitom pozdrav a představení se by mělo být základem slušného chování pro všechny zdravotnický personál. Je žádoucí, aby v této oblasti došlo velmi brzy ke změně. Pozitivním zjištěním je, že ze 108 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, zda jsou dle jejich názoru ošetřování s respektem, úctou a ohledem 41 dotazovaných (38,0 %) určitě ano a 35 respondentů (32,4 %) odpovědělo, že většinou ano (Graf 14). Tyto výsledky lze považovat za kladné, neboť i přes zvyšující se nároky na poskytovanou ošetrovatelskou a léčebnou péči ze strany pacientů, zůstává pacient na prvním místě zájmu zdravotnického personálu. Dle Zacharové významnou roli hraje profesionální přístup, který je základem ošetrovatelské péče zdravotnických pracovníků (35).

Třetí oblastí zájmu našeho výzkumného šetření byla koordinace a integrace péče z pohledu pacientů. V této oblasti jsme se zaměřili na dosažitelnost zdravotnického personálu v rámci oddělení a na získávání protichůdných informací od zdravotnických pracovníků. Zacharová ve své publikaci uvádí, že zdravotnický pracovník musí umět využít všech dostupných forem komunikačních dovedností tak, aby nemocného psychicky podpořil a vhodně motivoval v diagnosticko-terapeutickém procesu. Je nutné

dávat pacientovi na vědomí jeho lidské hodnoty a jedinečné postavení v celém ošetrovatelském a léčebném systému zdravotnické péče (35). Odlišné informace jsou pro pacienty velmi matoucí a mohou zasáhnout i do jejich důvěry ve zdravotnický personál. Proto jsou výsledky našeho výzkumu potěšující. Ukazují, že 73 respondentů (67,6 %) nikdy nedostalo od zdravotnického personálu odlišné informace (Graf 15). S dosažitelností zdravotnického personálu jsou respondenti také spokojeni, kdy 48 respondentů (44,4 %) zvolilo možnost „spíše ano“ a 28 respondentů (25,9 %) označilo možnost „určitě ano“, viz graf 16.

Co se týče otázky zajištění soukromí při vyšetřeních, nejsou naše výsledky nikterak pozitivní. Nejvíce respondentů (48,2 %) má pocit soukromí při vyšetřeních pouze občas a dokonce 25 respondentů (23,1 %) zvolilo možnost, že soukromí při vyšetření jim nebylo zajištěno nikdy (Graf 17). Přitom zbytečné odhalování či nepřiměřený počet zdravotnického personálu při vyšetřeních může být pro pacienta až traumatizujícím zážitkem. Pocit studu a zahanbení by v současné době již neměl mít v nemocnici vůbec místo. Zajištění soukromí by mělo být samozřejmostí za všech okolností. Zacharová uvádí, že zdravotnický pracovník si při své každodenní práci musí plně uvědomit, že to, co nemocný prožívá, čím prochází, je pro něj zcela nové, nepoznané. Veškerá činnost zdravotnického personálu silně zasahuje do soukromí nemocného, dotýká se jeho vlastního „Já“. Každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně: podle individuálních rysů své osobnosti i podle situace, v jaké se právě nachází (35).

Další dimenze se zabývala informacemi a komunikací. Zde byly hlavními body našeho zájmu informace, které poskytují sestry pacientům. Výzkumné šetření se zabývalo tím, zda pacienti rozumí a chápou sdělení sestry. Komunikace a zpětná vazba je základním předpokladem vzájemné spolupráce mezi ošetřujícím personálem a pacientem vedoucí k jeho uzdravení, rehabilitaci či edukaci. Šamánková ve své publikaci *Základy ošetrovatelství* uvádí, že je třeba si uvědomit, že pacient přicházející do nemocnice je rozrušen a schopnost jeho soustředění je snížena, takže pravděpodobně řadu informací zapomene nebo přeslechne. Začínáme tedy nejdůležitějšími informacemi, protože ty počáteční si lépe zapamatuje. Jednoduché a pravdivé vysvětlení toho, co pacienta očekává, jaká vyšetření budou u něho provedena, může hodně pomoci

(12). Z našich výsledků vyplývá, že ze 108 respondentů (100 %) jich 32 (29,6 %) většinou rozumí odpovědi sestry, 30 respondentů (27,8 %) vždy chápe odpověď sestry, 30 respondentů (27,8 %) rozumí občas sdělení sestry, 11 respondentů (10,2 %) se sestry na žádnou otázku neptá a nikdy nerozumí odpovědi sestry 5 respondentů (4,6 %), viz graf 20.

S touto otázkou úzce souvisí i otázka seznámení pacientů s Právy pacientů. Každý pacient má svá práva, která jsou závazná a neporušitelná. Pacient by měl tyto práva znát a být s nimi při příchodu do nemocničního zařízení seznámen. Výsledky výzkumného šetření potvrzují, že v současné době již jsou pacienti seznámeni se svými právy téměř ve všech případech. Z výzkumného souboru pouze 4 respondenti (3,7 %) označili, že neví a 2 respondenti (1,9 %) seznámeni nebyli (Graf 21). Zde je nutné zdůraznit, že ne vždy aktuální zdravotní stav pacienta dovoluje, aby byl se svými právy seznámen při přijetí do zdravotnického zařízení. Je to však nutné napravit hned, jak je to možné.

Pátá dimenze byla zaměřena na spokojenost pacientů s tělesným pohodlím. Velice překvapivé jsou výsledky odpovědí pacientů, zda byl jejich spánek v nemocničním zařízení rušen nějakým hlukem. Z vlastní zkušenosti při práci na jednotce IMP vím, že je zde neustálý provoz i v noci. Sestry zde pravidelně měří krevní tlak, monitorují pacienta, podávají mu léky či infuze a plní další ordinace lékaře. I když v nočních hodinách platí přísnější režim pro hluk, sestry se mu neubrání. Přesto však 73 respondentů (67,5 %) označilo, že je noční hluk neruší (Graf 22).

