



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Spokojenost s ošetřovatelskou péčí
na jednotkách chirurgické intenzivní péče
z pohledu pacientů

Vypracovala: Bc. Lucie Kramaříková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Spokojenost pacientů je do jisté míry subjektivní, ale pro zdravotnický personál velmi důležitým indikátorem kvality ošetrovatelské péče. Již několik let probíhají nejrůznější výzkumná šetření, která se zaměřují na spokojenost pacientů ve zdravotnických zařízeních. Tato šetření vychází z potřeb daného pracoviště, nebo jsou součástí velkých výzkumných projektů podporovaných Ministerstvem zdravotnictví. Doposud probíhající výzkumy se zaměřují na spokojenost pacientů s celkovou hospitalizací nebo s průběhem ambulantní péče. Ve velké míře se zabývají i takzvanými „hotelovými službami“. Základním záměrem této diplomové práce však bylo vyčlenit a zmapovat spokojenost pacientů v chirurgické intenzivní péči, porovnat výsledky dle pracoviště a délky hospitalizace pacientů.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část se skládá z pěti kapitol. První kapitola se zabývá charakteristikou a stručným vývojem ošetrovatelství. Druhá kapitola navazuje ošetrovatelskou péčí v chirurgii. Třetí kapitola je věnována oblasti intenzivní ošetrovatelské péče. Čtvrtá kapitola je zaměřena na kvalitu ošetrovatelské péče a poslední - pátá kapitola se zabývá spokojeností pacientů s ošetrovatelskou péčí.

Empirická část diplomové práce probíhala metodou kombinovaného výzkumu. První část tvořil výzkum kvalitativní prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří byli v průběhu léčby hospitalizováni na jednotce chirurgické intenzivní péče. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Odpovědi byly kategorizovány a zpracovány do přehledných schémat. Druhou část tvořil výzkum kvantitativní, který byl proveden prostřednictvím nestandardizovaného strukturovaného dotazníku a přímým dotazováním tváří v tvář. Výsledky byly zpracovány pomocí programu Excel do přehledných tabulek a grafů. Celé výzkumné šetření bylo založeno na již existujících osmi nejdůležitějších dimenzích stanovených Pickerovým institutem, které zásadně ovlivňují kvalitu péče a spokojenost pacientů s touto péčí.

Výzkumný vzorek tvořilo pro kvalitativní část 11 respondentů, z toho 7 mužů a 4 ženy. Pro kvantitativní část tvořilo vzorek 142 respondentů, kteří byli v průběhu

hospitalizace přijati na jednotku chirurgické intenzivní péče. Samotný sběr dat probíhal na standartním chirurgickém oddělení.

Pro účely této diplomové práce byly vymezeny čtyři cíle a k nim se vztahující dvě výzkumné otázky. Prvním cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s pooperační ošetrovatelskou péčí. Druhý cíl se zaměřoval na spokojenost pacientů s činností sester při svém ošetřování. Třetím cílem bylo zjistit faktory v oboru intenzivní péče, které ovlivňují spokojenost pacientů v negativním i pozitivním směru. Čtvrtým cílem bylo zhodnotit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu pracoviště a délky hospitalizace.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

