

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství

Spokojenost pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče

Diplomová práce

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Bc. Jana Perlíková

2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Spokojenost pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/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.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích.....

.....

Poděkování:

Děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování diplomové práce.

Bc. Jana Perlíková

ABSTRAKT

The thesis deals with patients' satisfaction as an indicator of nursing care quality. Theoretical part is divided into five chapters and is focused on theoretical bases of nursing, quality of care, patients' satisfaction, characteristics of investigated work place and patients' laws.

In the research part I deal with patients' satisfaction with nursing care at internal wards in Hospital České Budějovice, Inc. A quantitative investigation was proved, for data collecting a method of questioning, technique of questioning was used. Research sample was created by 160 hospitalized patients.

By means of investigation were proved following working hypotheses. H 1: addressed patients are satisfied with complex nursing care, H 2: addressed patients are satisfied with nursing staff, H 3: addressed patients value medical care positively, H 4: addressed patients value hospital stay positively. On the base of questionnaires we can say that all working hypotheses were confirmed. The aim of the thesis - to find out patients' satisfaction with nursing care at internal wards in Hospital České Budějovice, Inc. was fulfilled.

It is important to follow patients' experience with nursing care and at the same time to be interested in their satisfaction as it is irretrievable source of information stating the nursing care quality from the view of patients – users of the care.

We think that information from this thesis can be used by all medical workers and other staff participating in medical care and satisfying patients' needs. The thesis can be also used by broad public. It can be also used as a teaching material for students who want concern this topic. As contemporary medical trend is mainly satisfied patient, more attention should be devoted to patients' satisfaction.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1. 1 Teoretická východiska ošetřovatelství.....	5
1. 1. 1 Ošetřovatelství a jeho vývoj.....	5
1. 1. 2 Charakteristika ošetřovatelství.....	7
1. 2 Kvalita péče.....	10
1. 2. 1 Spokojenost pacientů jako kritérium kvality péče.....	15
1. 3 Spokojenost pacientů v České republice.....	16
1. 3. 1 Modely spokojenosti pacientů.....	16
1. 3. 2 Metody sledování spokojenosti pacientů.....	18
1. 3. 3 Distribuce dotazníků a sběr dat.....	22
1. 3. 4 Zjišťování spokojenosti ve světě a v ČR.....	22
1. 3. 5 Posuzování kvality péče z pohledu pacienta.....	25
1. 3. 6 Osm kroků ke spokojenosti pacientů.....	25
1. 4 Charakteristika zkoumaného pracoviště.....	26
1. 4. 1 Historie nemocnice.....	28
1. 4. 2 Cíle nemocnice.....	29
1. 4. 3 Charakteristika interního oddělení.....	30
1. 4. 4 Charakteristika zkoumaného interního oddělení.....	31
1. 5 Práva pacientů.....	32
2. Cíl práce a hypotézy.....	34
2. 1 Cíl práce.....	34
2. 2 Hypotézy.....	34
3. Metodika.....	35
3. 1 Použitá metoda.....	35
3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	35
4. Výsledky.....	36
5. Diskuse.....	68
6. Závěr.....	78

7. Seznam použitých zdrojů.....	80
8. Klíčová slova	87
9. Přílohy.....	88
9. 1 Seznam příloh	88

ÚVOD

” Terpve když zdravý onemocní,
uvědomí si, co měl.“

(Carlyle Thomas)

Pobyť v nemocničním zařízení zná v dnešní době skoro každý z nás. Asi bychom těžko hledali někoho, kdo se s hospitalizací, ať už ve své rodině, u přátel, kolegů nebo třeba jen v sousedství, nikdy nesetkal. Ale uvědomují si lidé to, že i oni sami svými názory a připomínkami mohou přispět k větší spokojenosti a zkvalitnění ošetrovatelské péče?

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila Spokojenost pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče proto, že jsem se během své praxe setkala s mnoha pacienty, kteří nebyli spokojeni s péčí, která jim byla poskytnuta. Úroveň poskytované ošetrovatelské péče je vždycky závislá na mnoha faktorech. Především na počtu všeobecných sester, jejich osobnostních rysech, motivaci, odborné kvalifikaci, materiálním vybavení, mezilidských vztazích atd.

Cílem této práce je zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na interních odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s. K dané problematice se snažím přistupovat z pohledu všeobecné sestry, která si všímá především potřeb pacientů. Všeobecné sestry a všichni, kteří se zabývají péčí o nemocné, mají v rukou jeden z nejdůležitějších úkolů, a to rozpoznat a uspokojit všechny bio-psycho-sociální potřeby pacienta.

Zdravotnická zařízení v dnešní době již zjišťují připomínky ze strany pacientů a zjištěné nedostatky se snaží, pokud je to možné, co nejdříve odstranit. Jelikož současný zdravotnický trend je hlavně spokojený pacient, měla by být spokojenosti pacientů věnována stále větší pozornost.

Přesto, že se v posledních letech změnil termín či pojem „pacient“ na pojem „klient“, jsem se rozhodla pro tuto práci a její větší přehlednost i nadále použít pojem pacient, s čímž vás chci úvodem obeznámit.

Spokojenost pacientů je téma velice obsáhlé, přesto jsem se snažila na těchto několika stránkách poukázat na to nejpodstatnější co se spokojeností s ošetrovatelskou péčí souvisí.

1. Současný stav

1. 1 Teoretická východiska ošetřovatelství

1. 1. 1 Ošetřovatelství a jeho vývoj

Ve slovnících se pod pojmem ošetřovatelství rozumí odborná péče o nemocné, to by však mělo zahrnovat jak odbornou péči o pacienty, tak komplexní ošetřovatelskou péči o všechny věkové skupiny ve zdraví i nemoci. Ošetřovatelství jako samostatná vědecká disciplína se dostává pořád více do popředí v oblasti komplexního vnímání péče o nemocné a nabývá stále většího společenského významu. Jedná se o složitý myšlenkový proces, nikoliv jen praktické ošetřovatelské postupy. Ošetřovatelství má nezastupitelný význam nejen pro úspěšnost jednotlivých medicínských oborů a jejich pokrok, ale má velkou morálně-etickou hodnotu pro člověka jako individuum. Především pro jeho spokojenost, aby byl schopen žít bez obav o sebe, aby se nebál, že zůstane sám v utrpení, bolestech a umírání a nebál se o své blízké v nejkritičtějších chvílích jejich života. Význam ošetřovatelství každý osobně pochopí až poté, co se ocitne v kritickém stavu nebo na nemocničním lůžku. Ošetřovatelství je specifické v tom, že se týká každého člověka od narození do konce života, a proto také plní jednu z nejrozsáhlejších úloh zdravotní péče (11, 49).

Počátky ošetřovatelství sahají hluboko do minulosti. Na jeho historický vývoj měly vliv války, kulturní tradice, náboženství, sociální a hospodářská situace, rozvoj medicíny a celkový stav zdraví obyvatel. Z historického hlediska lze odlišit tři období, která se vzájemně překrývala a ovlivnila moderní ošetřovatelství. Období neprofesionální, charitativní a profesionální (11, 55).

Za historicky nejdelší a nejstarší období je pokládána tzv. laická, neprofesionální péče. Nejčastěji ji poskytují rodinní příslušníci, převážně ženy. Zděděné zkušenosti, vědomosti a moudrosti se předávaly z pokolení na pokolení. Nemocné ošetřovaly v domácnostech za použití přírodních zdrojů. V Českých zemích tento způsob péče přetrvával až do příchodu křesťanství. I dnes má svůj význam a začíná být zdravotníky znovu brána v úvahu (11, 55).

Rozvoj charitativního ošetřovatelství probíhal spolu s rozvojem křesťanství a orientoval se zejména na péči o nemocné, opuštěné děti, chudé a osoby závislé na pomoci druhých. V českých zemích jeho rozvoj úzce souvisí se zakládáním mnišských řádů, klášterů, špitálů a nemocnic. Charitativní ošetřovatelství se zaměřovalo zejména na uspokojení základních potřeb života jako jsou zajištění přístřeší, hygiena, strava, duchovní podpora a později i léčitelská péče. Období charitativní významně ovlivnilo další vývoj ošetřovatelství (11).

Profesionální ošetřovatelství, tzv. organizovaná léčebná péče, se transformovala z péče charitativní na konci 19. století. Rozvíjelo se spolu s biomedicínskými znalostmi, technologiemi a vznikem nemocnic. O profesionálním ošetřovatelství můžeme mluvit od doby „reformace ošetřovatelství“, o kterou se zasloužila Florence Nightingalová. Patří mezi tři významné osobnosti, které byly motivovány utrpením raněných na bojištích a zasloužily se o profesionalizaci ošetřovatelství. Jedná se o již zmíněnou Florence Nightingalovou, ruského chirurga Nikolaje Ivanoviče Pirogova a o Henriho Dunanta, zakladatele Červeného kříže (11, 55).

Florence Nightingalová (1820-1910) anglická ošetřovatelka, je nejznámější sestrou v historii světového ošetřovatelství a zakladatelkou ošetřovatelství organizovaného. Jako první teoretička v ošetřovatelství stanovila ve své době čtyři zásady péče. Čistotu, dostatečnou výživu, vlídné zacházení a přívětivé slovo, které se po dlouhé období staly kritériem ošetřovatelské péče. V době Krymské války vedla skupinu sester starající se o raněné vojáky v lazaretu. Celý den trávila mezi raněnými, a to i v noci. Kahan, který s sebou nosila se stal symbolem sester a dodnes je na sesterském odznaku. Zkušenosti, které získala za války, ji vedly k vydání knihy Poznámky o ošetřovatelství, která byla později přeložena do 7 jazyků včetně češtiny. Vytvořila základy ošetřovatelského vzdělání a roku 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu na světě. Florence Nightingalová se stala natolik slavnou, že den jejího narození 12. květen byl vyhlášen Mezinárodním dnem sester (11, 42, 38).

Za zakladatelku a patronku českého ošetřovatelství je pokládána Svatá Anežka Česká (Přemyslovna) (1211-1282), která jako první založila český ošetřovatelský řád, a svůj život věnovala chudým a nemocným. Další významnou osobností v historii

českého ošetřovatelství je Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, které ovlivnily vznik první české ošetřovatelské školy v Praze roku 1874. Ta po několika letech zanikla a poté až v roce 1916 byla v Praze otevřena Státní dvouletá ošetřovatelská škola. Dále roku 1928 vznikl Spolek diplomovaných sester. Po roce 1948 došlo ke sloučení ošetřovatelských, rodinných a sociálních škol pod název Vyšší sociálně zdravotní školy, který byl roku 1954 změněn na Střední zdravotnickou školu. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetřovatelská škola, která byla zrušena po roce 1960, kdy bylo zřízeno při Filozofické fakultě Univerzity Karlovy vysokoškolské studium pro učitelky SZŠ (42, 38, 16).

1. 1. 2 Charakteristika ošetřovatelství

Definice ošetřovatelství je několik, podle Světové zdravotnické organizace zní: „Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (Šamánková, 2006, s. 25).“ Definice ošetřovatelství podle Virginie Hendersonové je: „Specifická funkce sestry spočívá v pomoci individuu, nemocnému či zdravému, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví nebo jeho znovunabytí (případně ke klidné smrti), jež by mohl vykonávat sám, pokud by k tomu měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Tuto pomoc má sestra provádět takovým způsobem, který povede k co nejrychlejšímu získání soběstačnosti (WHO, Lemon, 1996, s. 44).“ Další z mnoha definic ošetřovatelství uvádí: „Ošetřovatelství má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, které by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu a vědomosti. Stejně tak je úlohou sester pomoci nemocným získat co nejrychlejší soběstačnost (Farkašová, 2006, s. 13).“

Ošetřovatelství se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Zaměřuje se především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocných a zajištění klidného umírání

a smrti. Podílí se na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivcům, rodinám i skupinám, aby byli sami schopni uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede je k sebepěči a edukuje jejich blízké v laické ošetřovatelské péči. Těm, kteří o sebe pečovat neumějí, nechtějí či nemohou, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči. Důležitá je kvalitní organizace, řízení a kontrola ošetřovatelské péče, stejně tak jako poskytování péče víceúrovňovým způsobem. Předpoklad tvoří tým pracovníků složený z ošetřovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace, jejichž kompetence jsou vymezeny stupněm vzdělání a specializací (22, 41, 23).

Hlavním cílem ošetřovatelství je komplexní a systematické uspokojování individuálních potřeb člověka, podpora a udržení zdraví, podílet se na navrácení zdraví a rozvoji soběstačnosti, zmírňovat utrpení, zabezpečit klidné umírání a důstojnou smrt, zaměřit se na prevenci, předcházet komplikacím, zapojit člověka do péče o vlastní zdraví. Při dosahování těchto cílů je důležitá spolupráce zdravotnických pracovníků s pacientem, lékaři a jinými odbornými pracovníky. Vždyť týmová spolupráce, vysoký výkon a společný cíl jsou základem úspěchu (48, 22, 55, 45).

Mezi charakteristické rysy ošetřovatelství patří holistický přístup, preventivní charakter péče, poskytování aktivní a individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, poskytování péče týmem různě kvalifikovaných pracovníků a na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem (22).

Jak již bylo zmíněno, péče o nemocného je vždy týmová a komplexní, zaměřena na celého člověka. V ošetřovatelství je pro tuto skutečnost užíván termín holistický přístup. Holistický přístup se orientuje na aspekty biologické, psychické, sociální, a spirituální, a to jak ve zdraví, tak v nemoci. Holistické ošetřovatelství chápe člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, která je ošetřována šetrnými metodami (33, 52).

Poskytování profesionální péče vyžaduje speciální dovednosti, vědomosti a postoje kvalifikované sestry. Profese sestry s sebou nese určitý systém rolí. Jedná se o očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Role sester ovlivňují vždy změny ve společnosti, nové poznatky, technologie, systém

zdravotní péče, apod., v souvislosti s tím dochází ke změnám role sestry, na což reaguje i vzdělávání sester a ošetrovatelská praxe. Role sestry je historicky podmíněná a charakterizují ji určité znaky: sestra při své práci vychází z potřeb pacienta a pochopení jeho problémů, má schopnost zajistit mu pocit jistoty a je emocionálně neutrální. V současné době plní sestra nejčastěji role poskytovatelky ošetrovatelské péče, sestry-manažerky, sestry-advokátky, sestry-edukátorky, sestry-výzkumnice, sestry-nositelky změn a sestry-mentorky. Každý člen profese musí mít představu o svých povinnostech a kompetencích i povinnostech a kompetencích druhých. Vzhledem k tomu, že péče o pacienta je komplexní, mohou se v určitých situacích některé oblasti překrývat, ne však natolik, aby zasahovaly do hlavní funkce dané profese. V České republice kompetence sester legislativně upravuje Vyhláška č. 424/2004 Sb. (11, 55, 56, 4).

Sestry tvoří největší skupinu poskytovatelů péče o pacienty a v systému zdravotní péče mají nezastupitelnou úlohu. Dle Světové zdravotnické organizace představují sestry nejdůležitější přínos do oblasti zdraví jednotlivců i skupin. V současné době je vyžadováno ošetrovatelství, které vychází z vědomostí, technických znalostí a klinických schopností sester. Z tohoto důvodu se od nich očekává kontinuální vzdělávání po celé profesní období, tzv. celoživotní vzdělávání, které jim umožňuje získávat aktuální informace, nejnovější poznatky a dovednosti. Ošetrovatelství má své vzdělávací programy a vzdělává své pracovníky na všech úrovních. V České republice se v současnosti systém zdravotnického vzdělávání přizpůsobuje normám EU tak, aby byl splněn požadavek volného pohybu pracovníků ve všech členských státech EU. Povolání všeobecných sester patří do tzv. regulovaných povolání, která jsou vzájemně nezastupitelná (49, 5, 44, 6).

Kvalitní péče o pacienty závisí rovněž na celoživotním vzdělávání těch, kdo jsou za její poskytování odpovědní. Celoživotní vzdělávání má pozitivní vliv na kvalitu péče i pacienty. Studie dokumentují, že indikátory kvality (pády pacientů, vznik dekubitů,...) jsou výrazně snižovány pomocí průběžného vzdělávání sester a odpovídajícímu počtu kvalifikovaného personálu. Zajištění vzdělávání sester má dopad také na spokojenost pacientů. Pomocí kontinuálního vzdělávání se zvyšuje schopnost sester plnit své

povinnosti dobře a efektivně. Vzdělávání u sester rozvíjí schopnost analýzy, kritického myšlení, týmové práce, komunikace a flexibility. V České republice byl přijat zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který uzákonil povinnost celoživotního vzdělávání. Jednotlivé vzdělávací aktivity, jako jsou např. stáže, konference, specializační vzdělávání a další, jsou stanoveny vyhláškou a ohodnoceny daným počtem kreditních bodů. Celoživotní vzdělávání je považováno za prohlubování kvalifikace podle zákoníku práce a navazuje na získanou odbornou způsobilost. Podstatou je, aby se sestry neustále seznamovaly s nejnovějšími poznatky ve svém oboru, a aby byly schopny tyto získané poznatky použít ve vlastní ošetrovatelské práci (1, 40, 5).

1. 2 Kvalita péče

Kvalita je v současnosti frekventovaným pojmem, zatímco v minulosti byla používána především v technické sféře, v současnosti úspěšně proniká téměř do všech oblastí lidského konání. Kvalitu lze definovat mnoha způsoby. Kareš popisuje kvalitu jako měřítko shody mezi vytyčenými cíli a poskytovanou péčí. Palmer definuje kvalitu následovně: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“ Kvalita zdravotní péče byla definována WHO již v roce 1966 jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (28, 19).

Historický vývoj kvality ve zdravotní péči má hluboké kořeny. Odkazy na kvalitu nacházíme již u Aristotela a v Hippokratově přísaze. Lékařství a zdravotní péče jako služba poskytovaná vysoce vzdělanými profesionály bylo charakterizováno výsadním právem hodnotit jeho kvalitu uvnitř odborného společenství. Ve 20. století byla tato výsada ve zdravotnictví stále více zpochybňována a postupně, přibližně v posledních 20 letech, se v zemích s nevyspělejším zdravotnictvím zavádí systém řízení a měření kvality. Oproti jiným odvětvím výroby a služeb má řadu odlišností a s tím spojené časové prodlení. Explicitně zdůrazňují význam řízení kvality zdravotní péče i programy Světové zdravotnické organizace v roce 1984 Zdraví pro všechny

a v roce 1999 v cíli 16 programu Zdraví 21. Postupně vznikají organizace jako je Spojená komise pro akreditaci zdravotnických organizací (JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), která je vedoucí institucí v oblasti řízení kvality zdravotní péče v USA, od doby jejího založení v roce 1951. JCAHO a její partnerská organizace zaměřená na zahraniční spolupráci, Spojená komise pro mezinárodní akreditaci (JCIA - Joint Commission on International Accreditation) dodávají know-how pro akreditace zdravotnických zařízení a udávají směr v oblasti řízení kvality zdravotní péče v celosvětovém měřítku. S několikaletým zpožděním se rozvíjí oblast sledování kvality ve zdravotnictví také v České republice. Na podkladě spolupráce mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a Českou lékařskou komorou se rozeběhl v roce 1998 rozsáhlý proces přípravy zdravotnických standardů, a byla ustanovena Spojená akreditační komise Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic (46).

Mezi systémy pro hodnocení kvality ve zdravotnictví patří již zmíněná JCAHO, nezávislá nezisková organizace, která hodnotí přibližně 15000 zdravotnických zařízení v USA. Dále EFQM (European Foundation for Quality Management), Evropská cena za kvalitu, což je systém hodnocení kvality uplatňovaný po celé Evropě a určující konkurenční schopnost evropských firem ve světě. ISQua (The International Society for Quality in Health Care), Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, nabízí příležitost v oblasti rozvoje kvality ve zdravotnictví. Její dceřiná organizace Alpha (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation) pomáhá zemím vytvářet či zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. SAK (Spojená akreditační komise), nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče, z jejíž iniciativy byla vydána vyhláška s 50 akreditačními standardy. SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv), státní organizace, která dohlíží na výrobu, distribuci, skladování léčiv a provádí certifikaci lékáren. ISO (International Standards Organization), ISO normy jsou nutné pro zdravotnictví v souvislosti s tzv. certifikací, oprávněním k činnosti (17, 50, 27).

Základní podmínkou poskytování vysoce kvalitní péče je, aby organizace zajistila vzdělání a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, technické zajištění, organizační

zajištění péče, frekvenci výkonů (klinickou zkušenost) a zpětnou vazbu o správnosti počínání (19).

Kvalita je velice komplexní pojem a lze se na ni dívat z několika úhlů pohledu, tzv. dimenzí kvality. Mezi tyto dimenze řadíme bezpečnost (kdy možná rizika nemocničního prostředí nebo zákroku jsou omezena nebo zcela vyloučena), kompetence (soulad mezi nabízenou péčí či zákroky a znalostmi i dovednostmi každého jednotlivce), přijatelnost (péče a služby jsou pro zákazníky přijatelné), efektivnost (účelem zákroku, služeb, péče je dosažení očekávaných výsledků), vhodnost (veškerá péče a služby jsou založeny na uznávaných standardech), ekonomičnost (ekonomickým využitím zdrojů je dosaženo očekávaného výsledku), dostupnost (možnost získat služby na správném místě, ve správný čas a skutečným odborníkem), kontinuita (návaznost služeb a péče), včasnost (péče je poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují), přiměřenost (péče je poskytována na úrovni a odpovídá stavu a potřebám pacienta), úcta a vnímavost (zapojení pacientů do rozhodování, respektování studu, lidské důstojnosti, individuálních odlišností a soukromí) (50).

Úkolem každé nemocnice by mělo být monitorovat, vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe Program kontinuálního zvyšování kvality (TQM – Total Quality Management), jehož nástrojem je standardizace a auditů. Především se uplatňuje při zajišťování kvality řízení celého zdravotnického zařízení a pro kvalitu neklinických provozů, jako jsou úklid, praní prádla nebo stravování. Důvodem zavádění programu kvality do ošetrovatelské praxe, léčebné a laboratorní činnosti je zajištění spokojenosti pacientů a jejich práv při poskytování zdravotní péče. Kvalita zdravotní péče je závislá na mnoha faktorech, např. na pracovním prostředí, finančních, materiálních a personálních zdrojích, úrovni ošetrovatelské péče, komunikaci aj. Organizace informace o kvalitě zdravotní péče získává od pacientů a jiných externích či interních klientů, externích odborníků, z indikátorů kvality nebo z výsledků auditů. Program TQM je zaměřen na kontinuální zvyšování kvality, ne pouze na dosažení neměnných a pevně stanovených cílů (19, 34).

Indikátory kvality jsou specifická, spolehlivá, validní a pevně měřitelná kritéria, která ve srovnání s danou směrnicí, standardem či požadavkem ukazují, jak dalece bylo

daného standardu dosaženo. Analogicky je nutné postupovat při zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Jedná se o nekončící a stálý proces, v němž pomocí stanovených standardů a daných kritérií sledujeme úroveň poskytované péče a snažíme se o její co nejlepší reálně dosažitelnou úroveň. Indikátory kvality ošetrovatelské péče se mohou týkat struktury (např. počet zaměstnanců, kvalifikace sester, prostorové nároky na péči apod.), procesu (měření jeho efektivity, např. úroveň ošetrovatelské péče, konkrétní činnosti u pacienta apod.) nebo výstupu (náklady na lůžko, pacientův stav a jeho změny, mobilita při propuštění ve srovnání s příjmem apod.) zdravotní péče. Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče řadíme personální obsazení a kvalifikační strukturu, hlášení pádů, mimořádných událostí a katetrálních infekcí, prevalenci dekubitů, sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Měření kvality péče je komplexní záležitost, vždy musíme absolvovat čtyři postupy: určit, který z aspektů péče se bude měřit (struktura, proces, výsledek), stanovit kritéria a standardy, kritéria testovat, aby byla validní a spolehlivá a definovat povahu ošetrovatelství (51, 19, 53).