Zde stojí za povšimnutí i výsledky spokojenosti pacientů s dobou ranního buzení (Graf 25). Zde byly výsledky výzkumného šetření vyrovnané, rozmělněné do celé hodnotící škály. Domníváme se, že je to způsobeno individuálními potřebami každého pacienta, odlišným režimem, na který byli pacienti zvyklí doma, věkem i aktuálním zdravotním stavem.

Dále jsme se v této dimenzi zabývali i spokojeností pacientů s čistotou pokojů, toalet a sprch. Je nutné říci, že oddělení procházejí v poslední době rozsáhlými rekonstrukcemi. Pokoje i sociální zařízení se stávají moderněji a účelově zařízené. Jejich čistotu zajišťuje jednak externí úklidová firma či zaměstnanci úklidové služby

nemocnice, dozor nad pracovníky provádí staniční či vrchní sestra jednotlivých oddělení a vedoucí pracovníci úklidové firmy. Z výsledků vyplývá, že 64 respondentů (59,3 %) je s čistotou pokojů a sociálního zařízení spíše spokojeno a 37 respondentů (34,3 %) je velmi spokojeno (Graf 23, 24).

Dalším důležitým aspektem je hodnocení kvality jídla ve zdravotnickém zařízení. Zde je nutné zdůraznit, že nemocniční strava podléhá přísným nárokům zdravotního stavu pacientů. Na jejím složení se podílí nutriční terapeut. Z výsledků vyplývá, že ze 108 respondentů (100 %) jich kvalitu jídla ve zdravotnickém zařízení ohodnotilo 69 (63,9 %) jako spíše dobrou, 20 respondentů (18,5 %) ji ohodnotilo jako spíše špatnou, pro 10 respondentů (9,3 %) je kvalita jídla velmi dobrá, pro 6 respondentů (5,6 %) je naopak velmi špatná. Tři respondenti (2,7 %) nemocniční stravu nejedli (Graf 26).

Další dimenze dotazníkového šetření se zabývala citovou oporou. Výsledky výzkumného šetření jsou velice potěšující. Pro většinu pacientů (96,4 %) je citová opora, kterou jim poskytují sestry, dostatečná. Pobyt v nemocnici je pro většinu pacientů novou životní zkušeností. Cizí nemocniční prostředí s velmi omezeným osobním prostorem je pro velkou část pacientů stresující. Sestra je v tuto chvíli nepostradatelnou bytostí. Je zprostředkovatelem mezi pacienty a lékařem, tráví s pacienty mnohem více času a získává jejich důvěru. Zacharová uvádí, že sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problému a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje porozumění, pochopení a laskavost (35). Proto je velice pozitivní, že 71 respondentů (65,8 %) zhodnotilo svůj vztah k ošetřující sestře z hlediska důvěry jako velmi dobrý (Graf 27). Důvěra je základním kamenem pro kvalitní vztah mezi pacienty a sestrou.

Sedmá dimenze se zabývala spokojeností pacientů se zapojením jejich rodiny do léčby. Zacharová uvádí, že nemoc člověka působí na jeho rodinný život převážně negativně (35). V každém případě se naruší rovnováha rodinného života a čím déle nemoc trvá, zvláště je-li nemocný hospitalizován, tím větší tendenci má rodina zařídit se bez nemocného a vytvořit novou rovnováhu. Je evidentní, že tato situace působí

nemocnému starosti a je vděčný, když o tom může mluvit s někým, kdo mu rozumí. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Z tohoto pohledu je vhodné věnovat pozornost návštěvám u hospitalizovaného nemocného. Respondenti hodnotili spokojenost s dobou návštěv. Zde je nutné zdůraznit, že doba návštěv již není natolik striktní, jako tomu bylo v dřívějších dobách. Na většině oddělení již jsou návštěvy umožňovány po předchozí domluvě s ošetřujícím personálem téměř kdykoliv. Tomuto trendu odpovídají i výsledky výzkumného šetření, kdy pouze 8 respondentů (7,4 %) je spíše nespokojeno a stejný počet je velmi nespokojen s dobou návštěv (Graf 30). Zacharová dále uvádí, že ve většině případů je rodina aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení nemocného. Je potřeba, aby rodina byla spojencem zdravotníků. S rodinnými příslušníky je proto potřeba pravidelně hovořit, abychom je získali pro vzájemnou spolupráci a pomohli tím i spolupráci nemocných se zdravotníky (35). Respondenti hodnotili i možnost rodinných příslušníků hovořit s ošetřující sestrou. Tuto možnost hodnotili velmi pozitivně. Ze 108 respondentů (100 %) se jich 104 (96,4 %) domnívá, že rodina má dostatek příležitostí hovořit s ošetřující sestrou (Graf 31). Celkově lze říci, že pacienti hodnotí zapojení své rodiny do léčby velmi kladně.

Poslední osmá dimenze se zabývala propuštěním a pokračováním v péči po propuštění. Rozsypalová uvádí, že návrat zdraví, rekonvalescence probíhají mnohem úspěšněji, může-li být nemocný ve svém navyklém domácím prostředí. Hospitalizace je nákladná záležitost, která má vedle pozitivních i mnoho negativních stránek. Proto není třeba nechávat v nemocnici nemocného zbytečně dlouho. Jakmile to jeho stav a možnosti jeho doléčení dovolí, je propuštěn do domácího ošetření. Propuštění je vždy předem plánováno a dohodnuto s nemocným i jeho rodinou. Před propuštěním by měli být nemocný i jeho rodina dobře poučeni a připraveni na další život (36).