1. Jaké jsou možnosti ošetrovatelské péče ke zlepšení spokojenosti pacientů? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejvíce problémová je oblast informovanosti pacientů. Je třeba zlepšit informovanost pacienta po příjmu na jednotku intenzivní péče a při překladu na standartní oddělení. Bolest a její nedostatečné tlumení zvláště v akutní pooperační fázi se vyskytuje poměrně často. Sestry by měly na tomto problému více spolupracovat s lékařem a především více sledovat pacienta a nabízet různé alternativní možnosti tišení bolesti. Další problémy byly zaznamenány v souvislosti s možnostmi úpravy lůžka. I přesto, že se sestry snaží v tomto ohledu dělat naprosté maximum, ne všechny okolnosti mohou ovlivnit, například tvrdost matrace. Pacient v intenzivní péči tráví na lůžku téměř sto procent svého času, je tedy nutné, aby bylo čisté, upravené a co nejvíce splňovalo požadavky pacienta. Poslední problémovou oblastí, která byla respondenty zmíněna, byl pocit samoty. Zde je třeba, aby sestra vedla s pacientem zcela ohleduplnou a citlivou komunikaci, navodila vzájemný pocit důvěry a byla pro pacienta oporou. Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké faktory ovlivňují spokojenost pacientů? Zcela jednoznačně se jedná o přístup ošetrovatelského personálu. Dalšími velmi důležitými faktory jsou informovanost pacienta, bolest a její dostatečné tlumení, prostředí JIP a v neposlední řadě i úprava lůžka.

Ke zpracování kvantitativní části bylo stanoveno šest hypotéz. Pro správné ověření byly použity statistické metody – test nezávislosti chí-kvadrát, chí-kvadrát test s Yatesovou transformací, t-test a korelační a regresní analýza. Identifikační otázky

v úvodní části dotazníku byly zpracovány procentuálním vyjádřením v přehledných grafech. Z výzkumného šetření vyplynulo, že respondenti jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí i s činností sester při svém ošetřování. Jako nejvíce problémové oblasti se opět projeví informovanost při příjmu na jednotku intenzivní péče a anonymita personálu. Jako nejdůležitější faktor ovlivňující spokojenost pacientů byl potvrzen přístup ošetřujícího personálu. Oproti tomu faktor bolest a její nedostatečné tlumení nebyl potvrzen jako jednoznačná příčina nespokojenosti pacientů. Stejného zastoupení dosáhl i nedostatek informací o prováděných výkonech. V závěru kvantitativní výzkumné šetření prokázalo, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti pacientů dle typu zdravotnického zařízení či délky hospitalizace.

Výsledky této práce doporučujeme využít především v pregraduální přípravě budoucích sester v oblasti komunikace, edukace a odborné praxe. Dále mohou posloužit managementu uvedených nemocnic jako zpětná vazba, která má být podkladem pro nápravu toho, s čím pacienti nebyli spokojeni.

Abstract

Patient satisfaction represents, to certain extent, a subjective indicator of care quality that is very important for nursing staff. Research surveys of different kind have been carried out for several years focusing on patient satisfaction in health-care facilities. These surveys stem from needs of facilities or create a part of major projects supported by The Ministry of Health. Current surveys focus on patient satisfaction with overall hospitalization or outpatient medical care. They frequently pay attention to 'hotel services'. This diploma paper aims at defining and mapping out patient satisfaction in intensive care units for surgery patients and comparing results in dependence on length of hospitalization and facility.

Diploma paper consists of theory and research. Theory is divided into 5 chapters. First chapter deals with characteristic features and brief description of nursing development, second chapter focuses on surgical nursing. The third chapter describes intensive care units. The fourth chapter presents nursing care quality and the last, fifth, chapter deals with patient satisfaction with nursing care.

Empirical part of this diploma paper was carried out using the method of combined research. The first part is created by qualitative research using semi-structured interview with surgical in-patients in intensive care unit. Recorded interviews (dictaphone) were re-written word by word. Responses were sorted into categories and elaborated into clearly-arranged schemes. Second part comprises quantitative research using non-standardized, structured questionnaire – face to face survey. Processed results were arranged into Excel tables and graphs. All research was based on eight dimensions of patient-centered care delineated by the Picker Institute

Qualitative research sample consists of 11 respondents (7 male, 4 female). Quantitative research sample comprises 142 respondents admitted to surgical intensive care unit. Data collection took place in surgical ward.

This diploma paper defines four aims with two related research questions. The first aim is to determine the level of patient satisfaction with postoperative care. The second aim focuses on patient satisfaction with nursing care, the third aim is to define positive and negative factors influencing patient satisfaction in intensive care units and the last

aim points at patient satisfaction with nursing care in intensive care units in relation to the type of facility and length of hospitalization.