Kvalitní ošetrovatelská péče je cílem současného ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které také stanovují její měřitelná kritéria. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní úroveň vykonávané ošetrovatelské činnosti. Standardy jsou vydávány buď jako právní předpisy (zákony, vyhlášky), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví (MZ) stanovená ve Věstníku MZ, nebo mohou být vypracovány profesní organizací, zdravotnickým zařízením apod. Ošetrovatelské standardy se týkají kvalifikace a kategorií ošetrovatelského personálu, ošetrovatelské dokumentace, realizace ošetrovatelského procesu, vybavení, pracovních postupů a personálního obsazení pracoviště. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství mají povinnost na svém pracovišti průběžně hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k pacientům a spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Úroveň ošetrovatelské péče získají např. pravdivou odpovědí na otázky typu : Jak je zajištěna péče o hygienu pacientů? Jsou léky podávány přesně dle ordinace lékaře? Jsou sestry pro pacienta v naléhavém případě ihned dostupné? Je adekvátní komunikace sester s pacienty? Je péče dostatečně dokumentována? apod. Při hodnocení používají

pouze objektivní metody. Pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči jsou povinni respektovat Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí a dodržovat Úmluvu o lidských právech a biomedicině (22, 13).

Úroveň ošetrovatelské péče na daném oddělení v nemocnici závisí na několika faktorech: počtu všeobecných sester, jejich osobnostním profilu, odborné kvalifikaci a pracovní motivaci, na úrovni řízení, organizaci práce, mezilidských vztahů daného zdravotnického týmu a na úrovni technologických a technických prostředků k ošetrovatelské péči (12).

Pokud se mají zaměstnanci zdravotnických zařízení podílet na zlepšování kvality péče, musí mít, jak již bylo řečeno, dostatek znalostí, dovedností a postoje, mezi které patří: chápat pojem a důležitost kvality, důležitost vzájemné koordinace všech procesů (nejen spolupráce mezi sestrami), vědět, že práce každého člena týmu ovlivňuje druhé a má vliv na celkovou kvalitu, přemýšlet o tom, kolik nás stojí chybování, plýtvání a zbytečná práce, ztotožnit se s hodnotami a účelem práce (každý ví, co je cílem organizace), vytvořit prostředí zaměřené na pacienta a umožnit personálu vzdělání (26).

Proces poskytování léčebné péče v sobě zahrnuje mnoho činností, na kterých se podílejí vedle lékařů i další zdravotničtí pracovníci a to především sestry. Vždyť úroveň diagnostiky, terapeutických postupů a ošetrovatelské péče tvoří pilíř, o který se opírá celková úroveň ošetrovatelské péče v každé nemocnici. Na úrovni těchto tří složek závisí efektivita a kvalita poskytované péče. Je důležité si uvědomit, že mezi uvedenými složkami péče neplatí symetrický substituční vztah. Nedostatky v ošetrovatelské péči nelze vykompenzovat zlepšenou úrovní terapie či diagnostiky. Ovšem z komplexní a kvalitně prováděné ošetrovatelské péče může vzejít impulz k upřesnění původní diagnózy nebo změně terapeutického postupu. Význam ošetrovatelské péče a činnosti sester má nezastupitelný vliv na konečné výsledky léčebné péče (12).

1. 2. 1 Spokojenost pacientů jako kritérium kvality péče

Mezi validní kritéria pro hodnocení makrosystému z pohledu pacienta patří ta kritéria, která charakterizují přístup pacientů ke zdravotní péči, její prostorovou dostupnost pro pacienty (sít' zdravotnických zařízení), v čase (urgentní medicína, pohotovostní služby), ale také dostupnost cenovou. Na úrovni mikrosystému se mohou pacienti vyjádřit ke struktuře péče, procesu zdravotní péče i k výsledkům léčebně preventivní péče. Validně je pacient schopen posoudit především tyto stránky kvality péče: prostředí ordinací a čekáren, podmínky pro osobní hygienu, hygiena a vybavení lůžkových zdravotnických zařízení, způsob chování personálu k pacientům, komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, čekací doby na vyšetření a ošetření, informování pacientů a subjektivní vnímání výsledků léčebného procesu. Spokojenost pacientů je důležitým ukazatelem kvality zdravotnických služeb. Vedle posuzování kvality podle klinických ukazatelů je v současnosti standardně používaným měřítkem jejího hodnocení. Zájem o názory pacientů je vyjádřením vůdčího trendu v řízení zdravotnictví v posledních dvaceti letech, a tím je orientace na pacienta. Pacient dnes bývá též nazýván klientem. Toto označení podtrhuje současnou orientaci zdravotnické péče, pro kterou je typická snaha vyhovět přáním pacienta a tím docílit jeho spokojenosti. V současnosti vychází poskytování zdravotní péče z přesvědčení, že péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb pacientů a to zejména těch aktuálních v souvislosti s onemocněním. Spokojenost pacientů do určité míry může ovlivnit klinický efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni s průběhem léčby, důvěřují více sestřám i lékařům a věří v jejich kompetenci a snahu. Znat' názor pacienta na úroveň kvality poskytované péče je důležité pro management zdravotnického zařízení a je také zpětnou vazbou pro lékaře a ošetřující personál. Tyto znalosti jsou v dnešní době důležitou součástí marketingové strategie jednotlivých zdravotnických zařízení, a proto by měly být soustavně monitorovány a vyhodnocovány (12, 34).

1. 3 Spokojenost pacientů v České republice

V České republice se spokojenost pacientů začala sledovat na počátku devadesátých let dvacátého století. V této době docházelo k ekonomickým, sociálním a politickým změnám, což kromě jiného ovlivnilo také zdravotnictví. Po roce 1989 došlo k transformaci českého zdravotnictví. Rozvíjely se různé formy podnikání, vlastnictví zdravotnických zařízení, vznikla svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení. Začal se klást důraz na management kvality a sledování spokojenosti pacientů. Hlavní sestry, ale i sociologové a psychologové zaměstnaní v nemocnicích (např. FN Plzeň, IKEM Praha, FN Královské Vinohrady, VFN Praha) připravovali průzkumy spokojenosti pacientů. Postupem času začala zjišťovat spokojenost pacientů většina nemocnic a v poslední době je spíše výjimkou, když některá nemocnice nemá alespoň nárazové hodnocení spokojenosti pacientů (10, 34).

1. 3. 1 Modely spokojenosti pacientů

Existující modely spokojenosti pacientů a jejich základní myšlenkový rámec:

1) Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče.

Spokojenost je v tomto modelu definována jako pozitivní ohodnocení určitých vymezených dimenzí zdravotní péče. Tyto dimenze mají empirický původ a jsou odvozeny pomocí faktorové analýzy z dat získaných v průzkumech. Z tohoto důvodu se badatelé liší v tom, kolik dimenzí a které z nich považují za podstatné.

Osm dimenzí péče navrhl Ware a další, rozdělují je na "umění pečovat", "dostupnost péče", "finanční záležitosti", "technickou kvalitu", "přiměřenost", "prostředí", "kontinuitu" a "účinnost". Později se počet těchto dimenzí omezil na polovinu, protože se výzkumem zjistilo, že pacienti některé dimenze nerozlišují (např. "dostupnost péče" a "přiměřenost") (2).

Tři dimenze spokojenosti rozlišuje americký sociolog Hulka. Jedná se o "profesionální kompetenci", "interpersonální kvalitu" a "spokojenost s cenou péče".

Spokojenost s cenou péče je specifická pro americké zdravotnictví, kde si pacienti finančně hradí čerpanou péči. Její cena je tudíž podstatná ve spokojenosti pacientů (2).

V České republice ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze v roce 1994 proběhl průzkum, kde byly identifikovány tři souhrnnější dimenze péče. První dimenze, "kvalita péče", kam spadá spokojenost pacientů s technickou kvalitou, odbornými kompetencemi lékařů a sester a spokojenost s chováním zdravotníků. Druhá dimenze, "poskytování informací", kam spadá spokojenost pacientů s podáváním informací o nemoci a jejím průběhu, informace o diagnostických a terapeutických postupech, o lécích a pokračování léčby před propuštěním z nemocnice. Třetí a poslední dimenze byla pojmenována jako "hotelové služby". Tato dimenze zahrnuje spokojenost s čistotou a hygienou v nemocnici, stravou a jejím servírováním a s celkovým režimem péče v dané nemocnici (2).

2) Model postavený na splnění přání pacienta - tzv. "fulfilment model"

V angličtině fulfilment znamená vyplnění, splnění (39).

Tento model vychází z předpokladu, že existuje vztah mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal. Spokojenost v tom případě ukazuje, do jaké míry byla očekávání a ideální přání pacientů splněna. V tomto modelu je prvotní role očekávání pacientů, druhotné jsou reálné zkušenosti s péčí. Za rozhodující jsou pak považovány charakteristiky pacientů jako je jeho osobnost, pohlaví, věk a vzdělání (2, 15).

Může zde být i obrácený, tzv. disrepanční model. V tomto modelu není rozhodující očekávání pacientů, ale to, jakou péčí pacienti ve skutečnosti dostali a jak ji subjektivně vnímali (15).

Like a Zyzanski v roce 1987 definovali pět dimenzí požadavků pacientů: lékařské informace, psychosociální abstinence, terapeutické naslouchání, všeobecné lékařské rady a biomedicínské léčení. Hlavním činitelem spokojenosti pacientů je tak stupeň, ve kterém jsou jednotlivé požadavky splněny (2).

3) Pragmatický (eklektický) model spokojenosti pacientů

Tento model, jehož autorem je R. Baker, se snaží zachytit všechny faktory, které ovlivňují pacientovu spokojenost. Předpokladem je, že úroveň spokojenosti pacienta, je závislá v první řadě na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění a jaký typ medicínské péče mu byl poskytnut. Charakteristiky, které do modelu vstupují a ovlivňují míru spokojenosti pacienta, jsou socio-demografické (věk, vzdělání, ekonomické postavení), kulturní a rodinné (2, 15).

Cíle opakovaného zjišťování spokojenosti pacientů

Opakované zjišťování spokojenosti pacientů umožňuje zhodnotit kvalitu jednotlivých pracovníků, oddělení, klinik, poskytuje podklady pro změny v poskytování péče, přináší informace o vybavenosti oddělení a kvalitě hotelových služeb, přináší podklady pro organizační změny, které lze zavádět pro zlepšení pohody pacientů v nemocnici, sleduje efektivitu provedených změn na kvalitu péče z pohledu pacientů a také přináší podklady pro porovnávání subjektivní kvality péče v různých nemocnicích (2).

1. 3. 2 Metody sledování spokojenosti pacientů

Jejich uplatnění v České republice znázorňuje tabulka (viz příloha č. 3)

Ke sledování spokojenosti pacientů se nejčastěji používají tyto metody:

1) Rozhovor

- **individuální** (respondent - tazatel)

Individuální rozhovor s pacienty může být buď tzv. volný (nestrukturovaný), což znamená, že průběh rozhovoru není předem naplánován. Závisí na vývoji komunikace mezi respondentem a tazatelem. Dále může být rozhovor, který probíhá podle předem definovaného schématu, jedná se o tzv. standardizovaný, (strukturovaný) rozhovor. Při tomto rozhovoru je obsah otázek a jejich posloupnost předem připravena. Důležité je výrazně se neodklonit od připraveného schématu (2).

Individuální rozhovor může mít dvě formy. Osobní dotazování (tzv. tváří v tvář) je metoda založená na přímé komunikaci tazatele s respondentem (tváří v tvář). Název této metody pochází z anglického Face - to – Face, někdy značené ve formě F2F. Tato metoda má dlouhou tradici a její velkou výhodou je přímý kontakt mezi respondentem a tazatelem, což umožňuje motivovat respondenta k odpovědím a získat jeho bezprostřední reakce. Přesto, že její nevýhodou jsou vysoké náklady při sběru dat, patří v České republice k nejvýznamnější dotazovací technice. Telefonické dotazování, kdy tazatel pro kontakt s respondentem používá telefon. Výhodou je, že respondent bezprostředně reaguje na otázky tazatele. V západních zemích je rozhovor prostřednictvím telefonu běžně užívaná metoda. V České republice se nepoužívá tak často, jednak z finančních důvodů, a také proto, že část starších lidí nevlastní telefon. Specifickou metodou je metoda CATI (Computer Aided Telephone Interview), která využívá k rozhovoru počítač (2, 10, 3).

- **skupinový** (skupina respondentů - tazatel)

Skupinový rozhovor probíhá buďto s cíleně vybranou skupinou osob (osoby musí splňovat určitá kritéria, tzv. technika "focus groups") nebo s náhodně vybranou skupinou osob. Rozvoj "focus groups" techniky byl v 80.-90. letech 20. století společně s rozvojem metod kvalitativních. Tato technika výzkumu se používá především v marketingu (cigarety, léky,...), ale také ve zdravotnictví, pokud jde o cílený rozhovor s pacienty z daných oddělení, či některé diagnózy, které nás nejvíce zajímají. Údaje se shromažďují na základě skupinové interakce při debatě na tazatelem určené téma. Jedná se o kvalitativní techniku, která nezjišťuje číselné údaje, ale názory, stanoviska, postoje. Diskuse obvykle trvá 2-3 hodiny a je při ní přítomno 6-12 osob. Moderátor musí být seznámen s danou problematikou a musí umět vést rozhovor, usměrňovat ho a bránit případným konfliktům mezi účastníky. Analytickým materiálem je audio či video záznam pořízený při diskusi. Technikou "focus groups" bylo v České republice zpracováno například téma spokojenost zaměstnanců s prací ve zdravotnickém zařízení nebo alternativní medicína. V zahraničí se touto metodou zjišťoval názor na početnost rodin apod. (2, 3).

Použití metody rozhovoru, ať už se jedná o individuální či skupinový, je finančně i časově náročné. Z etických důvodů je důležité od pacientů získat souhlas k rozhovoru, použití diktafonu či jiného elektronického záznamu. Pokud souhlas nezískáme, musíme přání respektovat a obejít se bez záznamu. Pro získání spolehlivých výsledků je důležité, jak se nám podaří zachytit obsah a průběh rozhovoru (2, 3).

2) Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření se ke sledování spokojenosti pacientů používá nejčastěji. I přes tuto skutečnost existuje řada faktorů, které získané výsledky ovlivňují. Mezi tyto faktory řadíme to, jak kvalitní je použitý dotazník, výběr vzorku respondentů, návratnost dotazníků, strukturu otázek a způsob sběru dotazníků (2).

Základem dotazníkového šetření je dotazník, který musí mít určité vlastnosti, obsahové zaměření, formu položek a rozsah (3).

Mezi vlastnosti dotazníku patří splnění kritérií validity a reliability. Validita neboli platnost či pravdivost, udává, v jaké míře skutečně měří daný dotazník to, co měřit má a zda je toto měření spolehlivé (udává zda dotazník spolehlivě měří to, co jeho autoři předpokládají a chtějí měřit). Reliabilita udává, zda dotazník dostatečně spolehlivě měří to, co měřit má (2, 3).

Důležité je věnovat pozornost obsahové stránce dotazníku, protože jen tak můžeme získat potřebné informace. Hnilicová, Janečková a Baker pokládají za nejdůležitější hlediska nemocniční péče následující oblasti. „Interpersonální chování, osobní angažovanost a kvalitu komunikace mezi lékaři, sestrami a pacienty, respekt zdravotníků k soukromí a intimitě pacientů, poskytování adekvátních a dostatečných informací o nemoci a léčbě, odbornou úroveň lékařské péče, odbornou úroveň ošetrovatelské péče, organizace nemocničního provozu a denního programu a celkový režim péče, dosažitelnost rychlé pomoci v případě akutní potřeby, hotelové služby v nemocnici: čistota a hygienické podmínky, kvalita a vybavenost sociálních zařízení, kvalita stravy a jejího servírování a celkový komfort pobytu v nemocnici. Dále zajištění kontinuity péče uvnitř nemocnice i po propuštění pacienta z nemocnice, celkovou

spokojenost pacientů s péčí v nemocnici - do jaké míry byla či nebyla naplněna jejich očekávání, důvěryhodnost nemocnice, kterou vyvozujeme z toho, zda by pacienti doporučili či nedoporučili danou nemocnici příbuzným a známým, posouzení změny, která nastala ve zdravotním stavu pacienta v důsledku pobytu v nemocnici, tj. informace o tom, jak se pacient při odchodu z nemocnice zdravotně cítí, a to ve srovnání s dobou před nemocničním léčením, splnění očekávání: do jaké míry byla či nebyla splněna očekávání a přání pacientů, se kterými do nemocnice přišli" (Hnilicová, 2000. str. 77-78).

Forma položek je buď v podobě otázek nebo posuzovací škály. Škála je forma otázky, kterou respondenta žádáme, aby zkoumaný problém zařadil do určité stupnice. Používáme buďto verbální, číselné nebo grafické. Používají se škály s různým počtem stupňů, ale minimálně by jich mělo být pět. Přednost se dává škále s lichým počtem stupňů. Škály se používají buďto pořadové nebo intervalové, což je důležité si ujasnit pro interpretaci výsledků. U pořadové škály není rozhodující, zda rozdíl mezi jednotlivými stupni, je úplně stejný či nikoliv. U škály intervalové je důležité, aby vzdálenosti mezi jednotlivými stupni byly stejné. V dotazníku používáme otázky uzavřené (kdy si respondent vybere z možných odpovědí tu, která se nejvíce blíží jeho názoru), otevřené neboli volné (zde je na respondentovi, jak sám odpoví), polouzavřené (ty jsou kombinací uzavřené a volné otázky, respondent doplňuje jinou odpověď), filtrační (ty odliší respondenty, kteří nemohou odpovědět na následující otázku), projekční (respondentovi předkládáme k posouzení názory jiných lidí) a kontrolní otázky (ty používáme tam, kde potřebujeme ověřit pravdivost výpovědi). Všechny otázky musí být jasné, stručné a výstižné. Neměly by se zbytečně překrývat a být sugestivní. Co se týká délky dotazníku, tak neměl by být příliš dlouhý. Optimální je dotazník do 30 položek, je-li delší, přestává být pro pacienty přitažlivý. Při vyplňování ztrácí trpělivost a odmítají dotazníky vyplnit. Tím klesá návratnost a šance získat dostatečný počet respondentů. Také pořadí položek by mělo respektovat určitou obsahovou logiku (2, 3).

1. 3. 3 Distribuce dotazníků a sběr dat

Důležité je věnovat pozornost distribuci dotazníků k pacientům a sběru dotazníků vyplněných, abychom získali vysokou návratnost a reprezentativnost získaných dat. Dotazníky nejčastěji distribuujeme pacientům v průběhu pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale můžeme je také po propuštění z nemocnice rozeslat poštou na domácí adresu pacientů. Pokud dáváme dotazníky v průběhu pobytu pacientů ve zdravotnickém zařízení, je důležité zvolit správný čas. Neoptimálnější je doba před propuštěním pacienta z nemocnice, kdy už má léčbu za sebou a má i celkovou zkušenost s průběhem hospitalizace. Předpokládáme, že pacient potom hodnotí celý pobyt v nemocnici. Vyplněné dotazníky respondenti vhazují do schránek k tomu určených. Musí mít vždy zaručenu anonymitu. Pokud dotazníky rozesíláme pacientům po propuštění poštou, je důležité, aby ho obdrželi maximálně do 14 dnů po propuštění z nemocnice. Výhodou je, že se zabrání vlivu nemocničního prostředí a personálu na respondenta při vyplňování dotazníku a dále má respondent čas si odpověď rozmyslet. Tato metoda je však finančně nákladnější. V dopise pacient obdrží dotazník a dopis ředitele nemocnice, který obsahuje vysvětlení smyslu akce, a také zpáteční ofrankovanou obálku (2, 10).

1. 3. 4 Zjišťování spokojenosti ve světě a v ČR

Nejznámější a nejrozšířenější mezinárodní autorita, která působí v oblasti monitoringu spokojenosti zákazníků, je Pickerův institut v Bostonu. Při jeho zakládání byli Harvey a Jean Pickerovi. Ti v polovině 80. let 20. století ve Spojených státech amerických přišli se změnou způsobu zjišťování spokojenosti pacientů. Výsledky výzkumů spokojenosti pacientů prováděných v USA neposkytovaly skoro žádnou zpětnou vazbu pro zlepšování služeb jednotlivých zdravotnických zařízení. Proto se Harvey Picker snažil zjistit okolnosti, které jsou při poskytování zdravotní péče podstatné a mohou změnit spokojenost pacientů a jejich rodin s průběhem léčby. Za tímto účelem se spojil s výzkumníky z Harvard Medical School a za asistence dalších institucí (Commonwealth Fund, Beth Israel Hospital) vznikla v roce 1987

nezisková instituce, zaměřená na zlepšování kvality zdravotní péče prostřednictvím systematického výzkumu spokojenosti pacientů. Tato instituce dostala název Pickerův Institut, který nese dodnes. Jak již bylo uvedeno, od roku 1987 působí Pickerův Institut v USA, dále od roku 1994 ve Velké Británii a Austrálii a od roku 1997 také v Německu, Švédsku a Švýcarsku. Tento institut se v prvních sedmi letech své existence věnoval rozsáhlému šetření s cílem definovat kvalitu péče z pohledu pacienta. Bylo dotázáno přes 8000 pacientů, jejich rodin, lékařů a zdravotnického personálu nemocnic. Na základě tohoto šetření bylo definováno osm nejdůležitějších dimenzí zdravotní péče, které zásadně ovlivňují kvalitu zdravotní péče a spokojenost pacientů s touto péčí. A na podkladě těchto poznatků byl vytvořen světový standard pro měření výkonů zdravotnických zařízení očima pacientů. Tým pracovníků sestavil šedesátipoložkový dotazník spokojenosti pacienta léčeného v nemocnici, tzv. Pickerův dotazník. V něm je každá dimenze kvality péče seskupením několika položek dotazníku (10, 36).

Dimenze kvality zdravotní péče tvoří osm tematicky definovaných oblastí péče o pacienta, přičemž každá oblast je sycena 3-10 otázkami z dotazníku. Mezi těchto osm dimenzí řadíme 1. přijetí do nemocnice (zdrojem nespokojenosti pacientů je opoždění péče), 2. respekt, ohled a úcta (pacienti mají pocit anonymity a ztráty identity, mají potřebu být léčeni s úctou a respektem, chtějí být informováni a zahrnuti do lékařského rozhodování), 3. koordinace a integrace péče (pacienti mají představu o kompetenci a schopnosti poskytovatelů péče a o uspořádání klinické péče a pomocných služeb), 4. informace a komunikace (pacienti se obávají, že jim budou odepřeny informace a že nebudou upřímně informováni o nemoci a prognóze), 5. tělesné pohodlí (pacienti popisují pocit strachu z melancholického zařízení nemocnice, oceňují pohodlí, čistotu a příjemné prostředí), 6. citová opora a zmírnění strachu a úzkosti (pacienti se obávají účinku nemoci na jejich rodinný příjem a schopnosti se o sebe postarat), 7. zapojení rodiny a přátel (pacienti spoléhají na rodinu a přátele jako na první poskytovatele zdravotní péče po propuštění), 8. propuštění a pokračování péče (pacienti nevědí jaké nebezpečné signály mají sledovat, jak užívat léky a také neznají jejich vedlejší účinky). Žádná z hodnocených dimenzí neobsahuje hodnocení medicínského výkonu, pacient hodnotí skutečně jen to, k čemu je schopen se vyjadřovat. Tato metodika umožňuje

srovnat jednotlivé nemocnice, lékařské obory a také stanice a přitom garantuje spolehlivost a platnost dat (10, 36).