Pro přehlednost získaných údajů, jejich prezentaci a potvrzení či nepotvrzení stanovených hypotéz této práce byly dále výsledky výzkumného šetření zpracovány statistickou metodou. Byla použita analýza adjustovaných reziduí, která určuje významnost odchylek dat a očekávaných hodnot, v textu zobrazená pomocí Znaménkových schémat v kontingenční tabulce.

První výzkumná hypotéza předpokládala, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví. Výsledky výzkumu ukazují, že muži jsou „spokojeni a spíše spokojeni“ (91,1 %) a „průměrně spokojeni“ (7,1 %). Zatímco ženy volily možnosti „spokojen a spíše spokojen“ v 80,8 % případů a 7,7 % žen je s péčí průměrně spokojeno. Možnost „spíše nespokojen a nespokojen“ zvolilo 1,8 % mužů a 11,5 % žen. Významné rozdíly v odpovědích mužů a žen byly potvrzeny na základě analýzy znaménkového schématu (Kontingenční tabulka 1). Ženy významně více vyjadřovaly nespokojenost s ošetrovatelskou péčí než muži. *Proto H1 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na pohlaví byla potvrzena.* Domníváme se, že tyto výsledky jsou dány především tím, že ženy jsou obecně více citlivé a vnímavější, což se vztahuje i k poskytované ošetrovatelské péči. Ženy si více všimají detailů, jsou kritičtější k druhým a více projevují nedůvěru.

Druhá hypotéza byla stanovena, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na věku. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány v kontingenční tabulce 2. Při zjišťování spokojenosti respondentů v závislosti na věku se ukázalo, že respondenti do 30ti let nejméně volili možnost „spokojen a spíše spokojen“ (79,2 %). Možnost „spíše nespokojen a nespokojen“ označilo 8,3 % respondentů z této skupiny. Respondenti ve věkové skupině od 31-50 let jsou s ošetrovatelskou péčí v 83,3 % spokojeni a spíše spokojeni. Nespokojeno nebo spíše nespokojeno s ošetrovatelskou péčí je 10,4 % respondentů ve věku 31-50 let. Skupina respondentů ve věku 51 a více let nejvíce označila možnost spokojen či spíše spokojen (94,4 %). Přestože procentuální rozdíly ve spokojenosti s ošetrovatelskou péčí v závislosti na věku respondentů byly zaznamenány, dle znaménkového schématu, které odhaluje statisticky významné rozdíly v odpovědích uvnitř kontingenční tabulky, nebyly tyto rozdíly v odpovědích statisticky významné. Proto druhá hypotéza *H2 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na věku se nepotvrdila.* Toto je velmi zajímavé, neboť jsme se domnívali, že pacienti různých věkových kategorií budou kvalitu poskytované péče hodnotit dle odlišných potřeb a nároků ve vztahu ke svému věku. Domnívali jsme se, že pacienti vyššího věku budou s poskytovanou ošetrovatelskou péčí méně spokojeni v souvislosti se zpoplatněním

zdravotnických služeb. Během své praxe jsem se mnohokrát setkala s negativním přístupem ke zdravotnickým poplatkům. Pacienti vyššího věku často argumentují tím, že si celý život platili zdravotní pojištění a teď nevidí důvod, proč mají za poskytovanou péči platit. Domnívají se, že by péče měla být nadstandartní. Toto však výsledky výzkumného šetření neukázaly.

Na základě prostudování odborné literatury a dostupných zdrojů byla dále stanovena *třetí hypotéza, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na vzdělání*. Tuto hypotézu nám výsledky výzkumného šetření nepotvrzují (Kontingenční tabulka 3). Na danou otázku odpovídali respondenti s různým stupněm vzdělání podobně. Respondenti s maturitou jsou na 89,1 % spíše nebo spokojeni, stejně tak i respondenti s vysokoškolským vzděláním, kteří jsou na 80,0 % spíše spokojeni nebo spokojeni. Respondenti s učebním oborem jsou v 87,5 % případů spokojeni či spíše spokojeni. Respondenti s učebním oborem volili nejméně odpověď „spíše nespokojen a nespokojen“ (3,1 %) a nejvíce byli spíše nespokojeni či nespokojeni s ošetrovatelskou péčí vysokoškoláci (13,3 %).

Přestože procentuální rozdíly ve spokojenosti s ošetrovatelskou péčí v závislosti na vzdělání respondentů byly zaznamenány, dle znaménkového schématu, které odhaluje statisticky významné rozdíly v odpovědích uvnitř kontingenční tabulky, nebyly tyto rozdíly v odpovědích statisticky významné. Proto *třetí hypotéza H3 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na vzdělání se nepotvrdila*. Tyto výsledky jsou velmi překvapivé. Domnívali jsme se, že pacienti s odlišným stupněm vzdělání budou poskytovanou ošetrovatelskou péčí hodnotit dle odlišných kritérií. Domnívali jsme se, že pacienti s vyšším stupněm vzdělání budou více aktivně vyhledávat informace o svém onemocnění, komplikacích a léčbě, tudíž budou více kritičtí k poskytované ošetrovatelské péči. Výsledky výzkumného šetření však naši domněnku vyvracejí.

Čtvrtá hypotéza byla stanovena, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na typu oddělení. Ve výzkumném šetření jsme se zabývali otázkou rozdílné spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v závislosti na typu oddělení, kde byli respondenti hospitalizováni. Výzkumné šetření probíhalo na

kardiologii intermediární péči, plicním oddělení, kardiochirurgii a traumatologii. Ze získaných odpovědí bylo statisticky prokázáno, že pacienti hospitalizovaní na traumatologii jsou s poskytovanou ošetrovatelskou péčí spokojeni nejméně (Kontingenční tabulka 6).