These two quantitative research questions were posed: 1. What are the possibilities to improve patient satisfaction in nursing care? The research survey showed that an area of concern is patient awareness. It is necessary to improve patient awareness after admission to an intensive care unit and during transfer to a standard ward. Pain and insufficient pain relief often occurred. Nurses should cooperate more with doctors in this respect and, above all, monitor patients more and offer alternative ways of pain relief. Other problems were mentioned in relation to bed adjustment possibilities. Despite the fact that nurses were trying to do their best, not all the circumstances could be influenced that way, for example mattress hardness. Intensive care patients spend almost all the time on beds, therefore it is necessary to keep them clean, neat and to satisfy patient's requirements to maximum extent. The last concern area, mentioned by patients, was perceived loneliness. Nurses should conduct considerate and sensitive conversation, create feeling of trust and support patients. The second question: What factors influence patient satisfaction? The results show that it is, above all, nursing staff attitude, followed by patient awareness, pain and sufficient pain relief, intensive unit environment and last but not least bed adaptation.

Quantitative part set six presumptions using statistical methods – independence test, chi-square test, Yates correction, t-test, and correlation-regression analysis. Questions from the first part of this paper were processed (in percentage) into clearly arranged graphs. Research survey shows that respondents were satisfied with nursing care and nursing staff. Patient awareness during admission to intensive care unit and staff anonymity proved to be the biggest areas of concern. Pain and insufficient pain relief turned out the clear reason for dissatisfaction as well as absence of information about performed surgeries. Conclusion of quantitative research survey showed that there is no statistically significant difference in patient satisfaction according to health-care facility or length of hospitalization.

Results of this paper could be used during preparation of undergraduate nursing students in the field of communication, education and on-the-job training. They can also

contribute to creating feedback for hospital managements and serve as a source of improvements leading to patient satisfaction.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Bc. Lucie Kramaříková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat především PhDr. Mgr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, podporu, trpělivé a vlídné vedení mé diplomové práce. Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili realizovaného výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu, pomoc a nekonečnou trpělivost během celého studia.

Obsah

Seznam použitých zkratk	12
Úvod	13
I Teoretická část	15
1 Ošetřovatelství	15
1.1 Charakteristické rysy ošetřovatelství	15
1.2 Vývoj ošetřovatelství v historickém kontextu	16
2 Ošetřovatelská péče v chirurgii	19
2.1 Předoperační péče	20
2.2 Intraoperační ošetřovatelská péče	22
2.3 Pooperační ošetřovatelská péče	23
3 Jednotka intenzivní ošetřovatelské péče	26
3.1 Historie vzniku intenzivní péče	26
3.2 Členění jednotek intenzivní péče	27
3.3 Potřeby klienta v intenzivní péči	29
4 Kvalita ošetřovatelské péče	36
4.1 Indikátory kvality	37
4.2 Hodnocení kvality	38
5 Spokojenost pacientů s ošetřovatelskou péčí	40
5.1 Modely spokojenosti	41
5.2 Spokojenost versus zdravotnický marketing	42
5.3 Sledování spokojenosti pacientů	43
5.4 Metody měření spokojenosti pacientů	45
II Empirická část	47
6 Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky	47
6.1 Cíle práce	47
6.2 Hypotézy	47
6.3 Výzkumné otázky	48

7	Metodika	49
8	Výsledky.....	52
	8.1 Výsledky kvalitativní studie	52
	8.2 Výsledky kvantitativní studie	58
9	Diskuse	75
10	Závěr.....	91
11	Seznam použitých zdrojů	94
12	Klíčová slova	104
13	Seznam příloh.....	105