Základní prvky filozofie, se kterou k výzkumu spokojenosti pacientů přistupuje Pickerův Institut, se staly také v České republice základními kameny projektu Kvalita očima pacientů. Sdružení fakultních nemocnic projevilo v letech 2000-2001 iniciativu ke sjednocení monitoringu spokojenosti pacientů alespoň pro fakultní nemocnice. Tvůrce prvních krůčků a propagátor hlavní myšlenky byl Miroslav Bílek z Centra pro řízení kvality ve Fakultní nemocnici v Plzni. V této činnosti byl podporován vedením Fakultní nemocnice v Plzni, předsedou pro Sdružení fakultních nemocnic a také Ministerstvem zdravotnictví. Účelem projektu Kvalita očima pacientů bylo navázat na práci Miroslava Bílka a jeho kolegů, vyvinout profesionální metodické nástroje a provést pilotní šetření nezávislé na nemocnicích, které by ověřilo použitelnost pro plošný monitoring spokojenosti pacientů s kvalitou zdravotní péče na území České republiky a srovnatelnou s mezinárodními standardy. Od roku 2001 je tento projekt podporován Sdružením fakultních nemocnic a Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s nezávislou výzkumnou společností STEM/MARK, a.s. Důležitým znakem projektu je skutečnost, že se obrací k pacientům jakožto k přímým konzumentům poskytované péče. Cílem projektu je vytvořit systém pro objektivní, pravidelné a dlouhodobé sledování a vyhodnocování kvality zdravotní péče očima pacientů. Má poskytnout detailní údaje pro potřeby nemocnic a orgánů státní správy, ale také základní a srozumitelné výsledky pro laickou veřejnost. Účelem je, aby Ministerstvo zdravotnictví mělo nástroj, jak porovnávat jednotlivé nemocnice, a zároveň aby si pacient mohl vybrat nemocnici podle standardů péče, které poskytují. Výsledky šetření umožní zjistit kvalitu poskytované péče (z pohledu pacientů), zpětnou vazbu pro nemocnice (vyhledá slabá místa v kvalitě péče a umožní ji zlepšit) a opakovaná šetření (10, 36, 21, 37).

Díky tomuto jednotnému dotazníku lze porovnávat nejen "naše" nemocnice mezi sebou (což rozdílné dotazníky používané v jednotlivých nemocnicích neumožňují), ale lze kvalitu péče vnímanou pacienty porovnávat i na mezinárodní úrovni. Tímto

způsobem hodnocení lze porovnávat mezi sebou jak lékařská zařízení velká či malá, tak zařízení národní či mezinárodní úrovně (7).

1. 3. 5 Posuzování kvality péče z pohledu pacienta

Ošetřovatelství v dnešní době klade důraz na kvalitní ošetřovatelskou péči. Ta vychází z individuálních potřeb každého pacienta a holistického přístupu jak k němu samotnému, tak k jeho rodině. Ošetřovatelskou péči hodnotí jednak lékař, a to hlavně podle toho, jak sestra plní jeho ordinace a zajišťuje diagnosticko - terapeutický plán pacienta, pak ošetřovatelský management (náměstkyně pro ošetřovatelskou péči), který za kvalitu ošetřovatelské péče nese zodpovědnost. Dále hodnotí svoji práci sestra, nejčastěji podle koncepce ošetřovatelského procesu, se kterou se ztotožnila, a v neposlední řadě sám pacient. Pacient kvalitu ošetřovatelské péče nejčastěji hodnotí podle uspokojování základních potřeb v době nemoci, profesionální všímavosti a citlivosti sester (jak k jeho problémům, tak k problémům spolupacientů), jednání a aktivity sester, úpravy zevnějšku sester, komunikace a kultivovanosti jejich projevu. Pacient sám není chopen rozeznat (nejedná-li se o zdravotníka), jestli byly výkony provedeny dle standardu, proto hodnotí ošetřovatelskou péči (jak pacient tak jeho rodina) podle chování a vystupování sester. Pacienti na ošetřovatelské péči nejčastěji negativně hodnotí nedostatečnou informovanost, málo času, který jim sestry věnují, sliby, které nedodrží, dlouhé čekací doby na příchod sestry, nepravidelné kontroly, zda je nemocný v pořádku. V dnešním ošetřovatelství je fyzická a psychická pohoda stejně důležitým kritériem poskytované péče jako kvalita péče diagnosticko – terapeutické (25, 11).

1. 3. 6 Osm kroků ke spokojenosti pacientů

Existuje osm jednoduchých kroků ke spokojenosti pacientů. Prvním krokem je představení, každý zdravotník (ať už se jedná o sestru, lékaře, ergoterapeuta, fyzioterapeuta,...) se při prvním setkání s pacientem představí a pozdraví, stejně tak

nezapomeneme vzájemně je představit, pokud je jich na pokoji více. Druhý krok je vhodná komunikace, kdy pacienta oslovujeme příjmením a spontánně s ním komunikujeme. Třetím krokem je informovanost, pacienta informujeme, kde leží (nemocnice, oddělení, číslo pokoje, kdo je jeho ošetřující lékař), seznámíme ho s nemocničním řádem, právy pacientů a návštěvními hodinami. Stejně tak nemocného kontinuálně informujeme o všem, co ho čeká a co se od něj očekává. Čtvrtým krokem je zodpovědnost (pokud pacientovi něco slíbíme, je třeba slib dodržet, nemůžeme-li žádosti pacienta vyhovět, musíme ho o této skutečnosti informovat a vysvětlit mu důvody). Pátým krokem je čas (naslouchat pacientovi, dát mu prostor pro jeho dotazy, vysvětlit mu vše, čemu nerozumí a co ho zajímá, vyzývat pacienta k otázkám a zpětnou vazbou se ujistit, že všemu rozumí). Šestáým krokem je srozumitelnost, snažíme se mluvit jasně a srozumitelně bez odborných výrazů. Sedmým krokem je respekt, který musíme mít ke každému pacientovi bez ohledu na jeho sociální postavení. Posledním, osmým krokem, ne však méně důležitým, je empatie (podpora pacienta a snaha mu pomoci) (25, 43).

Jak je patrné z těchto osmi bodů, ke spokojenosti pacientů je důležitá především správná komunikace a atmosféra na pracovišti. Ty mají příznivý vliv na psychický stav pacientů a ovlivňují míru spokojenosti (24).

1. 4 Charakteristika zkoumaného pracoviště

Z důvodu, že výzkumné šetření bude provedeno v Nemocnici České Budějovice a.s. pokusíme se Vám podat alespoň stručnou charakteristiku daného pracoviště.

Nemocnice České Budějovice, a. s. se řadí mezi největší zdravotnická zařízení v České republice. Vzhledem k lůžkové kapacitě, která činí přes 1600 lůžek je čtvrtou největší nemocnicí v České republice. Svoji dlouholetou tradicí je nejvýznamnější poskytovatel zdravotní péče v Jihočeském kraji. Pro celý Jihočeský region a určité oblasti sousedících regionů poskytuje základní, specializovanou a vysoce specializovanou péči skoro ve všech medicínských oborech. Nemocnice poskytuje akutní zdravotní péči na přibližně 1300 lůžkách, z toho přibližně 170 je na jednotkách

intenzivní péče. Dále má k dispozici doléčovací lůžka následné péče, kterých je přibližně 280 a plicní léčebnu, jejíž kapacita se pohybuje okolo 50 lůžek (29, 31).

V nemocnici je 40 zdravotních oddělení s řadou podoborů a specializací. Někteří odborníci z různých oborů či oddělení se sdružují do center specializované péče, jako je např. diabetologické centrum, traumatologické centrum, kardiocentrum, onkologické centrum, osteocentrum, či centrální laboratoře. Mezi některá specifika nemocnice patří hyperbarická komora v traumacentru, extrakorporální lithotriptor, NMR, kompletní digitalizace RTG provozu, laboratoř pro vyšetřování poruch spánku a další (29, 31).

Ročně je v nemocnici hospitalizováno okolo 51 000 pacientů, poskytnuto kolem půl milionu ambulantních výkonů a provedeno kolem 21 000 operací. Ročně se zde narodí přes 2000 dětí, Nemocnice České Budějovice, a.s. je oprávněnou nositelkou titulu Baby Friendly Hospital (29).

Nemocnice je jeden z největších zaměstnavatelů v Jihočeském kraji, pracuje zde více než 2600 zaměstnanců. Z tohoto počtu je přibližně 400 lékařů, nelékařští zdravotničtí pracovníci tvoří největší skupinu - 1400 osob. Všeobecných sester je přibližně 1180 a z toho 48% má specializační a vysokoškolské vzdělání. Kvalifikovaných laborantů pracuje na odděleních přibližně 170. Nemocnice má oproti jiným lůžkovým zařízením nízký podíl zaměstnanců ve správě a řízení (29).

V nemocnici praktikuje a připravuje se na své budoucí povolání mnoho studentek a studentů. Jedná se o studenty a studentky Střední zdravotnické školy České Budějovice, soukromé zdravotnické školy Bílá vložka, Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a lékařských fakult. V roce 2003 byla znovu obnovena tradice výuky mediků 6. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Plzeň. Medici zde pracují dva semestry pod dohledem zdejších lékařů a připravují se na státní závěrečné zkoušky ze základních oborů chirurgie, interny, gynekologie, pediatrie a sociálního lékařství (29, 31).

Nemocnice se také podílí na vědecko-výzkumných projektech a jednotlivá oddělení jsou řešiteli různých grantů. Zdejší lékaři připravují komplexně připravené přednášky a spolupracují s doškolovacími centry praktických lékařů v celých jižních Čechách. Pro zvyšování kvalifikace všeobecných sester z celého regionu nemocnice

organizuje řadu odborných seminářů a konferencí. Ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi nemocnice také každoročně pořádá řadu celostátních kongresů a sympozií. Kladně jsou hodnoceny tzv. workshopy, během nichž si zdejší i zahraniční lékaři mají příležitost osvojit některé praktické dovednosti. Lékaři, ale také sestry z nemocnice, přednášejí často na celostátních a mezinárodních kongresech. Výsledky jejich klinické i vědecké práce jsou přijímány velmi kladně (29, 31).

1. 4. 1 Historie nemocnice

Počátky zdravotní péče v Českých Budějovicích se datují od 14. století, kdy se o nemocné staral špitál s kostelem svatého Václava. Ten byl roku 1796 zrušen. Jeho funkci převzal nově postavený městský chudobinec. Samostatná městská nemocnice se začala stavět v roce 1827 podle plánů stavitele Josefa Bednaříka. Budova byla dvoupatrová, měla pět místností pro nemocné, márnici a zahradu. Stála přibližně v místech dnešní hlavní pošty na Senovážném náměstí. Řídili ji zástupci církve, města a lékařů. V roce 1850 se stala všeobecnou veřejnou nemocnicí. Došlo k přístavbám objektu, takže počátkem 20. století bylo k dispozici již 80 lůžek pro nemocné, o které se staralo 6 lékařů. Jelikož prostory nadále nestačily, rozhodlo městské a okresní zastupitelstvo v roce 1906 o vybudování nové nemocnice. Výstavbu budovy realizovala firma "Josef Hauptvogel" na Lineckém předměstí, v dnešní ulici Boženy Němcové čp. 54. V roce 1913 proběhla její kolaudace (viz příloha č. 2). Stará budova nemocnice na Senovážném náměstí byla stržena. Ve svých počátcích byla nemocnice monoprimaryární, ale v roce 1915 byla rozdělena na primariát interní a chirurgicko-gynekologický. Po 1. světové válce se dále rozdělily primariáty na chirurgický, gynekologický a infekční. Další obory se osamostatnily až po 2. světové válce, kdy také nemocnice změnila svůj název na Státní oblastní nemocnici České Budějovice. Roku 1952 byla začleněna pod nově vzniklý Krajský ústav národního zdraví, a stala se Krajskou nemocnicí s poliklinikou. Po zániku Krajského ústavu národního zdraví zněl od roku 1991 oficiální název Nemocnice s poliklinikou III. typu, která byla řízena Ministerstvem zdravotnictví. V roce 1996 došlo k registraci Nemocnice České

Budějovice, ta od roku 1998 využívá také objekty bývalé Vojenské nemocnice v ulici Ludvíka Svobody. Na konci roku 2001 se Nemocnice České Budějovice, příspěvková organizace, stala nestátním zdravotnickým zařízením. Jejím vlastníkem se stal Jihočeský kraj. V roce 2004 se příspěvková organizace transformovala na akciovou společnost, jejímž jediným akcionářem je Jihočeský kraj (29, 32).

1. 4. 2 Cíle nemocnice

Tým lidí, který v nemocnici působí, dokázal spojit kvalitu poskytované péče s ekonomickou prosperitou. Tím se zvýšila odborná prestiž a autorita českobudějovické nemocnice, která se výrazně přiblížila svému cíli. Cíl Nemocnice České Budějovice, a.s. je jasně stanoven. Nemocnice chce být přátelským zdravotnickým zařízením, které poskytuje pacientům komfortní prostředí, vlídné chování personálu a žádné či minimální čekací doby. Pozornost je také kladena na odstranění duplicitních vyšetření za využití jednotného informačního systému. Samozřejmostí je výborná péče a zkracování doby hospitalizace za využití nových léčebně-diagnostických metod a technologií. Dochází k rozvoji a využití laserových technologií, endoskopických a laparoskopických operací, minimálně invazivních postupů a k pořizování nejnovější diagnostické techniky (29).

Velká pozornost je v nemocnici věnována ošetřovatelství, které má jako samostatná vědní disciplína nezastupitelné místo v péči o zdraví člověka. Základem je holistický přístup a individualizovaná péče o pacienta. stejně tak důležitá je samostatná práce sester, zaměřená především na prevenci zdraví. Koncepce ošetřovatelství, která se uplatňuje v Nemocnici České Budějovice, a.s. vychází z doporučení Mezinárodní zdravotnické organizace WHO, Mezinárodní rady sester a Evropské unie. Zaručuje aktivní vztah mezi sestrou a pacientem. Prioritou sester je zvyšovat úroveň poskytované ošetřovatelské péče při dodržování etických zásad a norem. Na prvním místě stojí empatie v péči o člověka v duchu holistického pojetí. Cílem na úseku ošetřovatelství je kontinuální zvyšování kvality poskytované péče, její

bezpečnosti a standardizace. Kvalita ošetrovatelské péče je zajištěna prostřednictvím ošetrovatelských standardů (29).

Pro výborné výsledky nemocnice je důležitý také odborný růst personálu a získávání kvalifikovaných pracovníků pro práci v nemocnici (29).

1. 4. 3 Charakteristika interního oddělení

Interní obor je medicínský obor zabývající se onemocněním vnitřních orgánů. Léčba zde probíhá zpravidla konzervativně, choroby se zde neléčí chirurgickým zákrokem. Interní oddělení se řadí mezi základní oddělení nemocniční péče, stejně jako chirurgické, pediatrické a gynekologicko-porodnické. Obor zabývající se onemocněním vnitřních orgánů se nazývá vnitřní lékařství. Z tohoto oboru se postupnou specializací, v důsledku rozvoje vědy a technologie, oddělovaly další podobory. Mezi ty patří kardiologie, hematologie, pneumologie, imunologie, revmatologie, endokrinologie, gastroenterologie, nefrologie, hepatologie a diabetologie. Onemocnění vnitřních orgánů nejvíce postihuje člověka ve starším věku a ve stáří, ale může ho postihnout v kterémkoliv období jeho života. Vzhledem k tomu, že pacienti na interních odděleních jsou převážně vyššího věku, je nutné přihlížet při ošetřování ke specifickým příznakům a potřebám těchto pacientů. Vnitřní lékařství úzce spolupracuje i s ostatními obory medicíny jako je chirurgie, neurologie, dermatologie, oftalmologie, gynekologie a jiné. Důležitá je mezioborová spolupráce. Základní části interního oddělení jsou ambulance, vyšetřovací oddělení, lůžkové oddělení a lůžka akutní péče (47, 20, 54).

Na ambulanci pacient přichází buď s akutní příhodou, nebo na doporučení svého praktického lékaře. Zde dochází k prvnímu kontaktu pacienta se zdravotníky, proto je zde důležité profesionální jednání a komunikace. Do vyšetřovací části řadíme oddělení rentgenologické, ultrazvukové, endoskopické, ale také laboratoře a další speciální vyšetření, např. spirometrie či ergometrie. Vyšetřovací část slouží jak pro pacienty již hospitalizované, tak pro pacienty ambulantní. Lůžkovou část tvoří standardní lůžkové oddělení, kterých může být i více. Záleží na velikosti nemocnice. Lůžkové interní oddělení vede vedoucí lékař a staniční sestra. Ta je zodpovědná

za organizaci a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, kterou zajišťují nelékařští zdravotničtí pracovníci. Na lůžkovém interním oddělení pracují převážně všeobecné sestry v třísměnném či dvousměnném provozu. Sestry poskytují pacientům individualizovanou ošetrovatelskou péči na základě ošetrovatelského procesu. Spolupracují i s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky, jako jsou zdravotničtí asistenti, fyzioterapeuti, nutriční asistenti a jiní. Je zde vysoká náročnost ošetrovatelské péče, protože zde leží staří a dlouhodobě nemocní lidé. Z toho plyne velké fyzické a psychické zatížení sester. Sestry zajišťují komplexní ošetrovatelskou péči včetně polohování, péče o inkontinentní pacienty, zajištění veškeré obsluhy a ještě vykonávají náročnou odbornou činnost. Mezi charakteristické činnosti na interním oddělení patří činnosti diagnostické (odběr biologického materiálu, příprava pacientů na vyšetření), terapeutické (podávání léků per os, inhalacemi, injekcemi,...), preventivní (edukace pacientů) a administrativní (záznamy do ošetrovatelské dokumentace, psaní žádanek, zakládání výsledků,...). Akutní péče je zajišťována na jednotce intenzivní péče, koronární jednotce, metabolické jednotce a jiných. Je zde poskytována odborná specializovaná péče pacientům s ohrožením základních životních funkcí. Pracují zde sestry specialistky (47).

1. 4. 4 Charakteristika zkoumaného interního oddělení

Zkoumané interní oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s., funguje v současné době jako klasická interna s nediferencovaným příjmem pacientů, jehož součástí jsou odborné ambulance. Sídli v horním areálu nemocnice a skládá se ze tří standardních interních oddělení označovaných jako interna A, B a C, kde je pacientům poskytována péče na 110 lůžkách. Na dalších 8 lůžkách je poskytována péče na metabolické a intenzivní jednotce péče. O pacienty se zde stará tým 18 lékařů a 53 sester pod vedením pana primáře Mudr. Pavla Havránka a vrchní sestry paní bakalářky Pavly Havlišové (30).

Specializovanou péči oddělení poskytuje pacientům s chorobami ledvin, včetně hemodialýzy a peritoneální dialýzy. Součástí oddělení je metabolické centrum,

poskytující péči pacientům, kteří mají poruchy metabolismu kostí nebo výživy, obezitu či cukrovku. Diabetici mají zajištěnu komplexní péči od zavedení intenzifikovaných inzulinových režimů přes terapii inzulinovou pumpou. Péče je zde poskytována také pacientům s revmatickým onemocněním, chorobami pojiva a krve (29).

Pacienti hospitalizovaní na standardní interně A nebo B mají na oddělení k dispozici jídelnu s televizí, nápojovým automatem (na kávu, čaj, čokoládu,...) a telefonní automat na mince. Pacienti z interny C využívají služby na interně A nebo B. Ve všech prostorách je zákaz kouření. Na pokoji mají možnost používat mobilní telefony tak, aby nerušili ostatní pacienty a zdravotníky při práci, tzn. mimo dobu vizit, vyšetření a dobu nočního klidu. Cennosti a vyšší finanční částky mají možnost si po dobu hospitalizace uložit do trezoru. Návštěvní doba je od 14:00 do 17:00 hodin, ale je možné se individuálně domluvit na jiné době. Interní oddělení nemá k dispozici nadstandardní pokoje.

Stravování pacientů je zajištěno dovážením stravy z kuchyně menzy na tzv. tablet systémem. Kolektiv nutričních terapeutek dbá na dodržování zásad správné výživy, kontroluje přípravu stravy, a sestavuje jídelní lístky pro všechny pacienty. Většina pacientů má předepsanou racionální stravu, známou pod dietou číslo 3, kdy není nutné žádné dietní omezení. Tam, kde onemocnění vyžaduje některá omezení, je ordinována dieta jako součást léčby. Strava má vždy dodávat základní živiny, vitaminy a minerály, být chutná, esteticky upravená a pestrá (35).

1. 5 Práva pacientů

Existence práv pacientů a jejich uplatňování se významně podílí na vztahu zdravotníka a pacienta. Rozvoj práv pacientů je determinován několika faktory. Nejdůležitější je rostoucí tlak na snižování nákladů (zavedení větší hospodárnosti a stanovení priorit), zvyšující se zájem médií a zvyšující se pozornost věnovaná kvalitě péče, jejíž nedílnou součástí je i hodnocení poskytované péče a léčby z perspektivy pacientů (15).

První kodex Práv pacientů zformuloval lékárník David Anderson z Virginie v USA v roce 1971. Anderson zdůraznil právo nemocného na autonomii, respekt, sebeurčení a individuální přístup. V této době dobře reagoval na „medicínu mlčení“, tedy stav, kdy pro pacienta bylo hodně vykonáno, ale bylo s ním zacházeno jako s předmětem. V Evropě měla na vývoj práv pacientů vliv Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, která byla přijata roku 1994 v Amsterdamu pod záštitou úřadovny WHO pro Evropu. Tento dokument je komplexním souborem práv pacientů v rámci poskytované zdravotní péče. Hlavní část Deklarace Práv pacientů je rozdělena do 7 oddílů: lidská práva a hodnoty ve zdravotní péči (např. právo na respekt vůči soukromí, právo o sobě rozhodovat, právo na respekt morálních, kulturních, náboženských a filozofických hodnot), informace (např. právo na úplné informace o zdravotním stavu, právo na srozumitelné informace, právo vyžádat si názor více odborníků), souhlas (např. informovaný souhlas pacienta), důvěrnost a soukromí (např. sdělování důvěrných informací dalším osobám pouze se souhlasem pacienta), ošetřování a léčba (např. právo na kontinuitu péče, právo volby nebo změny lékaře, právo na důstojné umírání), uplatňování práv (právo na přístup k informacím a pokynům, která člověku umožní uplatnit práva uvedená v tomto dokumentu) a definice použitých termínů. V České republice je historie práv pacientů velmi krátká. Do roku 1989 se v tehdejší Československu o právech pacientů nehovořilo, vztah lékaře a pacienta byl do této doby paternalistický. V roce 1990 začala při Ministerstvu zdravotnictví ČR pracovat první Centrální etická komise (nyní Národní etická komise), ta zformulovala návrh na zveřejnění české verze práv pacientů. Definitivní verze práv pacientů, která respektuje česká specifika, byla vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR v únoru 1992 (9, 15, 14) (viz příloha č.4).

2. Cíl práce a hypotézy

2. 1 Cíl práce

Zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí poskytovanou na interních oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s.

2. 2 Hypotézy

Prostřednictvím šetření byly ověřovány následující pracovní hypotézy:

H 1: Dotazovaní pacienti jsou spokojeni s celkovou poskytovanou péčí.

H 2: Dotazovaní pacienti jsou spokojeni s ošetřujícím personálem.

H 3: Dotazovaní pacienti hodnotí zdravotnickou péči kladně.

H 4: Dotazovaní pacienti hodnotí pobyt v nemocnici kladně.

3. Metodika

3. 1 Použitá metoda

Pro zmapování spokojenosti pacientů a sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Dotazník pro pacienty byl anonymní a obsahoval celkem 30 otázek. Dotazník se skládal z 27 uzavřených otázek, kde si respondent vybral vhodnou odpověď, dále ze 2 polouzavřených otázek, kde respondent mohl specifikovat svoji odpověď, a z 1 otázky otevřené, kde respondent mohl sám napsat svoji odpověď. První tři otázky se týkaly demografických údajů. Otázky číslo 4-9 byly zaměřeny na spokojenost pacientů s ošetřujícím personálem. Jak hodnotí pacienti pobyt v nemocnici zjišťovaly otázky číslo 10-19. Na hodnocení zdravotnické péče byly zaměřeny otázky číslo 20-26. Spokojenost pacientů s celkovou poskytovanou péčí zjišťovaly otázky číslo 27-32. Součástí dotazníku bylo oslovení dotazovaných a vysvětlení smyslu vyplnění dotazníku (viz příloha č. 5).