Na položenou otázku, zda jsou respondenti spokojeni s ošetrovatelskou péčí, odpovídali respondenti hospitalizovaní na kardiochirurgii nejčastěji „spokojen a spíše spokojen“ (94,4 %). Respondenti na kardiologii IMP jsou spokojeni nebo spíše spokojeni v 88,3 %. Na plicním oddělení volili respondenti odpovědi „spokojen a spíše spokojen“ (89,4 %). Odpovědi respondentů na těchto odděleních se příliš nelišily. Na traumatologii jsou respondenti na 78,4 % s ošetrovatelskou péčí spokojeni nebo spíše spokojeni, ale objevilo se zde více odpovědí „spíše nespokojen, nespokojen“ (13,5 %), než na kardiologii IMP a plicním oddělení. Na kardiochirurgii žádný z respondentů neoznačil, že je s ošetrovatelskou péčí nespokojen. Procentuální výsledky v kontingenční tabulce ukazují, že respondenti hospitalizovaní na traumatologii jsou s péčí méně spokojeni než respondenti na jiných odděleních. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje nejvýznamnější rozdíly uvnitř kontingenční tabulky. Kdy respondenti hospitalizovaní na traumatologii jsou s ošetrovatelskou péčí významně více nespokojeni či spíše nespokojeni než respondenti na jiných odděleních. Na rozdíl od spokojenosti, kde významné rozdíly s poskytovanou ošetrovatelskou péčí respondentů hospitalizovaných na různých typech oddělení nebyly zaznamenány.

Bylo by však zajímavé provést rozsáhlejší výzkumné šetření na všech odděleních nemocnice. Výsledky by poté mohly být značně rozdílné. Domníváme se, že horší hodnocení poskytované ošetrovatelské péče na traumatologii je dáno vytížeností tohoto oddělení, obložnost lůžek je zde opravdu vysoká. *Hypotéza H4 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na typu oddělení se potvrdila.*

Pátá hypotéza byla stanovena, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na rodinném zázemí. Pro zjednodušení bylo rodinné zázemí rekatégorizováno na respondenty žijící samostatně a na respondenty žijící ve společné domácnosti. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že respondenti žijící samostatně

více využívali kladné hodnocení „spokojen a spíše spokojen“ (92,4 %) než respondenti žijící ve společné domácnosti, kteří možnost „spokojen a spíše spokojen“ označili v 80,0 % případů. Rozdíly mezi odpověďmi jsou z procentuálního hlediska zanedbatelné. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje významné vztahy v kontingenční tabulce. Dle znaménkového schématu nejsou významné rozdíly v odpovědích mezi jednotlivými skupinami respondentů s odlišným rodinným zázemím. Hypotéza *H5 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na rodinném zázemí se nepotvrdila* (Kontingenční tabulka 4).

Rodinné zázemí není důležitým faktorem pro hodnocení poskytované ošetrovatelské péče, avšak pozitivní rodinné zázemí může být přínosem pro příznivý vývoj nemoci i pro následnou domácí péči. Toto nám potvrzuje i Zacharová ve své publikaci *Zdravotnická psychologie* (35).

Dalším faktorem, který byl určující pro hodnocení poskytované ošetrovatelské péče bylo ekonomické postavení pacientů (Kontingenční tabulka 5). *Šestá hypotéza byla stanovena, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na ekonomickém postavení.* Domnívali jsme se, že pacienti ekonomicky aktivní budou poskytovanou ošetrovatelskou péčí hodnotit rozdílněji než pacienti ekonomicky neaktivní. V současné době ekonomické krize jsou finance důležitým aspektem osobního i společenského života. V poměrně krátké době došlo k rapidnímu zpoplatnění zdravotnických služeb, což se promítá do psychiky pacientů. Pro některé z nich jsou zdravotnické poplatky ekonomicky neúnosné a nevěří přínosům novely zákona o regulačních poplatcích.

Nejenom pro tyto důvody jsou výsledky výzkumného šetření překvapivé, neboť nebylo prokázáno, že je rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v závislosti k ekonomickému postavení pacientů. Na položenou otázku odpovídali ekonomicky neaktivní respondenti převážně, že jsou s ošetrovatelskou péčí v 85,7 % spokojeni nebo spíše spokojeni. U ekonomicky aktivních respondentů převládaly odpovědi „spokojen a spíše spokojen“ (86,9 %). Pouze 4,3 % respondentů ekonomicky neaktivních a 10,5 % respondentů ekonomicky aktivních jsou s ošetrovatelskou péčí nespokojeni. Přestože procentuální rozdíly ve spokojenosti s ošetrovatelskou péčí

v závislosti na ekonomickém postavení respondentů byly zaznamenány, dle znaménkového schématu, které odhaluje statisticky významné rozdíly v odpovědích uvnitř kontingenční tabulky, nebyly tyto rozdíly v odpovědích statisticky významné. Proto hypotéza *H6 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na ekonomickém postavení se nepotvrdila.*

Výzkumné šetření dále neprokázalo žádné významné rozdíly ve spokojenosti pacientů. Po celkovém zhodnocení výsledků výzkumného šetření, lze říci, že spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí je poměrně vysoká. Tyto výsledky však nelze považovat za statickou veličinu. Spokojenost pacientů je jedním z ukazatelů pro kontinuální zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské a léčebné péče. Management jednotlivých oddělení i celé nemocnice by měl spokojenost pacientů pravidelně vyhodnocovat a na základě získaných výsledků zlepšovat poskytovanou ošetrovatelskou péči na nejlepší možnou úroveň.