Seznam použitých zkratk

Aj.	a jiné
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CATI	Computer Aided Telephone Interview - počítačová podpora telefonního rozhovoru
CNS	centrální nervový systém
FF	fyziologické funkce
GIT	gastrointestinální trakt
HA	hypotéza alternativní
H0	hypotéza nulová
Infor.	informace
JIP	jednotka intenzivní péče
KOP	Kvalita očima pacientů
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PMK	permanentní močový katétr
Pozor.	pozorované
Př.n.l.	před naším letopočtem
Tzv.	tak zvaný
USA	Spojené státy americké
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Úvod

„Úspěch není klíčem ke spokojenosti. Spokojenost je klíčem k úspěchu.“

Albert Schweitzer

S vývojem doby se člověk již nestává pouhým pasivním příjemcem péče, kterou určí a vede lékař, ale chce být její aktivní součástí. Chce spolurozhodovat s lékařem o možnostech léčby, má právo léčbu odmítnout a především vyžaduje kvalitní ošetrovatelskou péči, která by měla využívat všech dostupných prostředků a uspokojovat jeho potřeby. Ať již člověk onemocní náhle, nebo dojde k postupnému rozvoji jeho nemoci, vždy je pro něho tato situace velkou změnou. Pokud je nutná hospitalizace, pacient se musí vyrovnat s novým prostředím a změnami, které toto prostředí přináší. Je náhle odtržen od svého všedního života. V případě hospitalizace na jednotce intenzivní péče (JIP) se tato situace navíc umocňuje. Nejen, že tato hospitalizace vypovídá o závažnosti jeho zdravotního stavu, což samo o sobě je velmi stresující, ale pacient je navíc obklopen moderní technologií, která na jednu stranu vzbuzuje určitý obdiv, na druhou vyvolává nepříjemné emoce. Pacient zde podstupuje mnoho odborných výkonů, ve většině případů je upoután na lůžko, na stanici je neustálý provoz, hluk a světlo, prostřední působí čistě až sterilně a velmi neosobně. Bohužel velká řada zmíněných věcí je dána hygienicko-epidemiologickými pravidly, standardy nebo nařízeními, které se musejí dodržovat. Jistě lze některé faktory jako hluk či noční svícení omezit na minimum, ale stále je zde faktor, který ovlivnit lze a to je právě faktor lidský. Záleží jen na nás – zdravotnících, jaký si s pacientem vytvoříme vztah a jak dokážeme ovlivnit jeho vnímání situace. Pacient, se kterým členové zdravotnického týmu komunikují s respektem, se cítí jistěji, spolupracuje v léčbě a umí se lépe rozhodnout. Stává se tak platným členem multidisciplinárního týmu. Sestry jako obhájkyňe práv pacientů vědí, že většina pacientů hledá jistotu v empatickém vztahu poskytovatelů péče, což snižuje jejich pocit strachu, úzkosti či frustrace. Pacient touží po tom, aby měl na oddělení někoho, komu se může svěřit a s důvěrou se k němu obrátit. A právě tuto roli ve

většině případů naplňují sestry, neboť s pacientem ze všech poskytovatelů zdravotní péče tráví nejvíce času (Škrla, Škrlová, 2008).

Téma Spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče jsem si vybrala z několika důvodů. Mojí největší motivací bylo to, že sama již několik let pracuji v pozici všeobecné sestry na tomto pracovišti a denně pečuji o pacienty v těžkém zdravotním stavu. Jako kolektiv pracoviště se snažíme dělat pro naše klienty maximum, ale ne vždy se chováme a přistupujeme k pacientovi, tak jak bychom měli. Tento fakt je z našeho pohledu zapříčiněn především vysokým pracovním nasazením, stresem, odpovědností a projevy syndromu vyhoření. Mým záměrem tedy bylo zjistit pohled pacientů na poskytovanou péči, zjistit její klady i nedostatky a nalézt možnosti jejich zlepšení či odstranění.