Na základě osobního kontaktu s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, jsem získala souhlas k uskutečnění šetření. Následně jsem zkontaktovala vrchní sestru interních oddělení, která mi umožnila vstup na oddělení a uskutečnění šetření.

3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru

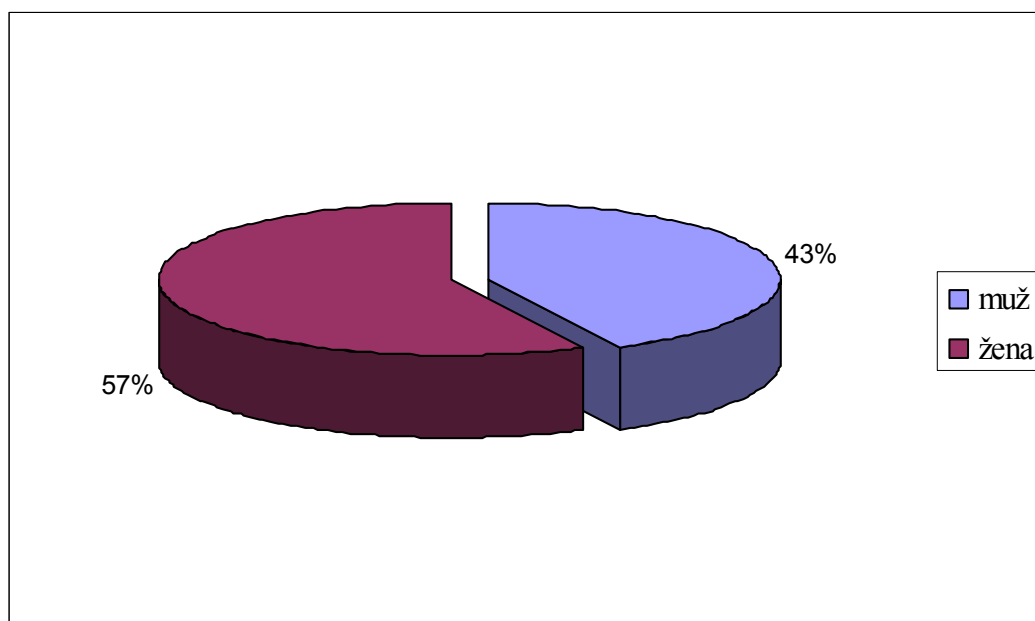
Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní v měsíci lednu roku 2008 na interním oddělení A, B a C v Nemocnici České Budějovice a.s.

V prosinci roku 2007 byl proveden předvýzkum, kdy byla na 10 respondentech vyzkoušena srozumitelnost otázek. Na základě předvýzkumu byla opravena otázka číslo 21. Následně, v lednu 2008, bylo provedeno šetření u 180 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení A, B a C. 13 dotazníků se nevrátilo. Návratnost dotazníků z původního počtu byla 93 %. 7 dotazníků bylo pro neúplnost dat vyřazeno. Ke zpracování dat bylo celkem zařazeno 160 (100 %) dotazníků. Výzkumný soubor byl tvořen 160 pacienty.

4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví pacientů

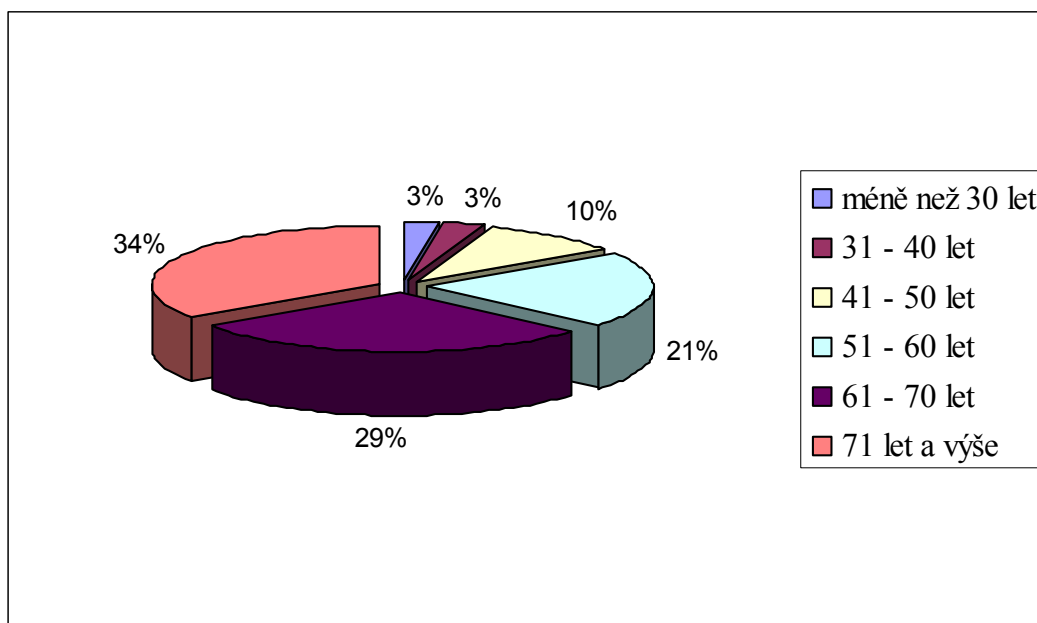
(graf k otázce č.1)



Výzkumný soubor tvořilo 160 respondentů (100 %). Z toho bylo 92 žen (57 %) a 68 mužů (43 %).

Graf 2 Věkové kategorie pacientů

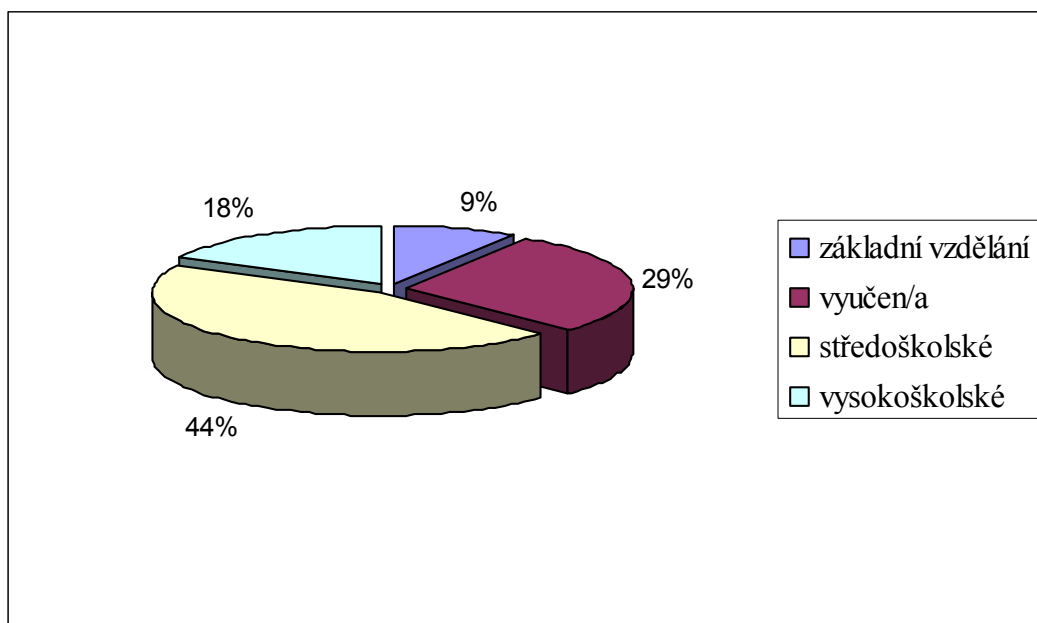
(graf k otázce č.2)



Tento graf demonstruje věkové kategorie respondentů našeho empirického šetření. První věkovou kategorií „méně než 30 let“ tvoří 4 (3 %) respondenti. Druhou věkovou kategorií „31 – 40 let“ tvoří 5 (3 %) respondentů. Třetí věkovou kategorií „41 – 50 let“ tvoří 16 (10 %) respondentů. Čtvrtou věkovou kategorií „51 – 60 let“ tvoří 33 (21 %) respondentů. Pátou věkovou kategorií „61 – 70 let“ tvoří 47 (29 %) respondentů. Šestou věkovou kategorií „71 let a výše“ tvoří 55 (34 %) respondentů. Z grafu je zřejmé, že nejvíce zastoupenou věkovou kategorií jsou dotazovaní respondenti ve věku „71 let a výše“. Nejméně zastoupeni jsou dotazovaní respondenti ve věkové kategorii „méně než 30 let“ a „31-40 let“.

Graf 3 Dosažené vzdělání pacientů

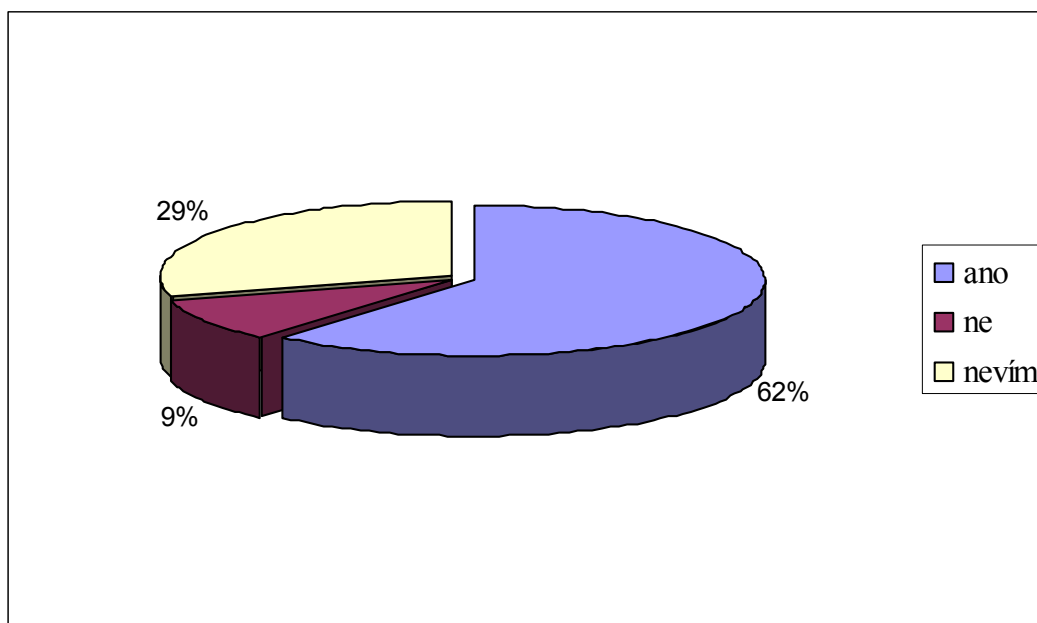
(graf k otázce č.3)



Z celkového počtu 160 (100 %) respondentů má 14 (9 %) základní vzdělání, 46 (29 %) je vyučeno, středoškolské vzdělání má 72 (44 %) respondentů a vysokoškolské 28 (18 %). Z grafu je patrné, že nejpočetnější skupinu tvořili dotazovaní respondenti se středoškolským vzděláním a nejmenší skupinu dotazovaní respondenti se základním vzděláním.

Graf 4 Představení a první kontakt s pacientem

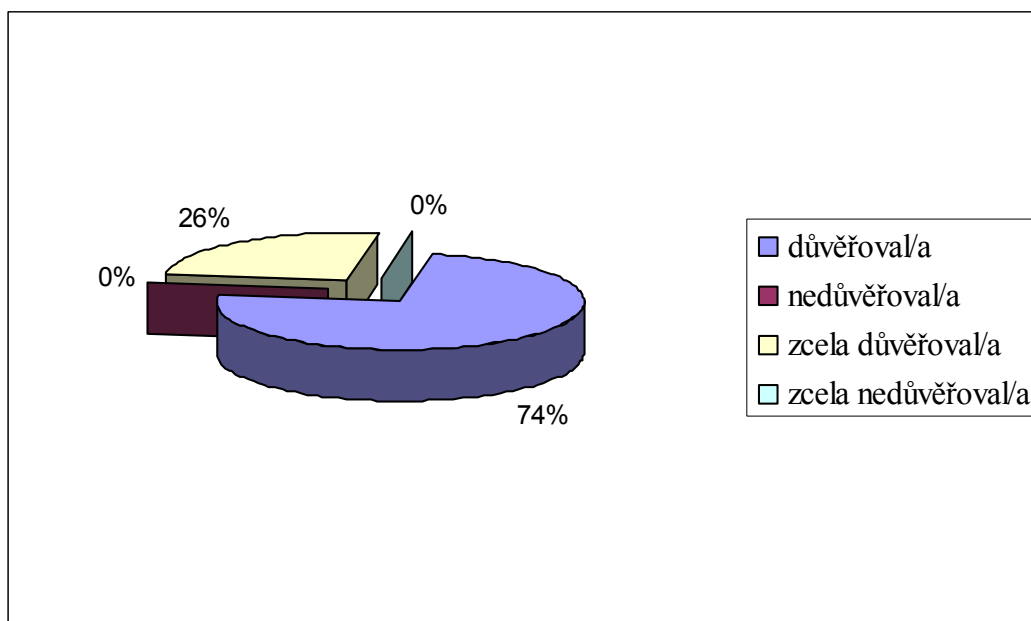
(graf k otázce č.4)



Při zjišťování, zda se sestra pacientům při prvním kontaktu představí, odpovědělo 98 (62 %) respondentů kladně, 15 (9 %) respondentů odpovědělo záporně, a 47 (29 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Z grafu je prokazatelné, že při prvním setkání se sestra nadpoloviční většině dotazovaných respondentů představila.

Graf 5 Důvěra pacientů k ošetřujícím sestřám

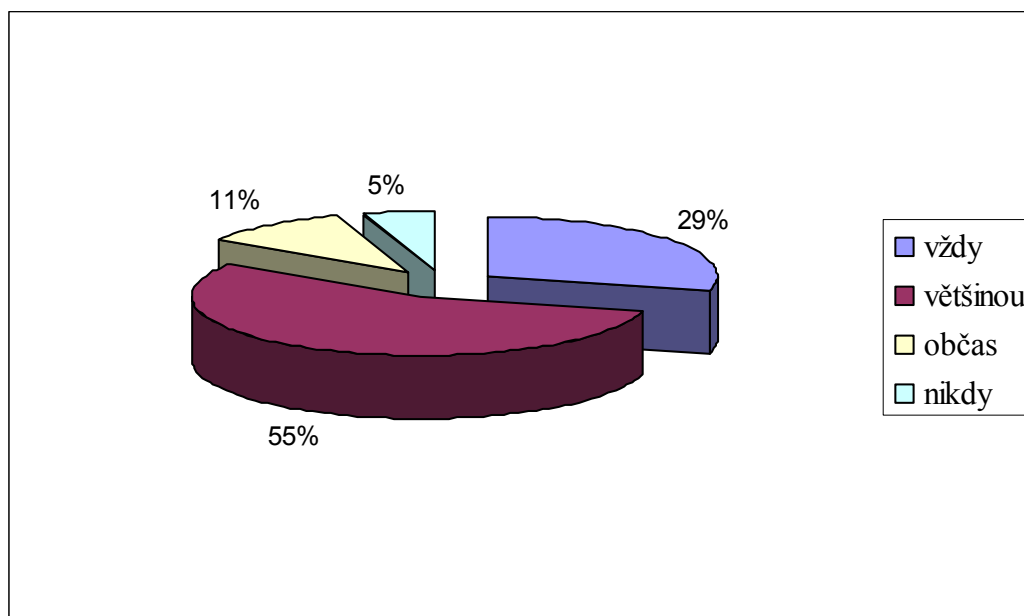
(graf k otázce č.5)



Při zjišťování důvěry pacientů k sestřám, které je ošetřovaly, uvedlo 41 (26 %) respondentů, že důvěřovali zcela, 119 (74 %) respondentů označilo odpověď důvěřovali. Odpověď nedůvěřovali a zcela nedůvěřovali neuvedl žádný z respondentů. Všichni dotazovaní respondenti důvěřovali ošetřujícím sestřám.

Graf 6 Vysvětlení důvodu prováděných vyšetření a výkonů sestrou

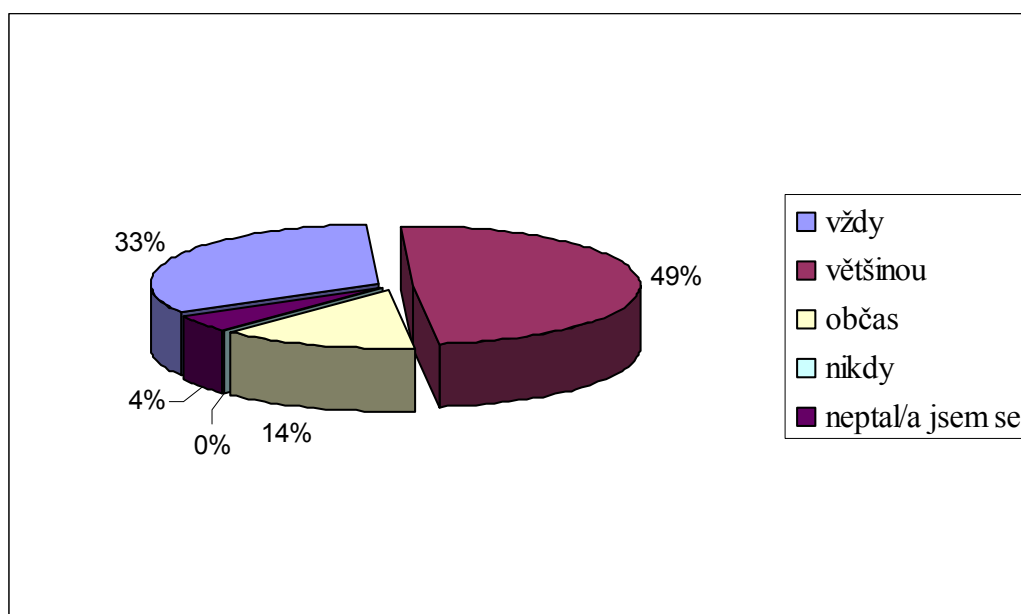
(graf k otázce č.6)



46 (29 %) respondentů označilo, že sestra vždy vysvětluje důvod vyšetření a výkonů, které provádí, 89 (55 %) respondentů označilo odpověď většinou, 17 (11 %) respondentů označilo odpověď občas, a 8 (5 %) respondentů označilo odpověď nikdy. Z grafu je patrné, že nadpolovičními počtu dotazovaných respondentů byl vysvětlován důvod vyšetření a výkonů prováděných sestrou.

Graf 7 Pochopení odpovědi na položenou otázku

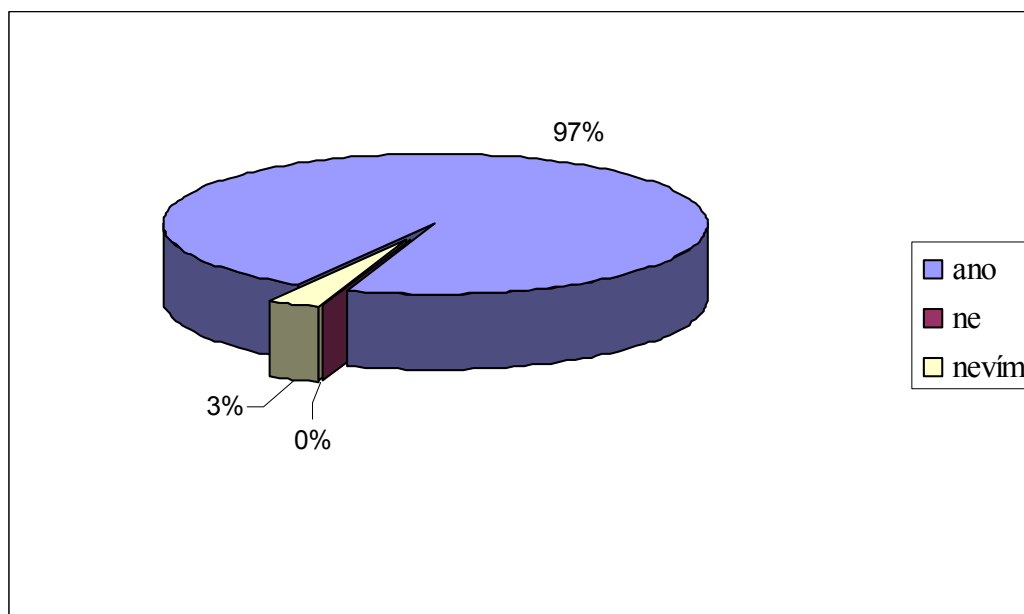
(graf k otázce č.7)



52 (33 %) respondentů uvádí, že pokud sestře položili otázku, dostali vždy odpověď, kterou pochopili. 78 (49 %) respondentů zvolilo odpověď většinou, 23 (14 %) respondentů odpovědělo občas, žádný respondent si nevybral odpověď nikdy. 7 (4 %) respondentů uvedlo, že se neptali. 3/4 dotazovaných respondentů uvedlo, že pokud se sestry na něco zeptali, obdrželi odpověď, které porozuměli.

Graf 8 Poskytnutí času sestry ke komunikaci

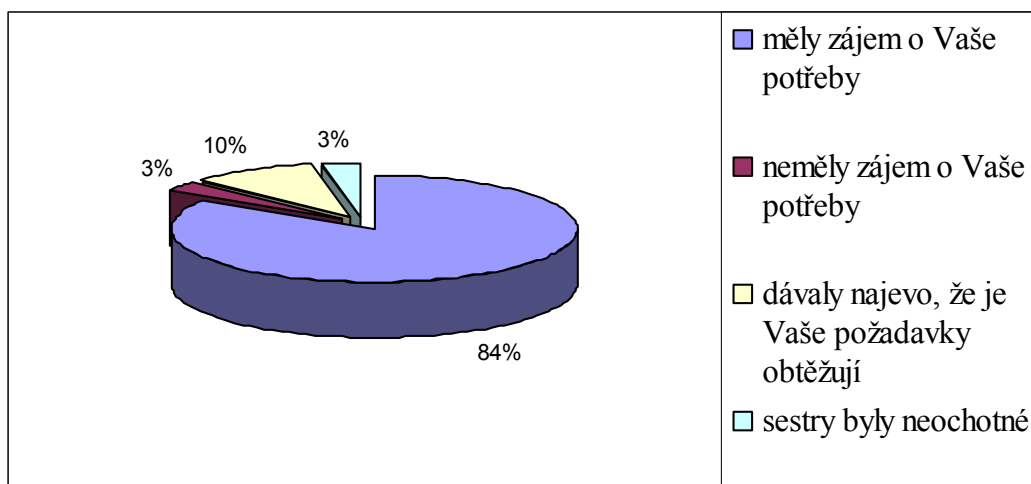
(graf k otázce č.8)



155 (97 %)respondentů uvedlo, že pokud potřebovali, poskytla jim sestra čas promluvit si. Odpověď ne neoznačil nikdo z respondentů a nevím označilo 5 (3 %) respondentů. Z grafu je zřejmé, že sestra věnovala čas komunikaci s dotazovanými respondenty.