6 Závěr

V dnešní době celý systém zdravotnické péče prochází mnoha změnami. Jednou z nich je postavení pacienta, který se stává aktivní součástí léčebné i ošetrovatelské péče. Je středem zájmu zdravotnického personálu, jeho názory a přání jsou respektována a pro zdravotnický personál je jedním z nejdůležitějších hodnot pacientova spokojenost. Právě spokojenost pacientů je v dnešní době velmi diskutovaným a častým pojmem. Zdravotnický personál potřebuje získat validní informace o tom, jak pacient hospitalizaci vnímá, prožívá a co si o poskytované péči myslí. Díky těmto informacím může ošetřující personál lépe pochopit pacientův psychický i fyzický stav. Pro získání ucelených informací o dané problematice potřebujeme získat co možná nejvíce informací od samotných pacientů o průběhu hospitalizace a to od přijetí do zdravotnického zařízení až po propuštění. Díky vyhodnocení výsledků spokojenosti či nespokojenosti pacientů lze poté hledat chyby či nedostatky v tomto procesu. Po zjištění a nalezení nedostatků v zaběhnutém systému péče, je nutné, je co nejrychleji odstranit.

Z výsledků provedeného výzkumného šetření vyplývá, že ženy jsou významně nespokojenější s poskytnutou ošetrovatelskou péčí (11,5 %) než muži (1,8 %). Proto hypotéza H 1: Spokojenost pacientů s ošetrovatelkou péčí se mění v závislosti na pohlaví, byla potvrzena. Zároveň respondenti na traumatologii vyjadřovali významně vyšší nespokojenost s ošetrovatelskou péčí (13,5 %) než respondenti ostatních oddělení (průměrná nespokojenost činila 4,9 %). Proto H 4: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na typu oddělení, byla potvrzena.

Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí se významně nelišila v závislosti na jejich věku, vzdělání, rodinném zázemí a ekonomickém postavení, proto hypotézy H 2: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na věku, H 3: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na vzdělání, H 5: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na rodinném zázemí a H 6: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na ekonomickém postavení, nebyly potvrzeny.

6.1 Využití v praxi

Tato problematika je velice aktuálním tématem. Pacienty samotné téma zaujalo a ukázala to i jejich ochota při výzkumném šetření. Bylo by zajímavé zpracovat toto téma v širším rozsahu, například na všech odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. Tuto práci a výzkum bych chtěla využít ke zvýšení spokojenosti pacientů, poskytnout ji k prostudování sestřám na oddělení, kde výzkum probíhal a seznámit s výsledky i vedení daných oddělení a nemocnice. Praktickým výstupem práce je plakát „Spokojený pacient“ (viz Příloha 3).

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HLINICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2000. 118s. ISBN 80-7013-311-2.
2. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství I, Systémový přístup*. 2.dotisk 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 186 s. ISBN 80-246-0429-9.
3. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství II, Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 180 s. ISBN 80-246-0428-0.
4. MAREŠ, Jiří. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. Hradec Králové: Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK, 2009, roč. 89, č. 2, s. 59-64. ISSN 0032-6739.
5. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-22616-8.
6. GROHAR-MURRAY, M.E., DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
7. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
8. POCHYLOVÁ, Karla. *Koncepce českého ošetrovatelství – Základní terminologie*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 43 s. ISBN 80-7013-420 8.
9. ŠNAJDR, Marek. *Spokojenost pacientů: nedílná součást informací o kvalitě zdravotních služeb*. Praha: MZ ČR. [online]. [cit.2012-1-1].
Dostupné z: <http://jdem.cz/uhsr9>
10. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
11. BUŽGOVÁ, Radka. *Ošetrovatelství I, Historie – vzdělávání ošetrovatelství – současné ošetrovatelství – role sestry a nemocného – ošetrovatelský proces – koncepce modely a teorie – klasifikační systémy – výzkum – praxe založena na důkazech*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

12. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
13. *Metodický návod pro distribuci a sběr dotazníků pro měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů*. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* 2008. č. 3, s. 67-72. ISSN 1211-0868.
14. WILSON, Kate a Tony BUTTERWORTH. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky, Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Praha: MZČR, 2002. 118 s. ISBN 80-85047-23.
15. ROZSYPALOVÁ, M., H. SVOBODOVÁ a M. ZVONÍČKOVÁ. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 86 s. ISBN 80-247-1503-1.
16. FARKAŠOVÁ, Dana a Kolektiv. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-80-63-227-8.
17. Standard ošetrovatelské péče č. 54. *Postup při auditorské činnosti v nemocnici České Budějovice, a.s.* Nemocnice České Budějovice, a.s., 2010. 12 s.
18. STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
19. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 796 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
20. MAREŠ, Jiří. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: metody a jejich použití. *Praktický lékař*. Hradec Králové: Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 2009, roč. 89, č. 12, s. 668-674. ISSN 0032-6739.
21. RAITER, Tomáš. A proč by vlastně měl být pacient spokojen? *Medical tribune*. 2009, roč. 5, č. 13, s. A8. ISSN 1214-8911.
22. RAITER, Tomáš. *Hodnocení nemocnic*. Praha: Kvalita Očima Pacientů. [online]. [cit.2011-12-28].
Dostupné z: <http://jdem.cz/uhst7>