V současné době probíhá v České republice mnoho výzkumných projektů zabývajících se spokojeností pacientů s ošetrovatelskou péčí. Například jedním z vyhlášených projektů je Kvalita očima pacientů, kterou organizuje RNDr. Tomáš Raiter, nebo celostátní projekt Nemocnice ČR 2014 organizovaný Health Care Institute. Ve většině ostatních případů se jedná o výzkumy samotných zdravotnických zařízení, které je třeba předložit v rámci podmínek akreditace nebo výzkumy provedené v rámci bakalářských a diplomových prací. Standard ke sledování spokojenosti pacientů uvádí i vyhláška 102/2012 Sb. Z doposud získaných materiálů ale usuzujeme, že se výzkumy více zaměřují na spokojenost s péčí během celé hospitalizace, s ambulantní péčí a hotelovými službami. My bychom se v rámci této práce rády zaměřily přímo na oblast chirurgické intenzivní péče, faktory ovlivňující spokojenost a především přístup a chování sester k pacientům (Anon, 2010; Health Care Institut, 2014).

I Teoretická část

1 Ošetřovatelství

1.1 Charakteristické rysy ošetřovatelství

Lékařství oproti ošetřovatelství mělo vždy prestižní postavení. Ošetřovatelství o tuto prestiž neustále usilovalo, ale společnost automaticky nepřijala, že péče poskytnutá pacientovi je pro jeho léčbu stejně důležitá jako stanovení lékařské diagnózy. I když v průběhu svého vývoje prošlo mnoha změnami, stále si zachovalo svůj osobitý charakter, který tvoří láska k lidem, moudrost a pomoc. V dnešní době je ošetřovatelství plnohodnotnou složkou zdravotnického systému a role pečovatelky se vyvinula v profesi všeobecné sestry s kompetencemi v podpoře zdraví, předcházení nemocím a ošetřování v době nemoci. Ošetřovatelství se stalo multidisciplinární vědou, která se rozvíjí v interakci s medicínou, filozofií, psychologií, pedagogikou, etikou, sociologií, statistikou a jistě zasahuje i do mnoha dalších vědních oborů (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2011).

Ošetřovatelství je pokládáno za humanitní vědu, kterou tvoří jednota dvou stránek – teoretická základna poznatků a jejich praktická aplikace (Archalousová, 2006). V Konceptu ošetřovatelství, která vyšla ve Věstníku č.9, 2004 MZČR (Ministerstva zdravotnictví České republiky), je ošetřovatelství definováno jako: „ Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Koncepte ošetřovatelství, 2004, s. 2)“. Má významný podíl v prevenci, diagnostice, léčbě i rehabilitaci. Je zaměřeno zejména na podporu a udržení zdraví, jeho navrácení, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelský personál vede nemocné k sebepéči, pomáhá jednotlivcům, rodinám i skupinám, aby samostatně uspokojovali své fyziologické, psychosociální i duchovní potřeby, a edukuje jejich blízké v poskytování laické péče. Zajišťuje profesionální péči těm, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat (Koncepte ošetřovatelství, 2004).

Mezi charakteristické rysy ošetřovatelství, které ve své knize například uvádí i autorka Plevová (2011) patří: Poskytování aktivní, individualizované ošetřovatelské péče

prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče a poskytování péče ošetrovatelským týmem. Hlavním cílem moderního ošetrovatelství je orientace na člověka se všemi jeho potřebami a problémy, které se snaží systematicky a komplexně uspokojovat. Obecně jsou stanoveny čtyři základní cíle: upevňovat a podporovat zdraví, navracet zdraví, mírnit utrpení a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt (Plevová, 2011).