Graf 9 Hodnocení přístupu sester k pacientovi

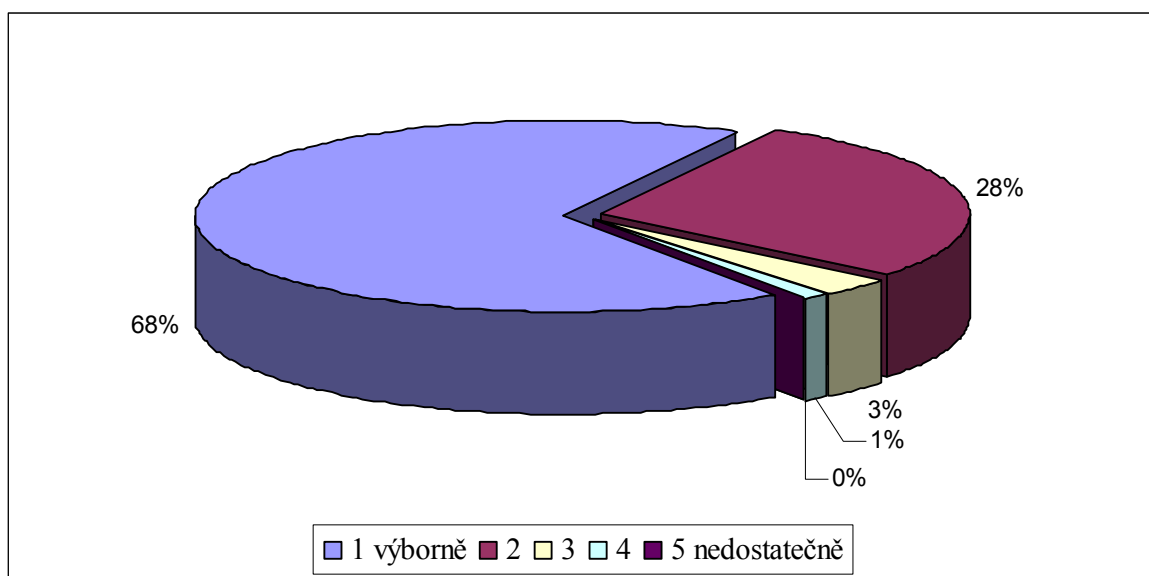
(graf k otázce č.9)



Při zjišťování přístupu sester k pacientovi uvedlo 134 (84 %) respondentů, že sestry měly zájem o jejich potřeby. 5 (3 %) respondentů uvedlo, že neměly zájem o jejich potřeby. 16 (10 %) respondentů uvedlo, že sestry dávaly najevo, že jejich požadavky je obtěžují. Sestry byly neochotné označilo 5 (3 %) respondentů. Z grafu je zřejmé, že sestry měly zájem o potřeby nadpolovičního počtu dotazovaných respondentů a neochota sester byla minimální.

Graf 10 Celkové hodnocení chování sester

(graf k otázce č.10)



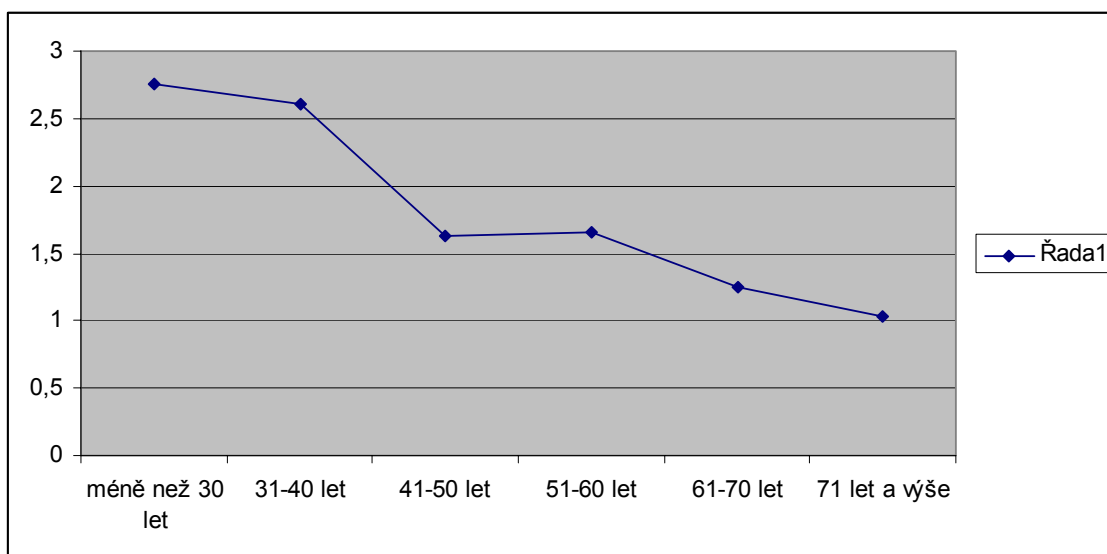
Při celkovém hodnocení chování sester označilo 108 (68 %) respondentů známku 1 (výborně), známku 2 (chvalitebně) označilo 45 (28 %) respondentů, známku 3 (dobře) označilo 5 (3 %) respondentů, známku 4 (dostatečně) označili 2 (1 %) respondenti a známku 5 (nedostatečně) neoznačil žádný z dotázaných respondentů. Z grafu je patrné, že nadpoloviční většina dotazovaných respondentů hodnotila celkové chování sester jako výborné.

Tabulka č. 1 : Celkové hodnocení chování sester (průměrná hodnota ve všech položkách) ve vztahu k věku respondentů (1 = výborně, 5 = nedostatečně)

věk	počet	průměr/položky	SD*
	160	1,381	0,605
méně než 30 let	4	2,75	1,089
31-40 let	5	2,60	1,019
41-50 let	16	1,625	0,484
51-60 let	33	1,66	0,530
61-70 let	47	1,25	0,435
71 let a výše	55	1,036	0,186

SD* = standardní směrodatná odchylka

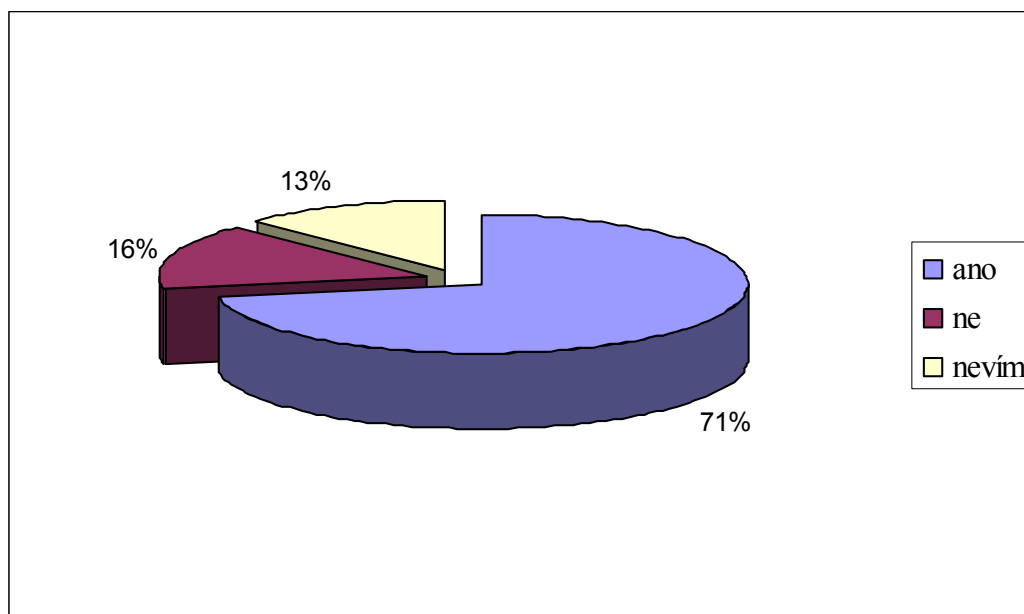
(graf č.11)



Z prezentované tabulky a grafu je zřejmé, že věk determinuje spokojenost pacientů. Čím byli dotazovaní respondenti starší, tím byli spokojenější s chováním sester.

Graf 12 Seznámení s denním režimem na oddělení

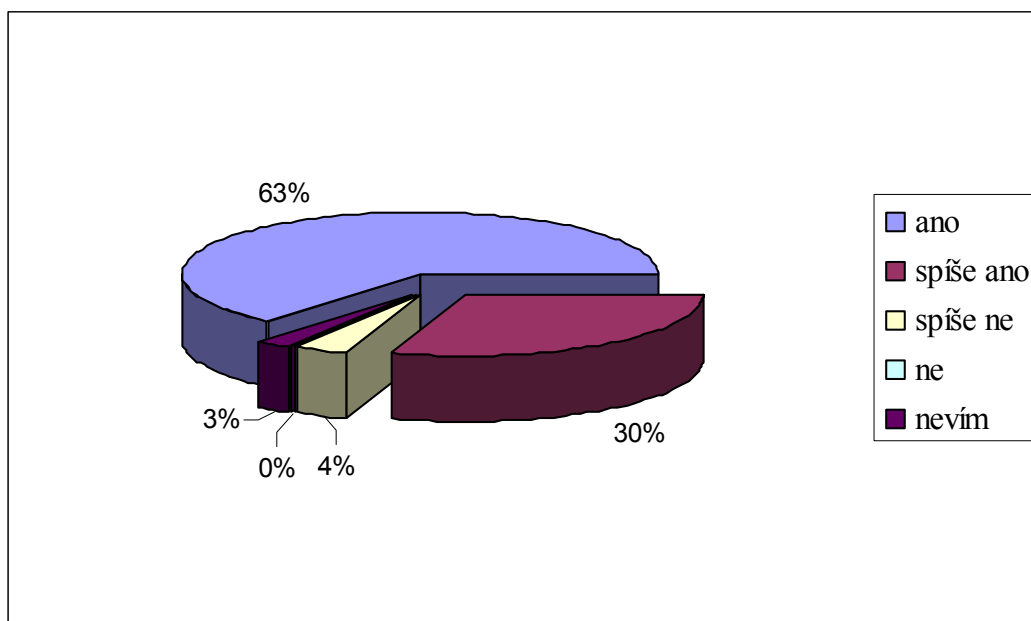
(graf k otázce č.11)



Graf prezentuje, že s denním režimem na oddělení bylo seznámeno 115 (71 %) respondentů, 25 (16 %) respondentů s režimem seznámeno nebylo a 20 (13 %) respondentů odpovědělo nevím. Více jak polovina dotazovaných respondentů byla seznámena s denním režimem na oddělení.

Graf 13 Spokojenost s denním režimem na oddělení

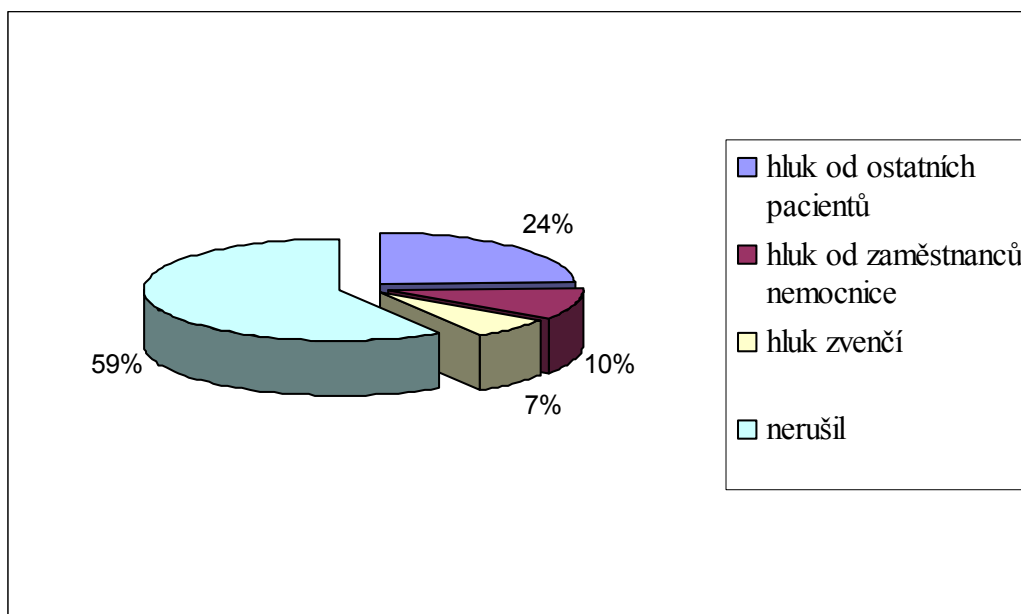
(graf k otázce č. 12)



Na otázku jak jste spokojeni s denním režimem na oddělení odpovědělo 102 (63 %) respondentů, že jsou spokojeni, 48 (30 %) spíše ano, 6 (4 %) spíše ne, 4 (3 %) nevím a ne neodpověděl žádný respondent. Z grafu je zřejmé, že více jak polovina dotazovaných respondentů byla spokojena s denním režimem na oddělení.

Graf 14 Rušení nočního klidu během noci

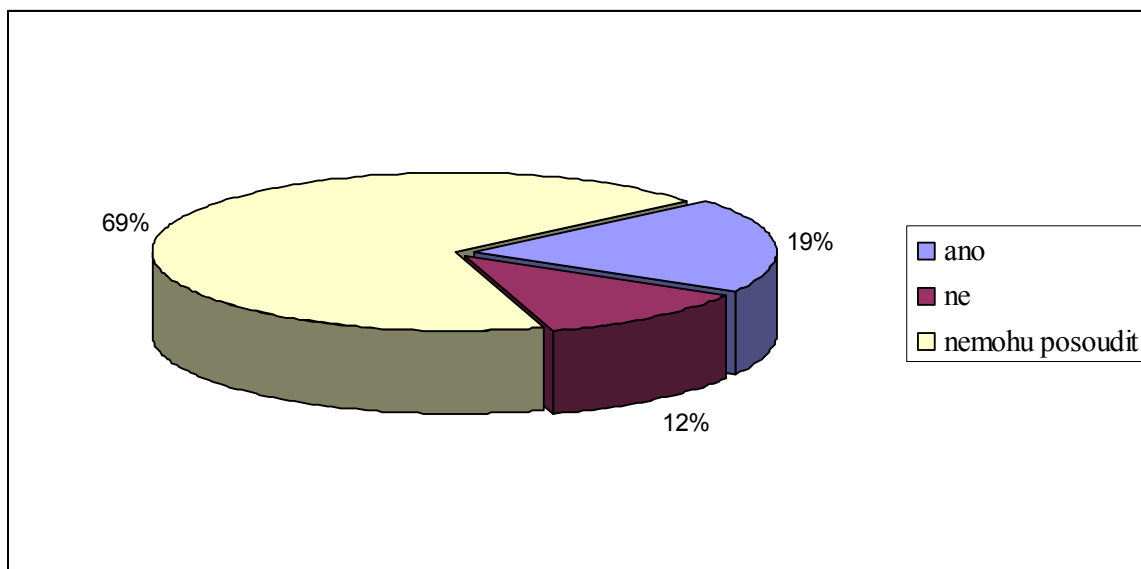
(graf k otázce č.13)



Graf znázorňuje, že 94 (59 %) respondentů v době nočního klidu nebylo rušeno hlukem. Hluk od ostatních pacientů rušil 39 (24 %) respondentů, hluk od zaměstnanců nemocnice rušil 16 (10 %) respondentů a 11 (7 %) respondentů rušil hluk zvenku. Z grafu je zřejmé, že přes polovinu dotazovaných respondentů nebylo v době nočního klidu rušeno.

Graf 15 Pomoc při jídle

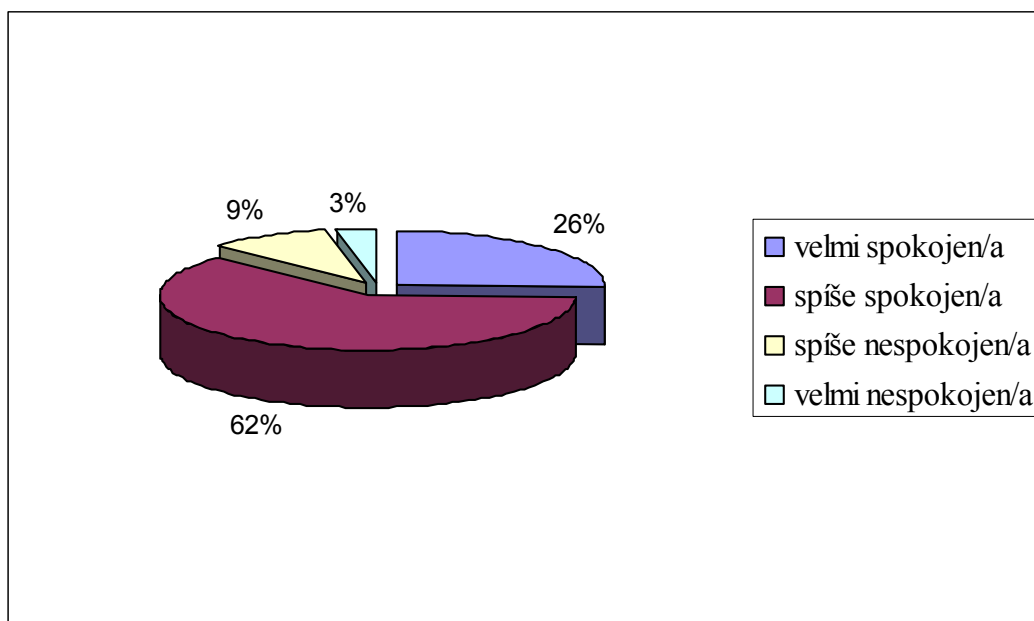
(graf k otázce č.14)



Při zjišťování, zda byl ochoten pacientům někdo pomoci s jídlem, pokud to potřebovali, odpovědělo ano 31 (19 %) respondentů, ne odpovědělo 19 (12 %) respondentů a nemohu posoudit odpovědělo 110 (69 %) dotázaných respondentů.

Graf 16 Spokojenost pacientů s množstvím stravy

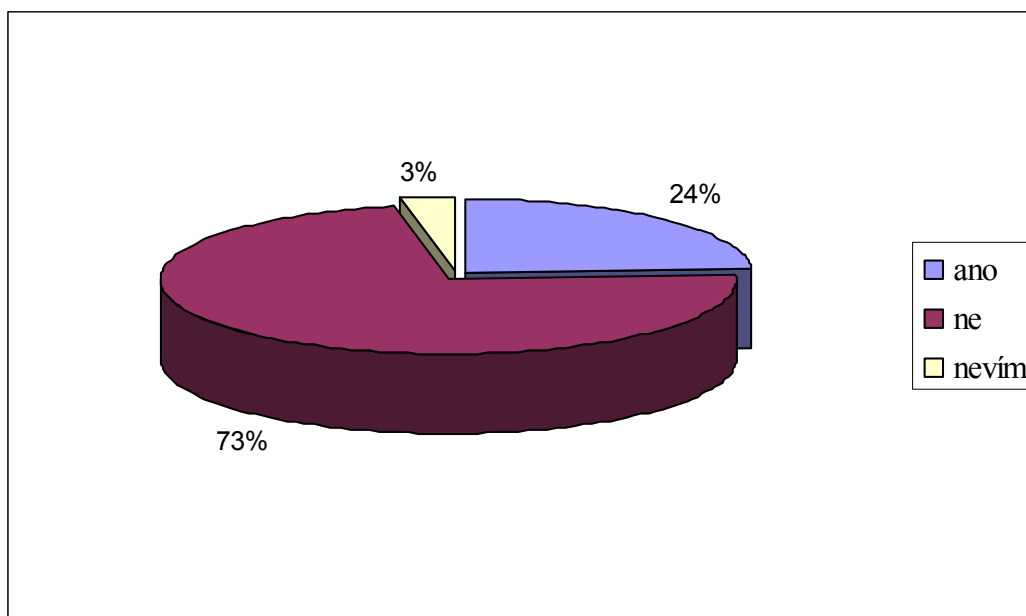
(graf k otázce č.15)



Při zjišťování spokojenosti pacientů s množstvím stravy bylo zjištěno, že 41 (26 %) respondentů bylo velmi spokojeno, 99 (62 %) respondentů bylo spíše spokojeno, spíše nespokojeno bylo 15 (9 %) respondentů a velmi nespokojeno bylo 5 (3 %) respondentů. Z grafu je zřejmé, že nadpoloviční počet dotázaných respondentů byl s množstvím stravy spokojen.

Graf 17 Dodržování diety

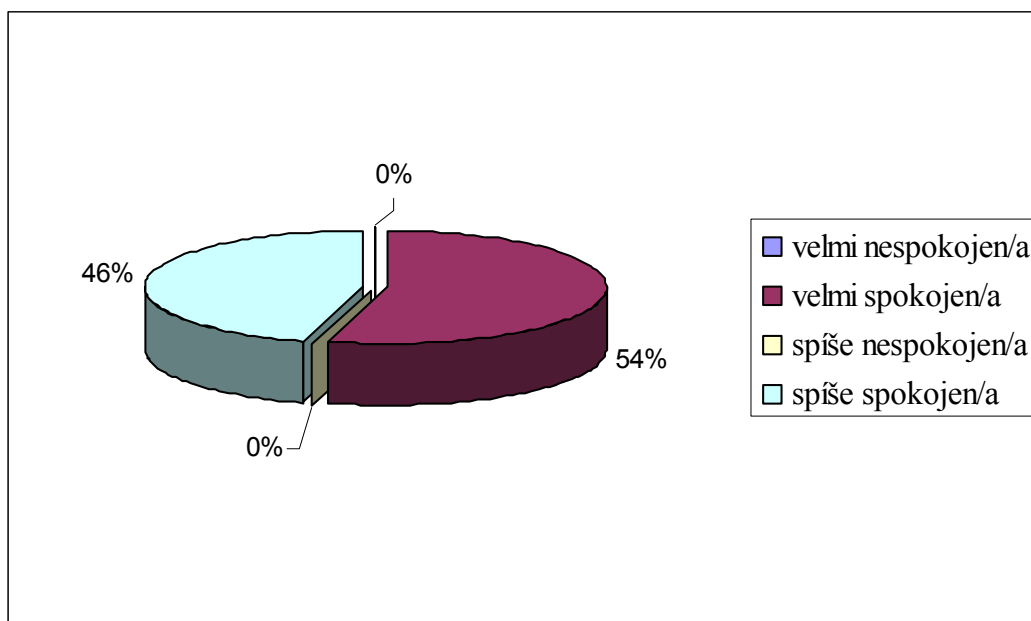
(graf k otázce č.16)



Graf znázorňuje, že dietu uvedlo 38 (24 %) respondentů. 117 (73 %) respondentů uvedlo, že dietu předepsanou neměli a 5 (3 %) respondentů označilo odpověď nevím. Z grafu je zřejmé, že 3/4 dotázaných respondentů dietu předepsanou neměli.

Graf 18 Spokojenost pacientů s čistotou a pořádkem na oddělení

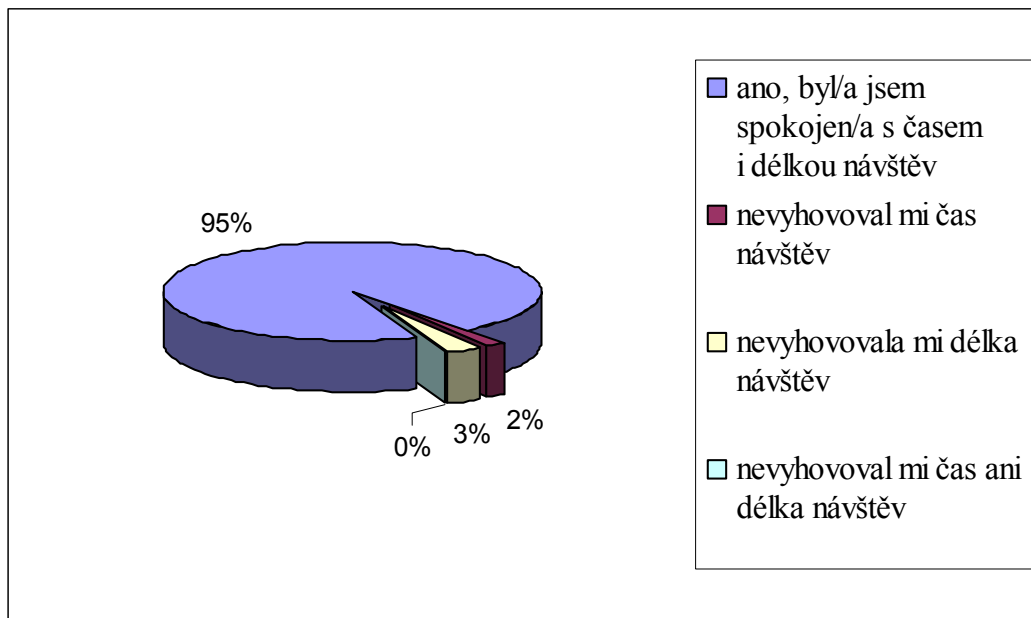
(graf k otázce č.17)



S čistotou a pořádkem na oddělení bylo velmi spokojeno 87 (54 %) respondentů, spíše spokojeno 73 (46 %) respondentů. Velmi nespokojen či spíše nespokojen nebyl žádný z respondentů. Všichni dotazovaní respondenti byli spokojeni s čistotou a pořádkem na oddělení.