23. RAITER, Tomáš. 2011. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů-Fakultní nemocnice Plzeň*. Plzeň: Fakultní nemocnice Plzeň.[online].[cit.2012-1-1].
Dostupné z: <http://jdem.cz/uhsu6>
24. VLASÁKOVÁ, Dita. Komunikační audit – cesta k pacientově spokojenosti a důvěře ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 10, s. 24. ISSN 1212-0404.
25. NAKLÁDALOVÁ, M., J. VÉVODA, K. IVANOVÁ a J. MAREČKOVÁ. Pracovní spokojenost všeobecných sester na lůžkových odděleních nemocnic. *Pracovní lékařství*. Olomouc: Klinika pracovního lékařství LF UP, 2011, roč. 63, č. 1, s. 18-23. ISSN 0032-6291.
26. NOVÁKOVÁ, Jana. Spokojený personál – spokojený pacient. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: FN Motol, 2010, roč. 6, č. 2, s. 5. ISSN 1801-1349.
27. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: prevence pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
28. Metodický návod k získání a udělení certifikátu "Spokojený pacient". *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* 2010, č. 8, s. 6-8. ISSN-1211-0868.
29. SVOBODOVÁ, Michaela. Pacienti jsou v nemocnicích řízených ministerstvem spokojeni. *Zdravotnické noviny*. Praha: Redakce Zdravotnických novin, 2008, roč.57, č. 20, s. 4. ISSN 1214-7664.
30. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-2247-2713-4.
31. BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum v ošetrovatelství*. druhé přepracované a doplněné vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
32. FARKAŠOVÁ, Dana a kol., *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.české vyd. Martin: Osveta spol. s.r.o., 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
33. RAITER, Tomáš. *Kvalita Očima pacientů-hodnocení lůžkové péče*. Praha: Kvalita Očima Pacientů. [online]. [citováno 2012-01-01].

Dostupné z: <http://jdem.cz/uhsx4>

34. HEALTHCARE INSTITUTE. 2009. *Souhrnná zpráva k celostátnímu projektu „Nemocnice České republiky“*. Ostrava: HEALTHCARE INSTITUTE. [online]. [citováno 2012-03-28].
Dostupné z: <http://jdem.cz/uhsx2>
35. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
36. ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetřovatelství I, pro 1.ročník středních zdravotnických škol*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

8 Klíčová slova

Audit

Kvalita

Pacient

Spokojenost

Standard

9 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 3 Plakát „Spokojený pacient“

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zaměřený na Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí v Nemocnici České Budějovice, a.s., a cílem průzkumu je, abyste se Vy, jako pacienti, cítili v našem zdravotnickém zařízení co možná nejlépe. Vaše připomínky jsou pro nás cennými radami jak kvalitu poskytované péče neustále zlepšovat.

Dotazník je anonymní a vychází ze standardizovaného dotazníku použitého v projektu Kvalita očima pacientů. Spokojenost se zde dělí do osmi dimenzí péče, mezi které patří spokojenost s přijetím do nemocnice, respekt, ohled a úcta, koordinace a integrace péče, informace a komunikace, zapojení rodiny do léčby, tělesné pohodlí, citová opora, pokračovací péče. Získané informace budou použity pro vypracování mé bakalářské práce.

U jednotlivých otázek zvolte odpověď, která je podle Vás nevhodnější, a tu zakřížkujte.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený nad vyplňováním odpovědí.

Klímová Marcela

Studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Zdroj: "C RNDr. T. RAITER, KOP 2011"

Dotazník pro pacienty

1) Vaše pohlaví?

- 1 Muž
- 2 Žena

2) Kolik je Vám let? Uveďte prosím číslem:.....

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 5 základní neukončené
- 4 základní ukončené
- 3 vyučen/a – absolvent/ka odborného učiliště
- 2 maturita – tedy středoškolské → napište, jakého zaměření:
- 1 vysokoškolské → jakého zaměření:
jiné:

4) Jaký je Váš rodinný status?

- 1 vdaná, ženatý
- 2 v nesezdaném soužití
- 3 rozvedená/ý
- 4 svobodná/ý
- 5 vdovec/vdova

5) Jaké je Vaše ekonomické postavení?

- 1 nezaměstnaný/á
- 2 starobní důchodce/kyně
- 2 invalidní důchodce/kyně
- 3 žena/muž na mateřské/rodičovské dovolené
- 3 žena/muž v domácnosti
- 4 student/ka, učeň/ka
- 5 zaměstnaný/á na plný úvazek
- 5 OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná, na živnostenský list)

Přijetí do nemocnice

6) Byl/a jste do zdravotnického zařízení přijat/a:

- 1 akutně
- 2 plánovaně

7) Kolikrát je toto Vaše hospitalizace?

- 1 první
- 2 druhá až třetí
- 3 tři a více

8) Jak dlouhá Vám připadala doba čekání na přijetí do nemocnice vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?

- 4 byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem očekával/a
- 3 tak akorát
- 2 dlouhá
- 1 příliš dlouhá
- 0 nevím

9) Jak na Vás působil první kontakt s nemocnicí?

- 3 velmi dobře a profesionálně
- 2 průměrně
- 1 velmi špatně
- 0 nevzpomínám si

10) Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu léčby?

- 4 ano
- 3 ano, v omezené míře
- 2 ne, ačkoliv jsem je žádal/a
- 1 ne, informace jsem nežádal/a

11) Jak byste ohodnotil/a organizaci a plynulost Vašeho přijetí do zdravotnického zařízení?

- 5 velmi spokojen/a
- 4 spíše spokojen/a
- 3 spokojen/a
- 2 spíše nespokojen/a
- 1 velmi nespokojen/a

Respekt, ohled a úcta

12) Znáte jméno své ošetřující sestry?

- 2 ano, znám ji jménem
- 1 ne, neznám

13) Chcete být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě?

- 2 ano
- 1 ne

14) Cítíte celkově, že jste léčen/a s úctou a respektem?