Graf 19 Spokojenost pacientů s délkou a časem návštěv

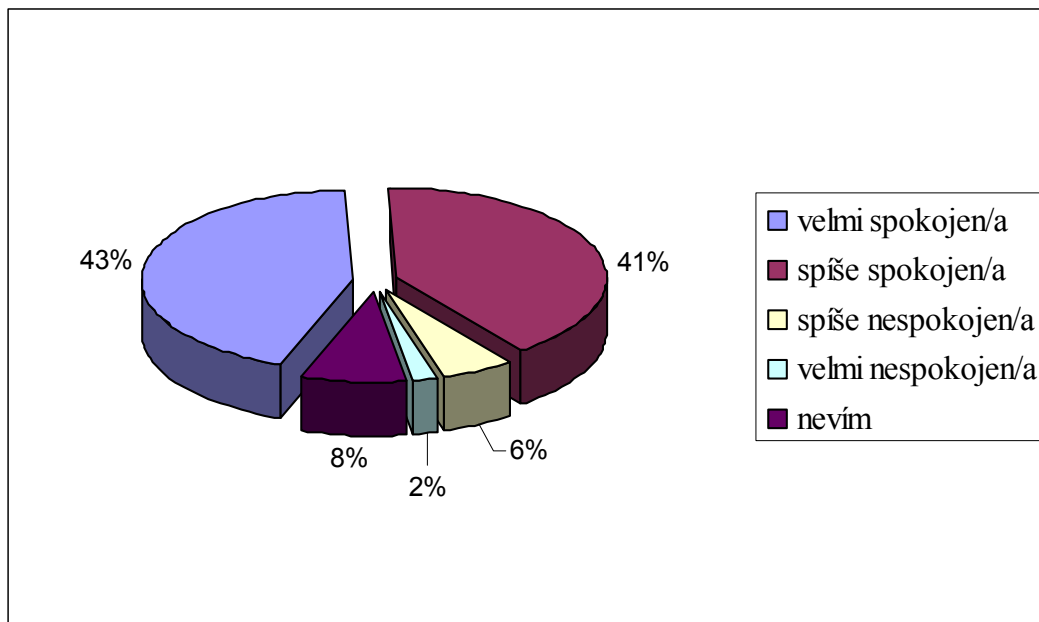
(graf k otázce č.18)



Graf znázorňuje, že s délkou i časem návštěv bylo spokojeno 152 (95 %) respondentů. Čas návštěv nevyhovoval 3 (2 %) respondentům, délka návštěv nevyhovovala 5 (3 %) respondentům. Žádný respondent nebyl nespokojen s časem i délkou návštěv. Až na minimální výjimky byli dotazovaní respondenti spokojeni s délkou a časem návštěv.

Graf 20 Spokojenost pacientů se službami na oddělení

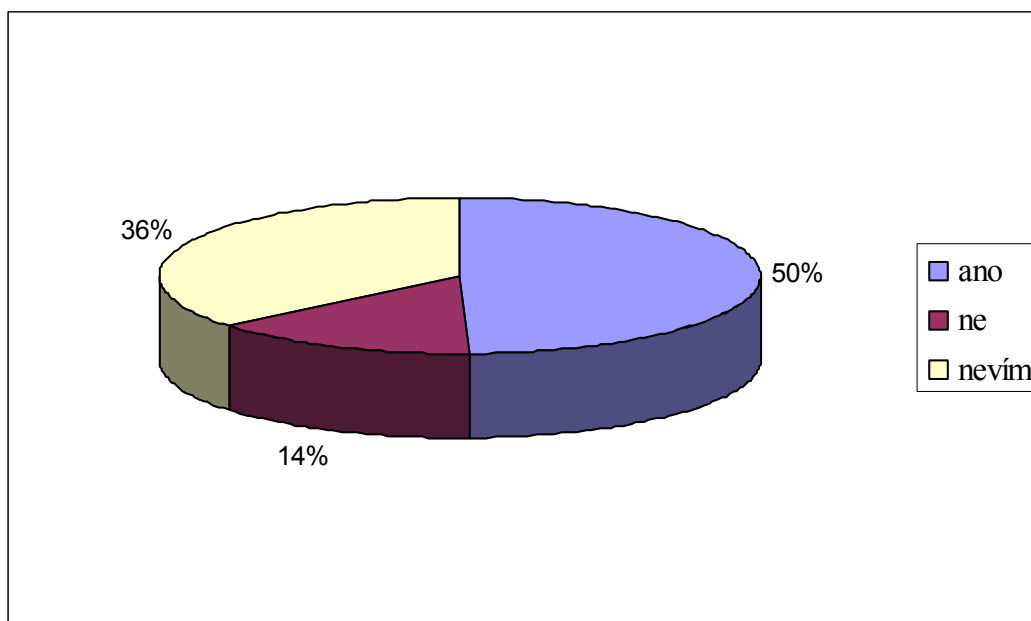
(graf k otázce č.19)



Z celkového počtu respondentů bylo se službami na oddělení 70 (43 %) respondentů velmi spokojeno, 65 (41 %) respondentů bylo spíše spokojeno, 9 (6 %) respondentů bylo spíše nespokojeno, 3 (2 %) respondenti byli velmi nespokojeni. 13 (8 %) respondentů se nedokázalo vyjádřit. 3/4 dotazovaných respondentů byli spokojeni se službami na oddělení.

Graf 21 Seznámení s právy pacientů

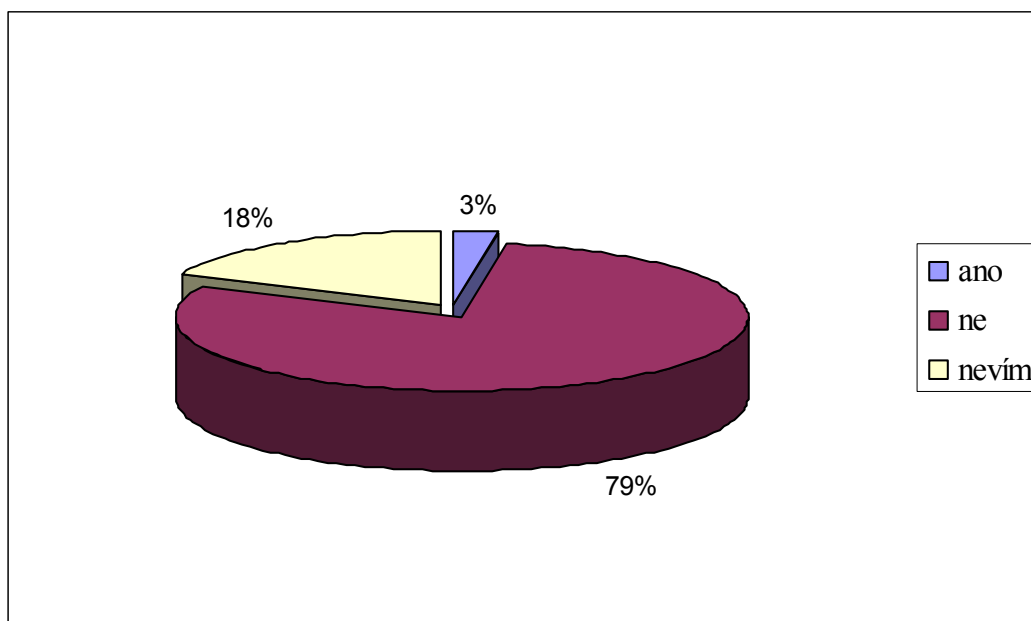
(graf k otázce č.20)



S právy pacientů bylo seznámeno 79 (50 %) respondentů. 23 (14 %) respondentů udává, že s právy pacientů seznámeni nebyli a 58 (36 %) respondentů neví. Polovina dotazovaných respondentů byla seznámena s právy pacientů.

Graf 22 Rozdílná odpověď od lékařů a sester na stejný dotaz

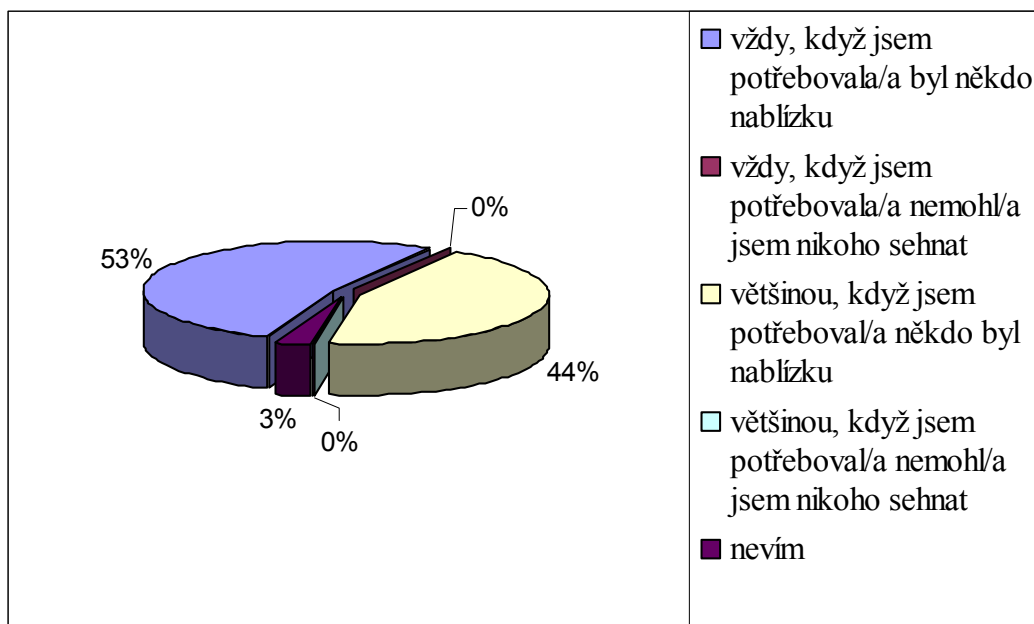
(graf k otázce č.21)



Graf znázorňuje, že rozdílnou odpověď od lékařů a sester na stejný dotaz dostali 4 (3 %) respondenti. 127 (79 %) respondentů se s touto situací neseťkalo a 29 (18 %) respondentů uvedlo, že neví. 3/4 dotazovaných respondentů uvedli, že rozdílnou odpověď od lékařů a sester na stejný dotaz nedostali.

Graf 23 Spokojenost pacientů s dosažitelností zdravotnického personálu na oddělení

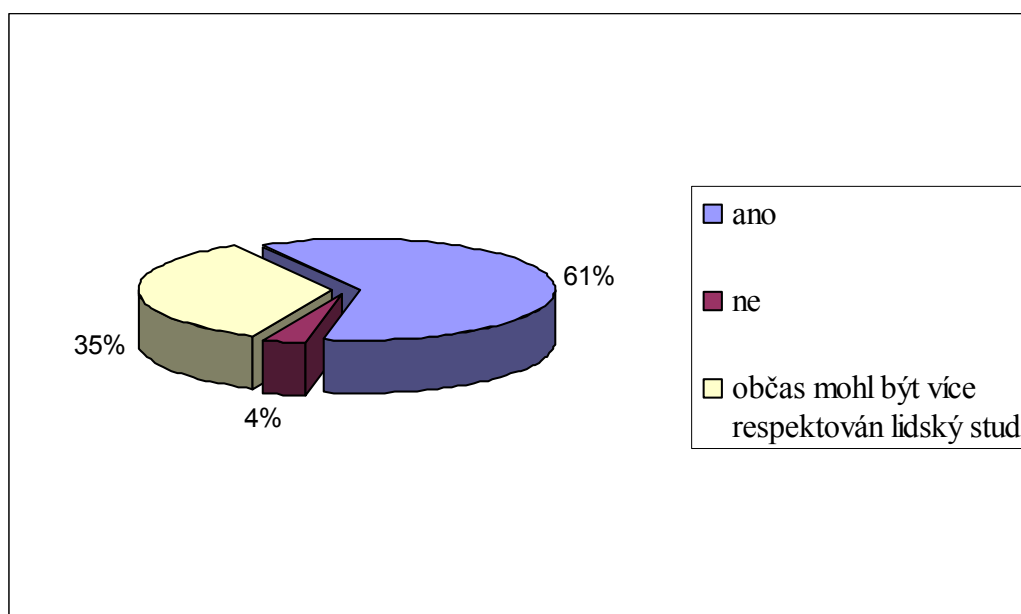
(graf k otázce č.22)



Z grafu je patrné, že 85 (53 %) respondentů vždy, když potřebovali, byl někdo nablízku. 70 (44 %) dotázaných udává většinou, když jsem potřeboval/a byl někdo nablízku. Žádný z respondentů neoznačil odpověď většinou, když jsem potřeboval/a nemohl/a jsem nikoho sehnat ani odpověď vždy, když jsem potřeboval/a nemohl/a jsem nikoho sehnat. 5 (3 %) respondentů uvedlo, že neví. Až na minimální výjimky byl dotazovaným respondentům někdo nablízku, když potřebovali.

Graf 24 Soukromí při výkonech prováděných sestrou

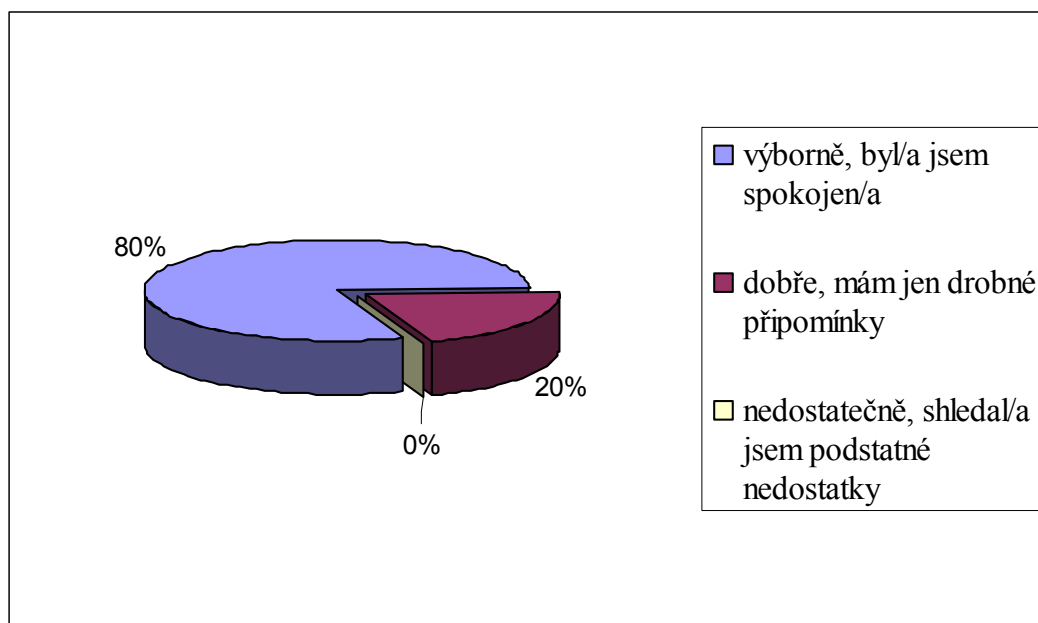
(graf k otázce č.23)



Z celkového počtu respondentů mělo 98 (61 %) dotázaných dostatek soukromí při výkonech prováděných sestrou. 6 (4 %) respondentů udává, že dostatek soukromí neměli a 56 (35 %) respondentů uvedlo, že občas mohl být více respektován lidský stud. Nadpoloviční počet dotazovaných respondentů měl dostatek soukromí při výkonech prováděných sestrou.

Graf 25 Hodnocení úrovně poskytované ošetrovatelské péče

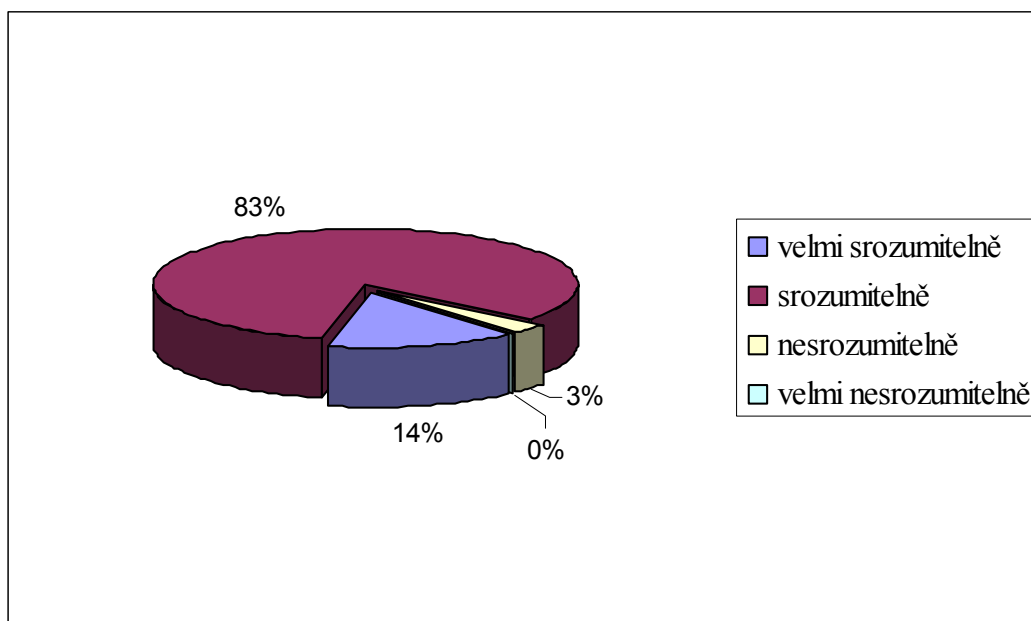
(graf k otázce č.24)



Úroveň poskytované ošetrovatelské péče byla hodnocena u 128 (80 %) respondentů jako výborná. 32 (20 %) respondentů mělo jen drobné připomínky. Žádný z respondentů nehodnotil péči nedostatečně.

Graf 26 Poučení pacienta před propuštěním z nemocnice

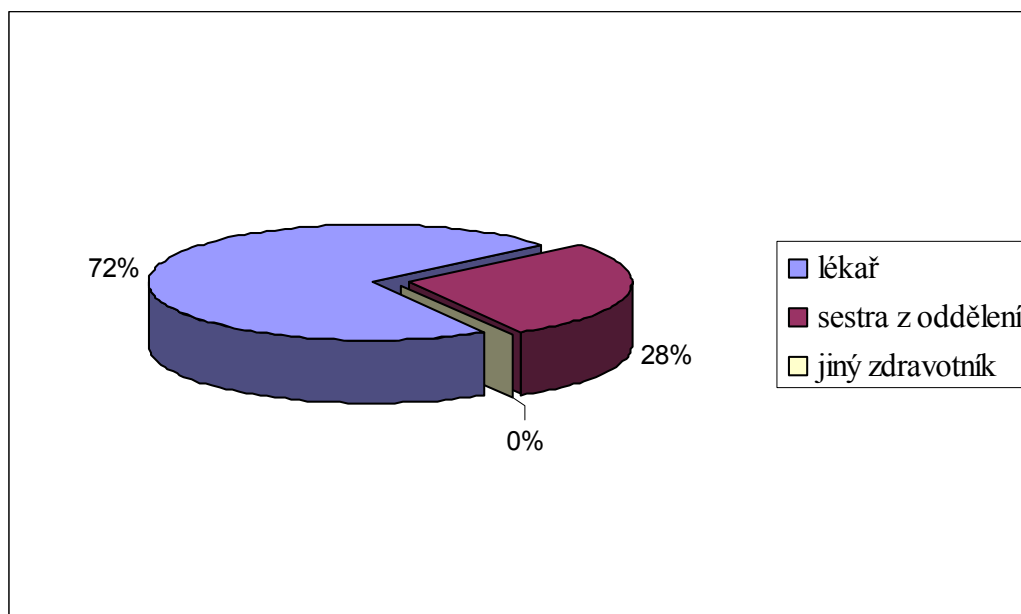
(graf k otázce č.25)



Před propuštěním z nemocnice bylo poučeno 23 (14 %) respondentů velmi srozumitelně, 132 (83 %) respondentů srozumitelně, 5 (3 %) respondentů nesrozumitelně a žádný z respondentů neoznačil poučení jako velmi nesrozumitelné. Z grafu je zřejmé, že před propuštěním z nemocnice byli srozumitelně poučeni prakticky všichni dotazovaní respondenti.

Graf 27 Kdo ze zdravotníků pacienta poučil

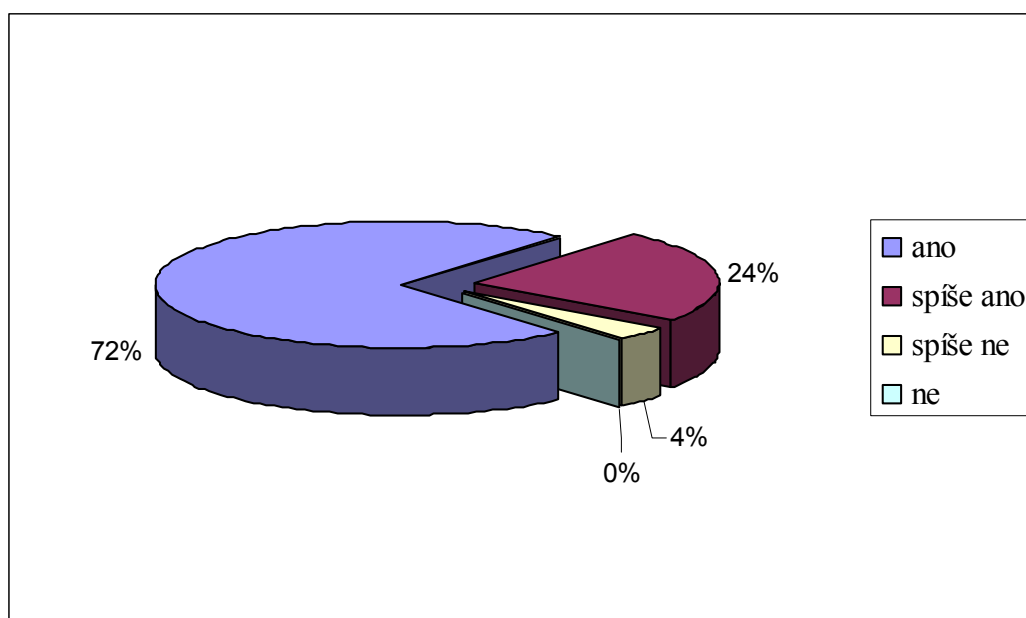
(graf k otázce č.26)



Graf znázorňuje, že 115 (72 %) respondentů poučil lékař, 45 (28 %) respondentů poučila sestra z oddělení a žádný respondent nevedl, že by jej poučil jiný zdravotník. 3/4 dotazovaných respondentů poučil lékař.