- 4 určitě ano
- 3 většinou ano
- 2 většinou ne
- 1 vůbec ne

Koordinace a integrace péče

15) Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu ve zdravotnickém zařízení od zdravotnického personálu protichůdné informace?

- 3 nikdy
- 2 občas
- 1 často

16) Vyhovuje Vám dosažitelnost zdravotnického personálu ve zdravotnickém zařízení?

- 4 určitě ano
- 3 spíše ano
- 2 spíše ne
- 1 určitě ne
- 0 nevím

17) Máte dostatek soukromí při vyšetření a léčbě?

- 3 vždy
- 2 občas
- 1 nikdy

18) Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která je Vám zde poskytována?

- 5 výborná
- 4 velmi dobrá
- 3 dobrá
- 2 dostatečná
- 1 nedostatečná

Informace a komunikace

19) Jste celkově spokojen/a se službami zdravotnického zařízení, jako je možnost telefonovat, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.?

- 4 velmi spokojen/a
- 3 spíše spokojen/a
- 2 spíše nespokojen/a
- 1 zcela nespokojen/a
- 0 nevím

20) Když sestře položíte důležitou otázku, dostane se Vám odpovědi, které rozumíte?

- 4 vždy

- 3 většinou
- 2 občas
- 1 nikdy
- 0 neptal/a jsem se

21) Byl/a jste seznámena s Právy pacientů?

- 2 ano
- 1 ne
- 0 nevím

Tělesné pohodlí

22) Ruší Vás v noci hluk?

- 4 ne
- 3 ano, hluk ostatních pacientů
- 2 ano, hluk zaměstnanců
- 1 ano, hluk zvenčí

23) Jak jste spokojen/a s čistotou pokojů?

- 4 velmi spokojen/a
- 3 spíše spokojen/a
- 2 spíše nespokojen/a
- 1 zcela nespokojen/a

24) Jak jste spokojen/a s čistotou toalet a sprch?

- 4 velmi spokojen/a
- 3 spíše spokojen/a
- 2 spíše nespokojen/a
- 1 zcela nespokojen/a

25) Vyhovuje Vám doba ranního buzení?

- 4 ano
- 3 spíše ano
- 2 spíše ne
- 1 ne
- 0 nevím

26) Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?

- 4 velmi dobrá
- 3 spíše dobrá
- 2 spíše špatná

- 1 velmi špatná
0 nemocniční stravu jsem nejedl/a

Citová opora

27) Jak byste zhodnotil/a Váš vztah k ošetřující sestře z hlediska důvěry?

- 4 velmi dobrý
3 dobrý
2 nepříliš dobrý
1 špatný

28) Pokud máte strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- 4 vždy
3 většinou
2 občas
1 nikdy
0 neměl/a jsem strach ani obavy

29) Jak jste celkově spokojen/a s tím, jak personál zdravotnického zařízení zajišťuje Vaše duchovní potřeby?

- 4 velmi spokojen/a
3 spíše spokojen/a
2 spíše nespokojen/a
1 zcela nespokojen/a

Zapojení rodiny do léčby

30) Vyhovuje Vám doba návštěv?

- 4 ano
3 spíše ano
2 spíše ne
1 ne
0 nevím

31) Mají Vaši blízcí dostatek příležitostí hovořit s Vaší ošetřující sestrou?

- 2 ano
1 ne
0 nevím

Propuštění a pokračování péče

32) Nabídlý Vám sestry pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění ze zdravotnického zařízení (např. pečovatelská péče, sociální pracovník).

2 ano

1 ne

0 můj zdravotní stav to nevyžaduje

33) Máte nějaké připomínky a návrhy pro zlepšení ošetrovatelské péče, které nám chcete sdělit?

.....

.....

.....

.....

Příloha 2 Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní

Mgr. Jiřina Otásková, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči – Hlavní sestra

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Boženy Němcové 858/54

37087 České Budějovice

V Českých Budějovicích dne 11.1.2012

Žádost o povolení výzkumného šetření na interním a chirurgickém typu oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Vážená paní náměstkyně,

Obracím se na Vás se žádostí o povolení spolupráce s interním a chirurgickým typem oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. za účelem získání dat pro výzkumné šetření mé závěrečné práce. Jsem studentkou dálkové formy bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na ZSF JCU v Českých Budějovicích. Téma bakalářské práce je: „Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ve vztahu k vybraným charakteristikám pacientů.“

Šetření proběhne formou dotazníku (viz. Příloha).

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita respondentů.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí



Marcela Klímová

Vyjádření vedení instituce



Příloha 3 Plakát „Spokojený pacient“

Spokojenost pacienta i ideální péče



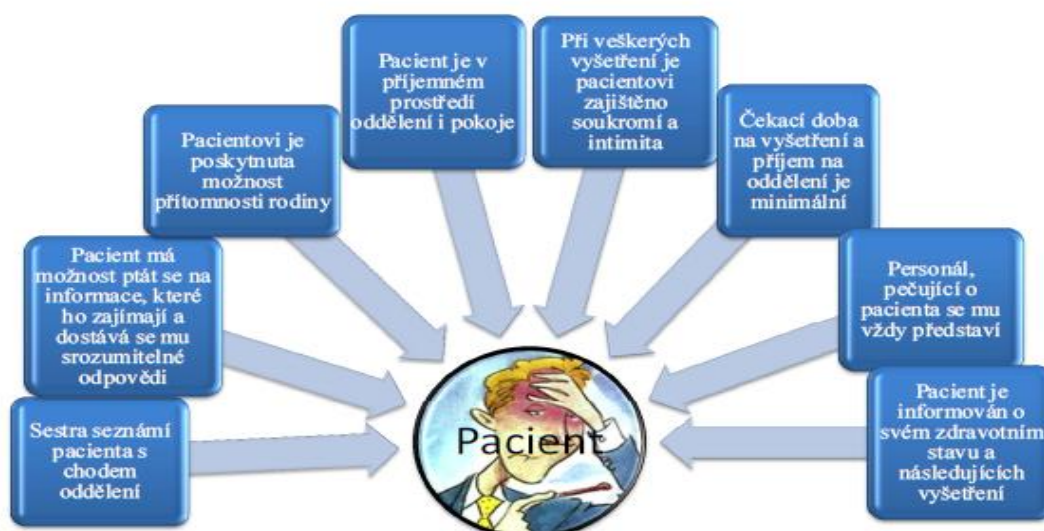
„Pacient zvidá, aniž chce znát celou pravdu. A umění odpovědět patří k nejobtížnějším medicínským disciplínám.“