Graf 28 Opakovaná volba zdravotnického zařízení

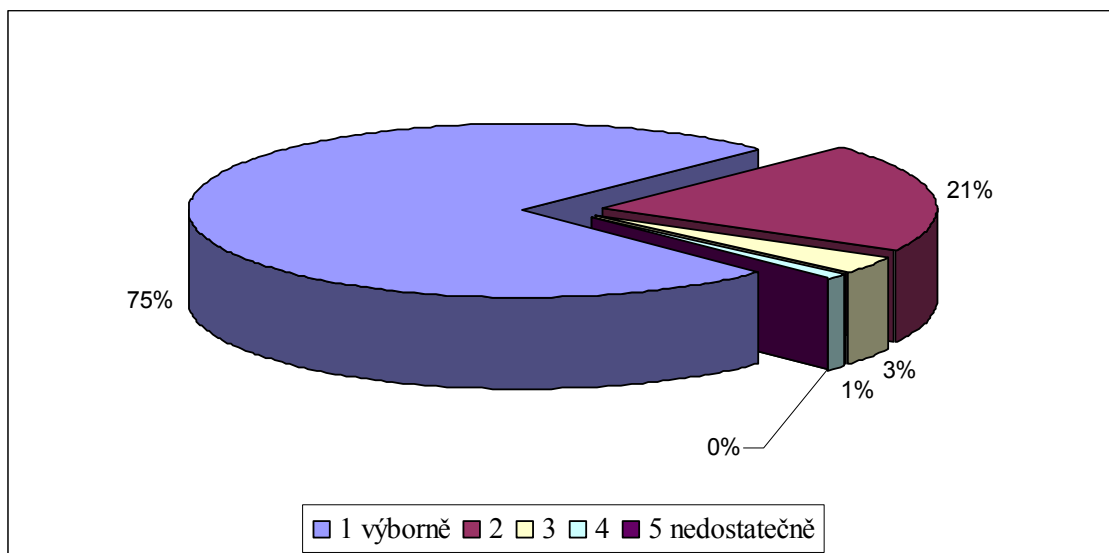
(graf k otázce č.27)



Pokud by zdravotní stav znovu vyžadoval nemocniční léčení, znovu by si toto zdravotnické zařízení vybralo 116 (72 %) respondentů. Spíše ano uvedlo 38 (24 %) respondentů, spíše ne uvedlo 6 (4 %) respondentů. Žádný z respondentů si nevybral odpověď ne. Až na minimální výjimky by si toto zdravotnické zařízení opět vybrali všichni dotazovaní respondenti.

Graf 29 Celkové hodnocení poskytované péče

(graf k otázce č.28)



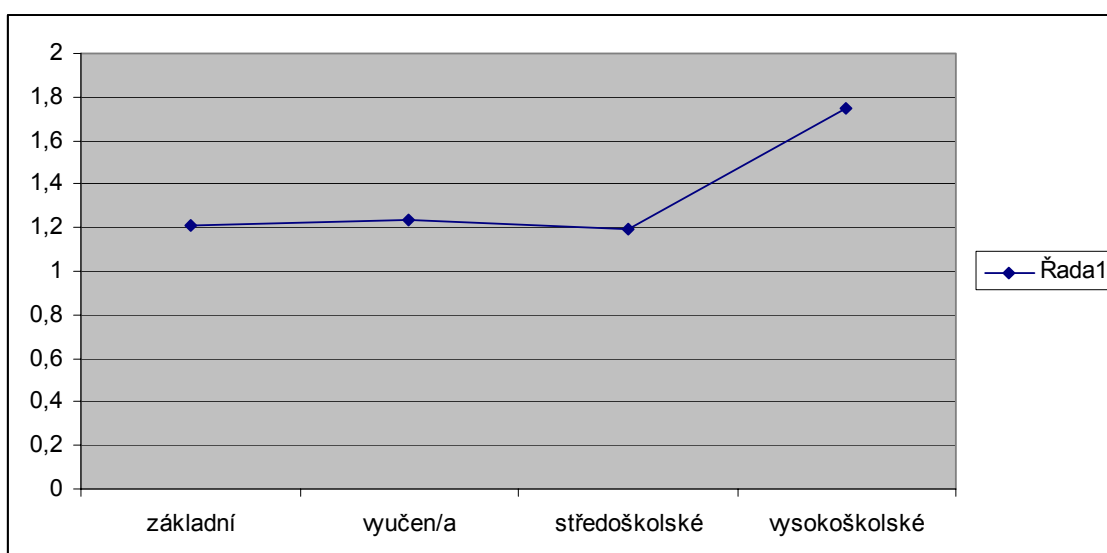
Z výsledku grafu číslo 29 demonstrujícího celkové hodnocení poskytované péče je zřejmé, že 120 (75 %) respondentů hodnotilo poskytovanou péči celkově jako výbornou. 13 (21 %) respondentů poskytovanou péči celkově hodnotilo jako chvalitebnou, 5 (3 %) respondentů ji hodnotilo jako dobrou a 2 (1 %) respondenti jako dostatečnou. Žádný z dotázaných respondentů péči nehodnotil jako nedostatečnou. Z grafu vyplývá, že 3/4 dotazovaných respondentů hodnotí poskytovanou péči celkově jako výbornou.

Tabulka č.2 : Celkové hodnocení poskytované péče (průměrná hodnota ve všech položkách) ve vztahu ke vzdělání respondentů (1 = výborně, 5 = nedostatečně)

vzdělání	počet	průměr / položky	SD*
základní	14	1,214	0,815
vyučen/a	46	1,239	0,552
středoškolské	72	1,194	0,456
vysokoškolské	28	1,750	0,781

SD* = standardní směrodatná odchylka

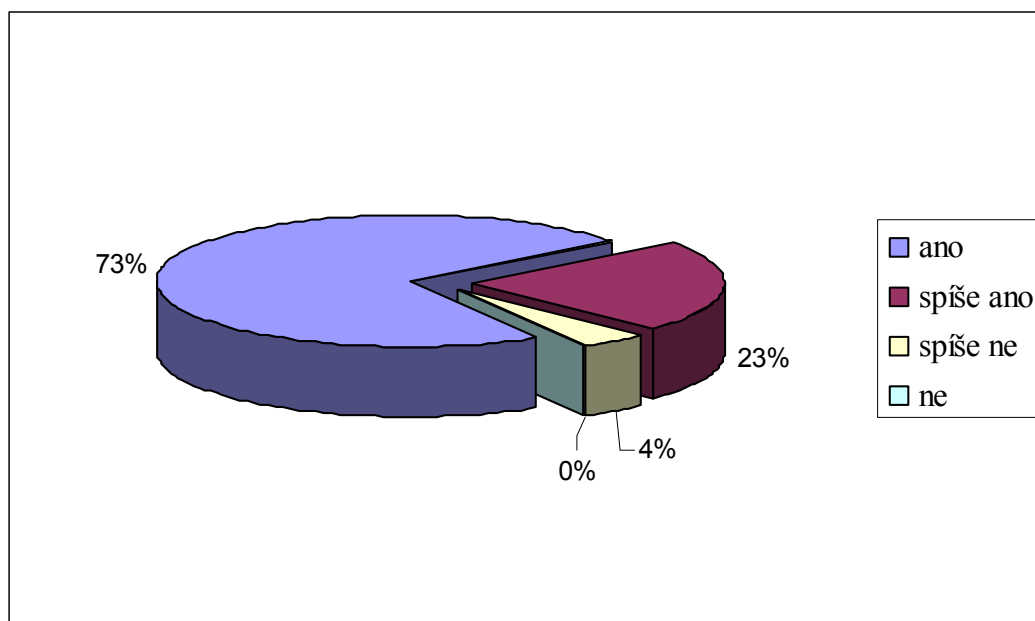
(graf č. 30)



Z prezentované tabulky a grafu je zřejmé, že vysokoškolsky vzdělání respondenti byli méně spokojeni s poskytovanou péčí než respondenti se základním vzděláním, vyučením a středoškolsky vzdělání.

Graf 31 Doporučení nemocnice

(graf k otázce č.29)



Tuto nemocnici by svým blízkým či přátelům doporučilo 117 (73 %) respondentů, spíše ano uvedlo 36 (23 %) respondentů, 7 (4 %) respondentů uvedlo spíše ne a žádný respondent si nevybral možnost ne. Z grafu je zřejmé, že až na minimální výjimky by danou nemocnici doporučili svým přátelům a známým všichni dotazovaní respondenti.

Graf 32 Další připomínky k ošetrovatelské péči

(doslovné odpovědi respondentů)

Dotazník č.:

34 „Mám problém s nájzdem pro invalidní vozík na toaletě, jelikož je moc vysoký.“

76 „S invalidním vozíkem nelze pro jeho výšku najíždět na taoletu.“

98 „Bylo by vhodné prodloužit čas návštěv v pracovní dny.“

112 „V týdnu končí čas návštěv brzy, pracující člověk to může těžko stíhat.“

156. „Nebylo by možné mít čas návštěv pracovní dny déle? Nevyhovuje mi, že končí již v pět hodin.“

5. Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na interních odděleních.

Našeho empirického šetření se zúčastnilo 160 respondentů hospitalizovaných na interním oddělení A, B nebo C v Nemocnici České Budějovice a.s. Demografickou charakteristiku zkoumaného souboru rozlišují první tři otázky v dotazníku, které jsou zaměřeny na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

Z analýzy výsledků tohoto empirického výzkumu vyplývá, že zastoupení hospitalizovaných žen je vyšší 92 (57 %) než zastoupení mužů 68 (43 %). Tuto skutečnost potvrzuje i Hnilicová, která uvádí, že ženy patří k častějším konsumentům zdravotní péče než muži. A ačkoliv ženy žijí v průměru o 5-7 let déle než muži, nemocnost žen se zdá být vyšší. Ženy tudíž tvoří ve většině nemocnic převahu pacientů a jsou také častěji ambulantně ošetřeny. Řada badatelů se proto zabývala otázkou, zda existují rozdíly ve spokojenosti mezi ženami a muži a zda větší zkušenost žen se zdravotnictvím se nějakým způsobem promítá do jejich spokojenosti se zdravotní péčí. Výsledky ukazují, že ženy spíše než muži inklinují k menší spokojenosti a větší kritičnosti (2).

Z hlediska věku respondentů vyplývá, že nejvíce zastoupeni ve výběrovém vzorku byli dotazovaní respondenti ve věkové kategorii 71 let a výše. Tato skupina byla nejpočetnější, jelikož se do ní zařadilo 55 (34 %) dotazovaných respondentů. Z věkové analýzy je patrné, že čím starší lidé jsou, tím jsou více nemocní a následně hospitalizovaní. Juřeníková ve své publikaci uvádí, že s věkem přibývají choroby a ty dále mají tendenci vyvolávat řetězovou reakci, kdy jedna choroba podmiňuje vznik choroby jiné (18). Dle Hnilicové věk ze všech demografických charakteristik nejprůkazněji determinuje spokojenost pacientů. Mezi těmito proměnnými byla zjištěna závislost jak v našich, tak v zahraničních průzkumech. V literatuře se diskutuje o příčině toho, proč jsou starší pacienti více spokojeni s různými druhy zdravotní péče. První názor je, že vyšší věk a s ním spojené nemoci jsou považovány za handicap, protože v západní civilizaci převládá kult mládí, výkonnosti a soběstačnosti. Starší lidé si toto

uvědomují a obávají se ztráty oblíbenosti a následné sociální izolace. Nechtějí být odmítáni a na obtíž, proto jejich požadavky a náročnost s věkem klesají a spíše narůstá pocit vděčnosti. To se projevuje v hodnocení zdravotní péče, mají tendenci být se vším spokojeni. Druhý názor vznikl na základě analýzy videozáznamů „lékař-pacient“, kde je patrné, že komunikace mezi lékaři a staršími pacienty je mnohem uvolněnější. Jelikož kvalita komunikace je pro pacienty velmi důležitá, determinuje subjektivní vnímání odborné kvality poskytnuté péče. Čím jsou pacienti starší, tím jsou spokojenější s poskytovanou péčí (2).

Otázka týkající se vzdělání respondentů byla zvolena proto, že jinak bude péči přijímat vysokoškolsky vzdělaný člověk, u kterého se dají předpokládat větší znalosti a informovanost, a jinak člověk se základním vzděláním. Výsledky ukázaly, že nejpočetnější skupinu respondentů tvořili pacienti se středoškolským vzděláním 72 (44 %), dále pacienti vyučení 46 (29 %), následují pacienti s vysokoškolským vzděláním 28 (18 %). Nejmenší skupinu, přesto svým počtem nezanedbatelnou, tvoří pacienti se základním vzděláním 14 (9 %). Hnilicová uvádí, že mezi vzděláním pacientů a jejich spokojeností s léčebnou péčí existuje určitý vztah. Vzdělanější pacienti jsou v porovnání s pacienty s nižším vzděláním více kritičtí a o něco méně spokojeni. V některých průzkumech se však tento vztah nepotvrdil a ukázalo se, že v našich podmínkách jsou nejvíce kritickou skupinou pacientů spíše středoškoláci, než lidé s vysokoškolským vzděláním (2).

Výsledky šetření, vycházející z grafů číslo 4-10 jsou zaměřeny na spokojenost pacientů s ošetřujícím personálem.

Na základě našeho šetření můžeme konstatovat, že sestra se při prvním kontaktu s pacientem představila 98 (62 %) respondentům, naopak 15 (9 %) pacientům se sestra nepředstavila a 47 (29 %) respondentů to neví. Lávičková uvádí, že každý nemocný přichází do neznámého prostředí a sestra je často první, s kým je pacient v kontaktu. Je tedy na sestře, aby ho přivítala a představila se jménem. Pacient má vždy právo vědět, kdo ho ošetřuje (25). Jak uvádí také Matoušovic, první rozhovor mezi pacientem a sestrou začíná vždy vzájemným představením, při kterém sestra pacientovi sdělí nejen své jméno, ale také mu vysvětlí své úkoly při jeho ošetřování (49).

Dále můžeme dle grafu číslo 5 konstatovat, že všichni dotazovaní pacienti důvěřovali sestřím, které je ošetřovaly. Zjištění této skutečnosti lze považovat za pozitivní, neboť důvěra v sestru je důležitá pro celkovou pohodu pacienta. Jak uvádí Zacharová, sestra musí v pacientovi budit důvěru svými odbornými znalostmi, projevovat vysokou dávku trpělivosti a taktu, neboť kvalitní ošetrovatelská péče není možná bez kontaktu mezi zdravotníkem a pacientem a bez jejich vzájemné důvěry (57).

Dle grafu číslo 6 je patrné, že sestry pacientům vysvětlují důvody vyšetření a výkonů, které jim provádějí, neboť odpověď vždy uvedlo 46 (29 %) respondentů, většinou 89 (55 %) respondentů, odpověď občas uvedlo 17 (11 %) pacientů a nikdy uvedlo pouze 8 (5 %) dotázaných. Staňková ve svém článku uvádí, že sestra má během ošetrovatelských výkonů i při základní péči s pacientem komunikovat a vyjadřovat veškerým svým jednáním respekt k nemocnému (43).

V následující otázce číslo 7 jsme zjišťovali, zda pacient, který položil sestře otázku, dostal odpověď, kterou pochopil, neboť dobrá komunikace mezi sestrou a pacientem je vždy základem úspěchu. Z grafu číslo 7 vyplývá, že 52 (33 %) respondentů odpověď pochopilo vždy, 78 (49 %) respondentů odpověď pochopilo většinou, 23 (14 %) respondentů udalo odpověď občas, 7 (4 %) respondentů se neptalo a odpověď nikdy neuvedl žádný z respondentů. Jak uvádí Lávičková, někdy se stává, že sestry bývají nesdílné, uzavřené vůči pacientům a poskytují jim jen minimum informací, což se v našem výzkumu nepotvrdilo (25).

Dle výsledků našeho šetření, sestry pacientům poskytly čas promluvit si pokud potřebovali. Tuto skutečnost uvedlo 155 (97 %) respondentů. Domnívali jsme se, že sestry se stále zaměřují spíše na výkony a na komunikaci s pacienty jim již nezbývá čas. Z tohoto důvodu výsledek považujeme za pozitivní.

Kladné výsledky přineslo také hodnocení přístupu sester k pacientům. Jak prezentuje graf číslo 9, 134 (84 %) respondentů uvedlo, že sestry měly zájem o jejich potřeby, pouze 5 (3 %) respondentů uvedlo, že sestry neměly zájem o jejich potřeby. 16 (10 %) pacientů uvedlo, sestry dávaly najevo, že naše požadavky je obtěžují. Odpověď sestry byly neochotné označilo 5 (3 %) dotázaných. Sestra musí mít vždy pochopení pro problémy a potřeby nemocného a zaujímat k nim adekvátní přístup.

Z analýzy výsledků grafu číslo 10, který prezentuje celkové hodnocení chování sester, je zřejmé, že 108 (68 %) respondentů ohodnotilo chování sester jako výborné, 45 (28 %) respondentů ho označilo jako chvalitebné, 5 (3 %) respondentů jako dobré, 2 (1 %) respondenti jako dostatečné a žádný z dotázaných respondentů neohodnotil chování sester jako nedostatečné. Více než polovina dotazovaných respondentů hodnotila celkové chování sester jako výborné, což považujeme za pozitivní zjištění.

Z tabulky číslo 1 a grafu číslo 11 vyplývá, že věk determinuje spokojenost pacientů. Čím byli dotazovaní respondenti starší, tím byli spokojenější s chováním sester.

Pomocí následujících devíti otázek jsme zjišťovali, jak respondenti hodnotí pobyt v nemocnici.

K pocitu spokojenosti pacientů je důležité, aby byli seznámeni s denním režimem na oddělení, proto jsme do šetření zařadili tuto otázku. Výsledky přináší graf číslo 12 ze kterého je patrné, že 115 (71 %) respondentů bylo s denním režimem seznámeno, 25 (16 %) jich seznámeno nebylo a 20 (13 %) respondentů uvedlo odpověď nevím. Matoušovic uvádí, že sestra pacienta při prvním kontaktu seznámí se zásadami a pravidly chodu oddělení, na němž je hospitalizován (49).

Otázka číslo 12 částečně rozvíjí předchozí otázku tím, že zjišťuje spokojenost pacientů s denním režimem na oddělení. Výsledky nás pozitivně překvapily, jelikož jsme předpokládali nespokojenost pacientů s dobou ranního buzení na oddělení, které je přibližně kolem půl sedmé ráno. 102 (63 %) respondentů bylo spokojeno, 48 (30 %) respondentů bylo spíše spokojeno, 6 (4 %) pacientů bylo spíše nespokojeno, 4 (3 %) dotázaných označilo odpověď nevím a žádný z respondentů nebyl nespokojen.

Spánek je nezbytným předpokladem k udržení zdraví člověka a má pro něj jak ochranný, tak regenerační význam. Nemocný člověk má větší potřebu spánku než člověk zdravý, proto stojí za povšimnutí výsledky grafu číslo 14. Demonstruje, zda pacienty rušil v době nočního klidu nějaký hluk. Jelikož se na oddělení jedná nejčastěji o dvoulůžkové pokoje, očekávali jsme, že respondenty bude rušit hluk od ostatních pacientů, což také potvrdilo 39 (24 %) respondentů. 16 (10 %) respondentů uvedlo, že je rušil hluk od zaměstnanců nemocnice a 11 (7 %) respondentů rušil hluk zvenčí.

Překvapivé bylo zjištění, že 94 (59 %) respondentů nerušil žádný hluk. Trachtová uvádí, že problémy se spánkem se řadí mezi nejčastější stížnosti pacientů. Příčinou nejčastěji bývá samotný fakt hospitalizace, změna prostředí, nedostatek soukromí a klidu (52).

Výživa ovlivňuje nejen duševní pohodu a zdraví, ale způsob stravování člověka se také významně podílí na jeho celkovém zdravotním stavu a průběhu některých onemocnění. Příjem přiměřeného množství pevné a tekuté stravy je biologická, primární potřeba člověka, nezbytná pro udržení života, jak ve své publikaci popisuje Trachtová (52). Z tohoto důvodu byly zařazeny otázky, týkající se stravy nemocných, i do našeho šetření. Z grafu číslo 15, který prezentuje, zda byl ochoten pacientům někdo pomoci s jídlem, pokud to potřebovali, uvedlo 31 (19 %) respondentů ano, 19 (12 %) respondentů uvedlo ne, a 110 (69 %) dotázaných respondentů uvedlo nemohu posoudit.

Další výsledky, které demonstuje graf číslo 16, se týkají spokojenosti respondentů s množstvím stravy. Velmi spokojeno bylo 41 (26 %) respondentů, spíše spokojeno bylo 99 (62 %) respondentů, spíše nespokojeno bylo 15 (9 %) respondentů a velmi nespokojeno bylo 5 (3 %) respondentů. Problém se stravováním v nemocnicích je jedním z často diskutovaných a řešených problémů, a to jak na úrovni nemocnic, tak také na celorepublikové úrovni v tisku. Naše výsledky považujeme za uspokojivé.

Spokojenost pacientů se stravováním v nemocnici do jisté míry ovlivňuje také to, zda pacienti musí dodržovat nějakou předepsanou dietu. Proto jsme zjišťovali, zda dotazovaní pacienti měli dietu, což prezentuje graf číslo 17. Ve 38 (24 %) případech respondenti odpověděli ano, 117 (73 %) respondentů odpovědělo ne a 5 (3 %) respondentů odpovědělo nevím.

Jelikož spokojenost člověka ovlivňuje také prostředí, ve kterém se nachází, je důležité zjistit jeho spokojenost i s těmito faktory. Jak uvádí Farkašová, pacient vnímá všechny faktory prostředí, ať se jedná o rozlohu a vybavení pracoviště, ale také jeho estetickou úpravu a čistotu, organizaci práce, úroveň vztahů i osobní image zdravotnických pracovníků. Aby mohla sestra zajistit optimální ošetrovatelskou péči, musí znát vlivy prostředí, které působí na pacienty (11). Z analýzy výsledků našeho šetření vychází, že s čistotou a pořádkem na oddělení bylo velmi spokojeno 87 (54 %) respondentů, spíše spokojeno bylo 73 (46 %) respondentů, nespokojen nebyl žádný

z respondentů, jak je patrné z grafu číslo 17. Tuto skutečnost považujeme za velmi pozitivní. Jak uvádí Čechová, není však důležité dbát jen o dokonalou čistotu, ale také o barevnost prostředí, výzdobu obrázkem, ubrusem apod. a to všude tam, kde to hygienické předpisy a provoz oddělení umožňují, neboť jednotvárnost a malá barevnost negativně ovlivňují estetické potřeby nemocného (8).

Návštěvy pacientů v nemocnicích přispívají jednak k celkové psychické pohodě nemocných, ale jsou také důležité pro sestry, které tak mohou získat cenné informace o nemocném. Příbuzní nám mohou pomoci poznat osobnost pacienta, ale také nás mohou informovat o problémech, které nám sám nemocný buď cíleně zatajuje, nebo si je v dané chvíli ani neuvědomuje. Navázání kontaktu s příbuznými nemocného prohloubí důvěru pacienta a jeho okolí k sestře a napomáhá k otevřenější komunikaci, jak uvádí Šamánková (49). Čechová dále uvádí, že v nemocnici často dochází k omezení styku s širší rodinou, s přáteli a spolupracovníky, což negativně vnímá zejména člověk společensky angažovaný (8). Z tohoto důvodu jsme zjišťovali spokojenost pacientů s délkou a časem návštěv. Z výsledků grafu číslo 19 je patrné, že 152 (95 %) respondentů bylo spokojeno s délkou i časem návštěv, 3 (2 %) respondentům nevyhovoval čas návštěv, 5 (3 %) respondentům nevyhovovala délka návštěv a žádný z respondentů nebyl nespokojen s časem a délkou návštěv.

Ve zdravotnickém zařízení by pro pacienty měly být zřízeny denní místnosti, kde mohou například sledovat televizi, rozhlas a využívat je s ohledem ke svému zdravotnímu stavu, jak píše Zacharová (57). Výsledky šetření, vycházející z grafu číslo 20, znázorňují spokojenost pacientů se službami na oddělení, jako je možnost sledovat TV, telefonovat, zakoupit si kávu a podobně. 70 (43 %) respondentů bylo se službami na oddělení velmi spokojeno, 65 (41 %) respondentů bylo spíše spokojeno, 9 (6 %) respondentů bylo spíše nespokojeno, velmi nespokojeni byli 3 (2 %) respondenti a odpověď nevím označilo 13 (8 %) respondentů. Z výsledků se domníváme, že nespokojení respondenti byli pacienti hospitalizovaní na interně C, neboť ti musejí využívat služby interny A, která je umístěna o patro níže, z čehož lze usuzovat jistou dávku nespokojenosti.

Následující otázky zjišťují spokojenost pacientů se zdravotní péčí.

Práva pacientů a jejich uplatňování se podílí na utváření vztahu zdravotníka a pacienta, proto by každý pacient měl být se svými právy seznámen. Z výsledků našeho šetření, které prezentuje graf číslo 21, vyplývá, že 79 (50 %) respondentů bylo s právy pacientů seznámeno, 23 (14 %) respondentů s nimi seznámeno nebylo a 58 (36 %) dotázaných odpovědělo nevim. Jak ve své publikaci uvádí Haškovcová, je určitý problém, jak seznámit veřejnost s obsahem kodexu Práva pacientů. Přestože byl kodex zveřejněn v tisku, je informovanost o jeho existenci i obsahu stále relativně malá. V některých nemocnicích jsou práva pacientů umístěna na nástěnkách, ale v cizině je například obvyklé, že většina nemocnic má k dispozici dostatek výtisků tohoto dokumentu a nemocný či jeho příbuzný jej může lehce získat. Dále dodává, co v cizině bývá pravidlem, že Práva pacientů jsou součástí informačních knížek, které každý pacient dostane při přijetí k hospitalizaci (14).

Pro jistotu a spokojenost pacientů během hospitalizace je důležité, aby dostávali jednotné informace od všech zdravotníků, kteří o ně pečují. Proto jsme do našeho šetření zařadili otázku, zda se pacientům v průběhu pobytu na oddělení někdy stalo, že na stejný dotaz dostali rozdílnou odpověď od lékařů a od sester. Ne odpovědělo 127 (79 %) respondentů, pouze 4 (3 %) respondenti odpověděli ano a 29 (18 %) respondentů odpovědělo nevim, jak demonstruje graf číslo 22. Jelikož rozdílnost v podaných informacích snižuje důvěru pacientů ve zdravotnický tým, potěšily nás výsledky, z kterých je patrné, že většina respondentů se na oddělení s touto situací nesetkala.

Výsledky, které demonstruje graf číslo 23, se týkají spokojenosti pacientů s dosažitelností zdravotnického personálu na oddělení. 85 (53 %) respondentů odpovědělo, že vždy, když potřebovali byl někdo na blízku. 70 (44 %) respondentů odpovědělo většinou, když jsem potřeboval někdo byl na blízku. Žádný z dotázaných si nevybral odpověď většinou, když jsem potřeboval, nemohl jsem nikoho sehnat, stejně tak jako si žádný z dotázaných nevybral odpověď vždy, když jsem potřeboval, nemohl jsem nikoho sehnat. Zbýlých 5 (3 %) respondentů odpovědělo nevim. Domníváme se, že takto pozitivní výsledky jsou dosaženy díky zvonečkům, které má každý pacient u lůžka a dobré práci sester, které na jejich signál ihned reagují.

Jak uvádí Zacharová, velký zásah do soukromí pacienta v nemocnici je obnažování, a to jak v ordinaci, tak na pokoji před spolupacienty. Pacient prožívá rozpaky a stud, který se ještě zvětšuje, pokud se současně obává bolesti při vyšetření či ošetření. Proto je důležité postupovat velmi ohleduplně a šetrně s cílem zachovat sebeúctu pacienta (57). Z výsledků našeho výzkumu, které prezentuje graf číslo 24, vyplývá, že 98 (61 %) respondentů mělo dostatek soukromí při výkonech prováděných sestrou, 6 (4 %) respondentů dostatek soukromí nemělo, a 56 (35 %) respondentů označilo odpověď občas mohl být více respektován lidský stud.

Jak uvádí Lávičková, pacienti kvalitu ošetrovatelské péče nejčastěji hodnotí podle toho, jak je v době nemoci narušeno uspokojování jejich základních potřeb, jak všímavě a citlivě se sestry dokážou postavit k jejich vlastním problémům či problémům spolupacientů, jak komunikují a jednají s pacienty a také na základě úpravy zevnějšku sestry a kultivovanosti jejího projevu (25). Šamánková dále dodává, že pacienti hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče především subjektivně (49). Hodnocení úrovně poskytované ošetrovatelské péče (péče o hygienu pacientů, převazy, podávání léků a podobně) demonstruje graf číslo 25, ze kterého je zřejmé, že 128 (80 %) respondentů hodnotí ošetrovatelskou péči jako výbornou, 32 (20 %) respondentů hodnotí ošetrovatelskou péči jako dobrou, jen s drobnými připomínkami. Jelikož se jednalo o polouzavřenou otázku, měli zde respondenti možnost dopsat, o jaké připomínky se jedná, ale bohužel tuto možnost nikdo z respondentů nevyužil. Žádný z respondentů nehodnotil úroveň ošetrovatelské péče jako nedostatečnou.

Z výsledků grafu číslo 26 je zřejmé, že před propuštěním z nemocnice bylo poučeno 23 (14 %) respondentů velmi srozumitelně, 132 (83 %) respondentů srozumitelně, 5 (3 %) respondentů nesrozumitelně a žádný z respondentů neoznačil poučení jako velmi nesrozumitelné. Můžeme tedy konstatovat, že až na minimální výjimky byli dotazovaní respondenti před propuštěním z nemocnice vhodně poučeni. Jak popisuje Šamánková, nedílnou součástí uspokojování potřeb nemocných je jejich správná informovanost a komunikace s nimi. Je-li pacient informován o své léčbě, účincích léků a o plánovaných vyšetřeních, snáší klidněji svoji nemoc (49).

Dle grafu číslo 27 je zřejmé, že 115 (72 %) respondentů poučil lékař, 45 (28 %) respondentů poučila sestra z oddělení a žádný respondent neuvedl, že by jej poučil jiný zdravotník. Závodná uvádí, že v 90. letech se mezi role sestry přidala také role edukátorky. Již v minulosti byly sestry učitelkou, tato činnost však nebyla kontrolovaná a byla často podceňovaná. Dále dodává, že je důležité, aby se v nemocnici na edukaci pacientů podílelo vždy více zdravotníků (58).

Pomocí následujících otázek jsme zjišťovali celkovou spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.

Dle grafu číslo 28 můžeme konstatovat, že námi zkoumané zdravotnické zařízení by si, pokud by to jejich zdravotní stav vyžadoval, vybralo znovu 116 (72 %) respondentů, spíše ano odpovědělo 38 (24 %) respondentů, spíše ne odpovědělo 6 (4 %) dotázaných a odpověď ne si nevybral žádný z respondentů.

Z výsledku grafu číslo 29, který demonstruje celkové hodnocení poskytované péče, je zřejmé, že 120 (75 %) respondentů ohodnotilo poskytovanou péči celkově jako výbornou. 13 (21 %) respondentů poskytovanou péči celkově ohodnotilo jako chvalitebnou, 5 (3 %) respondentů ji ohodnotilo jako dobrou a 2 (1 %) respondenti jako dostatečnou. Žádný z dotázaných respondentů péči nehodnotil jako nedostatečnou. Je zřejmé, že 3/4 dotazovaných respondentů hodnotili poskytovanou péči celkově jako výbornou.

Z tabulky číslo 2 a grafu číslo 30 je zřejmé, že vysokoškolsky vzdělaní respondenti byli méně spokojeni s poskytovanou péčí než respondenti se základním vzděláním, respondenti vyučení a středoškolsky vzdělaní.

Výsledek šetření, vycházející z grafu číslo 31, znázorňuje, že 117 (73 %) respondentů by tuto nemocnici doporučilo svým blízkým či přátelům, spíše ano odpovědělo 36 (23 %) respondentů, spíše by ji nedoporučilo 7 (4 %) dotázaných a odpověď ne si nevybral žádný z respondentů. Je zřejmé, že až na minimální výjimky by danou nemocnici doporučili svým přátelům a známým všichni dotazovaní respondenti.

Tyto výsledky jsou velmi pozitivní a domníváme se, že to také zajišťuje dobrou pověst nemocnice.

Z výsledků otevřené otázky číslo 32, zda respondenti mají nějaké další připomínky k ošetrovatelské péči, o kterých jsme se v dotazníku nezmínili, je zřejmé, že se vyjádřilo pouze 5 respondentů. Z toho 3 respondenti by uvítali prodloužení návštěvní doby v pracovní dny. Běžná návštěvní doba je od 14:00 do 17:00 hodin a dále je možná individuální návštěva po předchozí dohodě, tuto skutečnost proto považujeme za dostačující, také vzhledem k soukromí a umožnění klidu spolupacientů ve večerních hodinách. Další 2 respondenti vyjádřili nespokojenost s vysokým nájezdem na toaletě pro invalidní vozík.

6. Závěr

Téma spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí je v současné době velmi aktuální, neboť je zastáván názor, že pouze pacient může rozhodnout o tom, zda léčba byla či nebyla úspěšná. Cílem této práce bylo zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na interních odděleních v Nemocnici České Budějovice a.s.. Cíl práce jsme splnili.

Z vyhodnocených dotazníků vyplývá, že až na výjimky jsou pacienti hospitalizovaní na interních odděleních spokojeni s ošetrovatelskou péčí.

Prostřednictvím šetření byly ověřovány následující pracovní hypotézy. H 1: dotazovaní pacienti jsou spokojeni s celkovou poskytovanou péčí, H 2: dotazovaní pacienti jsou spokojeni s ošetrujícím personálem, H 3: dotazovaní pacienti hodnotí zdravotnickou péči kladně, H 4: dotazovaní pacienti hodnotí pobyt v nemocnici kladně. Na základě vyhodnocených dotazníků můžeme konstatovat, že všechny čtyři hypotézy se nám potvrdily. Domníváme se však, že ošetrovatelská péče a s tím spojená spokojenost pacientů by mohly být ještě lépe hodnoceny tehdy, pokud by na oddělení bylo k dispozici více zdravotnického personálu, který by mohl pacientům zajistit ještě větší individuální přístup.

Důležité je sledovat zkušenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí a průběžně se zajímat o jejich spokojenost, jelikož se jedná o nenahraditelný zdroj informací, vypovídající o kvalitě ošetrovatelské péče z pohledu pacientů - uživatelů péče. Jak uvádí Hnilicová, při interpretaci výsledků je třeba si uvědomit, že i malé odchylky od hodnot nejvyšší spokojenosti mohou mít velkou vypovídací hodnotu a poukazují na problémy, které reálně existují a je proto potřeba se jimi zabývat (2).

Práce všeobecných sester je náročná nejen na praktické dovednosti, ale také na odborné znalosti, protože jedině vzdělané sestry mohou být aktivním spolupracovníkem jak lékaře, tak pacienta. Vždyť nutno podotknout, že spokojenost pacientů a co nejlepší kvalita ošetrovatelské péče je jejich hlavním cílem. Péče o pacienty ale musí být vždy komplexní. Na léčbě se vždy podílí celý tým spolupracujících odborníků z řad lékařů, všeobecných sester, dietních sester,

fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků, psychologů a dalších odborníků. Každý nemocný si však musí uvědomit, že hlavní součástí tohoto týmu je vždy on sám. Bez jeho motivace a touhy se léčit by byla veškerá snaha zdravotnického týmu zbytečná. Musí však také vědět, že zdravotnický tým je vždy připraven zajistit pacientovi maximální spokojenost a pomoci mu.

Domníváme se, že informace z této práce mohou čerpat všichni zdravotničtí pracovníci i ostatní personál, který se podílí na zdravotnické péči a uspokojování potřeb pacientů. Je možné ji použít také k získání informací pro širokou veřejnost. Tuto práci lze též použít jako výukový materiál pro studenty, kteří se tímto tématem chtějí zabývat. S výsledky šetření bude seznámen management interních oddělení, kde bylo šetření provedeno.

7. Seznam použitých zdrojů

1. AITKEN, L., PATRICIAN, P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing research*. 2000, vol. 49, no.3, p. 146-153. ISSN 0029-6562.
2. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. Praha: 2006, roč. II, č. 4, s. 48-49. ISSN 1801-464 x.
6. BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. České Budějovice: 2007, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.
7. BOUREK, A., VLK, D. Proč říci ano. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2003, roč. 52, č. 38, s. 13. ISSN 0044-1996.
8. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. uprav. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 173 s. ISBN 80-7013-243-4.
9. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

10. EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
11. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
12. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
13. GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Galén: Praha, 1997. 192 s. ISBN 80-85824-54-x.
15. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Kostelec nad černými lesy: Institut zdravotní politiky, 2003. 269 s. ISSN 1213-8096.
16. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
17. JURÁSKOVÁ, D. *Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV, č. 3, s. 18-20. ISSN 1210-0404.
18. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., et al. *Ošetrovatelství-učební text pro střední zdravotnické školy: 2. část chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 234 s. ISBN nevedeno.

19. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
20. KLENER, P. et al. *Základy vnitřního lékařství pro bakalářské studium*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 170 s. ISBN 80-7184-571-x.
21. KOMŮRKOVÁ, K. Ministerstvo chce, aby se kvalita péče z pohledu pacienta měřila jedním metrem. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2003, roč. 52, č. 38, s. 12. ISSN 0044-1996.
22. *Koncepce ošetrovatelství. Metodické opatření*. Věstník č. 9 – MZ ČR 2004 [online]. [cit. 2007-11-15]. Dostupné z WWW: <http://www.nspm.cz/koncepce_ospece.asp>.
23. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovařelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
24. KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
25. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
26. MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovatelské péče (I. část). *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2001, č. 3-4, s. 69-73. ISSN 1212-723X.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství – II. Díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
28. MAŠEK, J. Kvalita zdravotnické péče jako výsledek procesu efektivního řízení v nemocnici. *Medicína v praxi*. Praha: 2001. č. 4, s. 17-18. ISSN 1212-8759.

29. Nemocnice České Budějovice, a.s. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2006. 67 s. ISBN neudáno.
30. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Interní oddělení*. [online]. [cit. 2007-11-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/department/49/Interni-oddeleni.html?detail=detail&id=25>>.
31. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Současnost Nemocnice České Budějovice, a. s.* [online]. [cit. 2007-11-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/page/67/Soucasnost-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=20>>.
32. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Historie Nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. [cit. 2007-11-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/page/82/Historie-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=19>>.
33. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
34. PAYNE, J et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
35. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. et al. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 143 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
36. Quality Management System. *Kvalita péče očima pacientů*. [online]. [cit. 2007-11-19]. Dostupné z WWW: <<http://msz.qmshc.cz/dokumenty/2e.html>>.

37. REITER, T. *84% spokojených pacientů v ÚVN*. [online]. [cit. 2007-11-19]. Dostupné z WWW: <<http://www.stemmark.cz/archive.htm>>.
38. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
39. ŘEŠETKA, M. *Anglicko-český: česko-anglický slovník*. 8. dopl. vyd. Olomouc: Fin Publishing, 2002. 1311 s. ISBN 80-86002-79-9.
40. SHAMIAN, J. Towards quality and cost-effective health care. *International nursing review*. 1997, vol. 44, no.3, p. 79-84. ISSN 0020-8132.
41. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
42. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
43. STAŇKOVÁ, M. Na mnohá zlepšení ošetrovatelské péče nepotřebujeme peníze. *Sestra*. Praha: 2002, roč. XII, č. 11, s. 6. ISSN 1210-0404.
44. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11: Sestra-reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
45. STAŇKOVÁ, M. et al. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.

46. STRUK, P. et al. *Programy kvality a standardy léčebných postupů: Praktická příručka pro nemocnice, polikliniky a ambulantní péči*. 1. vyd. Praha: Verlag Dashöfer, 2001. neudáno s. ISBN 80-86229-29-7.
47. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
48. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
49. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
50. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
51. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
52. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
53. ULRYCHOVÁ, H. Kvalita ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 1999, č. 1, s. 7-11. ISSN 1212-723X.
54. VOKURKA, M., HUGO, J. et al. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.

55. WHO *Lemon 1: Učení texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
56. WHO *Lemon 3: Učení texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 155 s. ISBN 80-7013-244-2.
57. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-x.

8. Klíčová slova

kvalita

ošetrovatelská péče

pacient

sestra

spokojenost

9. Přílohy

9. 1 Seznam příloh

- Příloha č. 1 Pohled na budovu A-nejstarší objekt nemocnice v ulici Boženy Němcové
- Příloha č. 2 Pohled do areálu nemocnice
- Příloha č. 3 Přehled metod vyhovujících danému kritériu v České republice
- Příloha č. 4 Úplný text etického kodexu práva pacientů
- Příloha č. 5 Dotazník pro pacienty

Příloha č. 1

Pohled na starou budovu nemocnice v ulici Boženy Němcové



Převzato z:

Nemocnice České Budějovice, a.s. *Současnost Nemocnice České Budějovice, a. s.*
[online]. [cit. 2007-11-29]. Dostupné z WWW:

<<http://www.nemcb.cz/cz/page/67/Soucasnost-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=20>>.

Příloha č. 2

Pohled do areálu nemocnice



Převzato z:

Nemocnice České Budějovice, a.s. *Současnost Nemocnice České Budějovice, a. s.*
[online]. [cit. 2007-11-29]. Dostupné z WWW:

<<http://www.nemcb.cz/cz/page/67/Soucasnost-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=20>>.

Příloha č.3:

Přehled metod vyhovujících danému kritériu v České republice

metoda kritérium	F-to-F doma	CATI doma	POŠTA doma	Anketa zdrav. zařízení
Důvěrnost			a	a
Vysoká návratnost	a	a		a
Nízké náklady		a		a
Tazatel	a	a		
Osobní kontakt	a	a		
Čas na vyplnění			a	a
Bezprostřední reakce	a	a		
Vhodné pro velké výběrové vzorky		a		a
Bez vlivu tazatele			a	a
Bez školení tazatelů			a	a
Aktuální prožitek				a
Dostupnost výběru				a

Legenda: a = metoda vyhovuje danému kritériu v České republice
F-to-F = standardizované dotazování Face-to-Face (tváří v tvář)
CATI = telefonické dotazování s podporou počítače (Computer Aided Telephone Interview)
POŠTA = poštovní anketa
Anketa = distribuce dotazníků přímo v ZZ, sběr do pečetěných boxů po samovyplnění respondentem

Převzato z:

EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.

Příloha č. 4

Úplný text etického kodexu práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou a odbornou zdravotnickou péči, prováděnou s porozuměním kvalifikovanými odborníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné, jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Převzato z:

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Galén: Praha, 1997. 192 s. ISBN 80-85824-54-x.

Příloha č. 5

Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí. Naším přáním je, aby pro Vás pobyt v nemocnici byl co nejpříjemnější. Vaše podněty a připomínky jsou pro nás velmi důležité a měly by přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty.

Dotazník je **anonymní**, všechny Vámi poskytnuté údaje využiji pouze ke zpracování diplomové práce.

U jednotlivých otázek vždy zaškrtněte tu variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Bc. Jana Perlíková
studentka ZSF JU

1. Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- méně než 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 let a výše

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vzdělání
- vyučen/a

- středoškolské
- vysokoškolské

4. Představila se Vám sestra, když se s Vámi poprvé setkala?

- ano
- ne
- nevím

5. Důvěřoval/a jste sestřím, které Vás ošetřovaly?

- zcela důvěřoval/a
- důvěřoval/a
- nedůvěřoval/a
- zcela nedůvěřoval/a

6. Vysvětlovaly Vám sestry důvody vyšetření a výkonů, které Vám prováděly (např. infuze, injekce,...apod.)?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy

7. Pokud jste položil/a sestře otázku dostal/a jste odpověď, kterou jste pochopil/a?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neptal/a jsem se

8. Pokud jste potřeboval/a poskytl/a Vám sestra čas promluvit si?

- ano
- ne
- nevím

9. Jak byste hodnotil/a přístup sester k Vaší osobě?

- měly zájem o Vaše potřeby
- neměly zájem o Vaše potřeby
- dávaly najevo, že Vaše požadavky je obtěžují
- sestry byly neochotné

10. Jak byste celkově hodnotil/a chování sester?

(Použijte stupnici od 1 do 5 jako ve škole)

výborně 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nedostatečně

11. Byl/a jste seznámen/a s denním režimem (doba ranního buzení, čas podávání stravy, apod.) na oddělení?

- ano
- ne
- nevím

12. Byl/a jste spokojen/a s denním režimem na oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

13. Rušil Vás hluk v době nočního klidu, to je od 22⁰⁰ do 6⁰⁰ hodin?

- hluk od ostatních pacientů
- hluk od zaměstnanců nemocnice
- hluk zvenčí
- nerušil

14. Pokud jste potřeboval/a pomoc s jídlem, byl ochoten Vám někdo pomoci?

- ano
- ne
- nemohu posoudit

15. Byl/a jste spokojena s množstvím stravy?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a

16. Měl/a jste dietu?

- ano
- ne
- nevím

17. Byl/a jste spokojen/a s čistotou a pořádkem na oddělení?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a

18. Byl/a jste spokojen/a s délkou a časem návštěv?

- ano, byl/a jsem spokojen/a s časem i délkou návštěv
- nevyhovoval mi čas návštěv
- nevyhovovala mi délka návštěv
- nevyhovoval mi čas ani délka návštěv

19. Byl/a jste spokojen/a se službami na oddělení jako je možnost sledovat TV, telefonovat, zakoupit si kávu, apod.?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím

20. Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?

- ano
- ne
- nevím

21. Stalo se Vám, že v průběhu pobytu na oddělení jste někdy na stejný dotaz dostal/a rozdílnou odpověď od lékařů a od sester?

- ano
- ne
- nevím

22. Byl/a jste spokojena s dosažitelností zdravotnického personálu na oddělení?

- vždy, když jsem potřeboval/a někdo byl nablízku
- většinou, když jsem potřeboval/a někdo byl nablízku
- většinou, když jsem potřeboval/a nemohl/a jsem nikoho sehnat

vždy, když jsem potřeboval/a, nemohl/a jsem nikoho sehnat

nevím

23. Měl/a jste dostatek soukromí při výkonech prováděných sestrou?

ano

ne

občas mohl být více respektován lidský stud

24. Jak hodnotíte úroveň poskytované ošetrovatelské péče (péče o hygienu pacientů, převazy, podávání léků.....)

výborně, byl/a jsem spokojen/a

dobře, mám jen drobné připomínky, jaké.....

nedostatečně, shledal/a jsem podstatné nedostatky

25. Poučili Vás zdravotníci před propuštěním z nemocnice, jak máte dále užívat léky a pečovat o sebe?

velmi srozumitelně

srozumitelně

nesrozumitelně

velmi nesrozumitelně

26. Kdo ze zdravotníků Vás poučil?

lékař

sestra z oddělení

jiný zdravotník, uveďte který.....

27. Pokud by Váš zdravotní stav vyžadoval znovu nemocniční léčení, vybral/a byste si toto zdravotnické zařízení znovu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

28. Péči, která Vám byla v této nemocnici poskytnuta, celkově hodnotíte známkou ?

(Použijte stupnici od 1 do 5 jako ve škole)

výborně 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nedostatečně

29. Doporučil/a byste tuto nemocnici svým blízkým či přátelům?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

30. Máte nějaké další připomínky k ošetrovatelské péči, o kterých jsme se v dotazníku nezmínili a chtěl/a byste nám je sdělit?.....

.....
.....