Adolf Branald

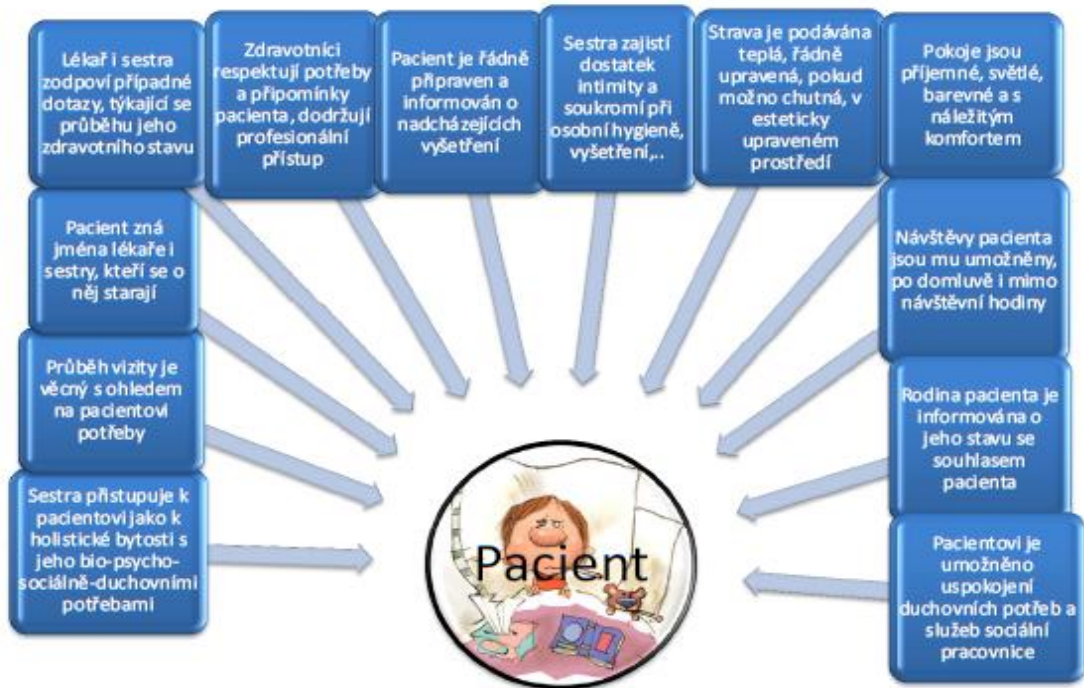
„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek.“

Hérakleitos z Efesu

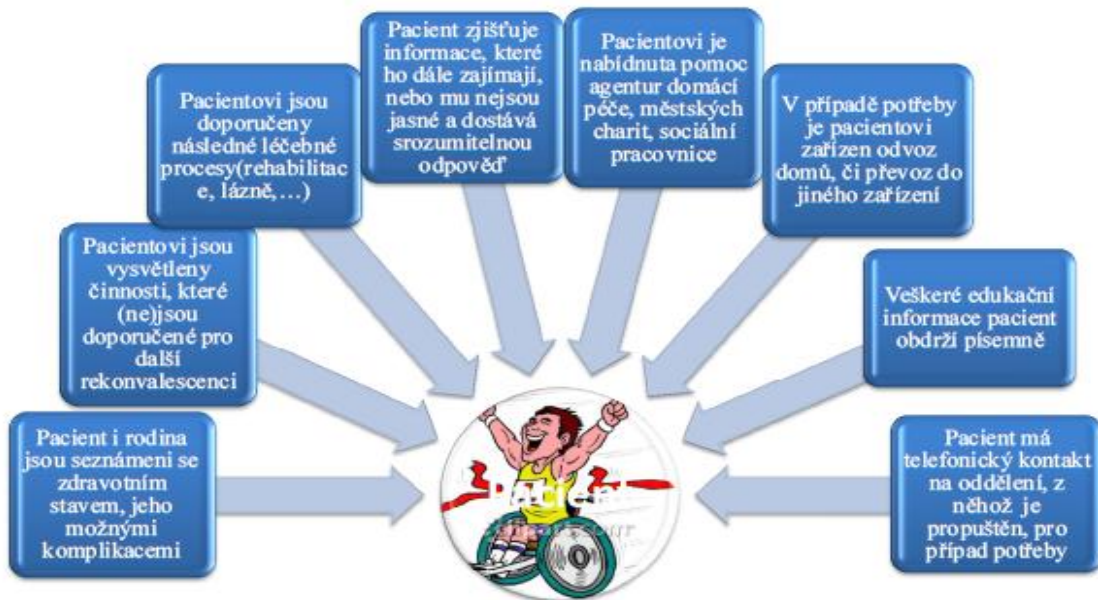
Spokojený pacient při přijetí do nemocnice



Spokojený pacient během hospitalizace



Spokojený pacient při propuštění z nemocnice



(vlastní zdroj)