Filozofie oboru je založena na holistické teorii, která vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci s okolím. Celek člověka tvoří pět součástí: biologická, společenská, kognitivní, emocionální, duchovní a behaviorální. Pokud je jedna součást celku porušena, dochází k poruše celého systému. Předmět zkoumání, tedy metaparadigma ošetrovatelství, tvoří čtyři základní pojmy: člověk a jeho potřeby, společnost, zdraví a ošetrovatelské činnosti. Za člověka je považována individuální osobnost, kterou tvoří biologické, psychické a sociální aspekty. Společnost vymezuje způsob definování zdraví a nemoci a jakým způsobem jsou organizovány dostupné zdravotnické služby. Zdraví neznamena pouze nepřítomnost nemoci, ale stav, kdy nastává úplné tělesné a mentální blaho. Poslední pojem zahrnuje ošetrovatelské činnosti, které tvoří komplex ošetrovatelských intervencí pomáhajících jedinci, skupině nebo komunitě v podpoře a udržování aktivit přispívajících ke zdraví a pohodě. Paradigma oboru tvoří koncepční modely a teorie (Archalousová, 2006).

Jak již bylo uvedeno výše, jedním ze základních dokumentů je Koncepce ošetrovatelství. V současné době je platná Koncepce uvedená ve věstníku č.9/2004, která vychází z předcházející koncepce z roku 1998. Cílem je zajistit jednotný postup při poskytování ošetrovatelské péče v lůžkových, ambulantních i sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin i skupin (Plevová, 2011).

1.2 Vývoj ošetrovatelství v historickém kontextu

Samotné počátky ošetrovatelství a ošetrovatelské péče nalzáme v době raného středověku a jsou spojeny s šířením křesťanství. Péči o člověka však již lze zaznamenat

v mnohem starších předkřesťanských kulturách, neboť pomoc druhému je přirozenou vlastností člověka. Ošetřování se předávalo z generace na generaci a proti nemocem se využívalo zkušeností s pozorováním účinků bylin, slunce a vody. Léčitelkami byly bylinkářky, mastičkářky, ale i vědmy. Až příchod náboženství a náboženských nařízení, který se na našem území datuje do 9. století, velmi ovlivnil léčitelské praktiky. Mniši převzali pěstování bylin a vyráběli z nich léky, do kterých vkládali náboženský prvek. Ke zlepšení jeho účinku se využívaly modlitby, pomocí kterých se zaháněly d'áblové vlivy. Vznikaly útulky pro nemocné a docházelo k rozvoji klášterního léčitelství. V 11. století se při městských kláštrech začaly zakládat první špitály a útulky. Další významný zlom pro rozvoj ošetrovatelské péče přinesly války. Právě ty vyvolaly zvýšenou potřebu lékařské a ošetrovatelské péče v pomoci zraněným vojákům. Již v dobách starého Říma stavěli vojáci při svých taženích lazarety, v nichž pečovali o nemocné a zraněné. Bohužel až do Krymské války, respektive až do příchodu Florence Nightingalové do Scutari, bylo více vojáků zabito nemocemi vzniklými ze špatných hygienických podmínek nežli samotným nepřítelem. V raném středověku ovlivnily vývoj ošetrovatelské péče křížácké války, kdy byly vytvářeny organizované vojenské ošetrovatelské řady. Již od těchto dob má české ošetrovatelství bohatou tradici a do jeho historie vstoupilo mnoho významných osobností, zejména žen, které svým působením přesáhly hranice našich zemí. Ve 12. století dochází k postupným změnám sociálního i demografického složení evropské společnosti, což ovlivnily početné války, pandemie i morové epidemie přinášející smrt a stagnaci kulturního života. Lékařské umění i péče o nemocné zaznamenaly krok zpět od vyspělé antiky. Určité sumy medicinských znalostí včetně umění péče o nemocné se podařilo udržet jen díky některým institucím. Péče o chudé, staré a nemocné přešla do soukromé iniciativy každého křesťana. O profesionálním ošetrovatelství se začíná hovořit až v průběhu 19. století, kdy došlo k rozvoji chirurgie, hygieny a epidemiologie. Nejprve se začaly zakládat kurzy odborné přípravy pro ošetrovatelky, později začaly vznikat při nemocnicích ošetrovatelské školy. Dalším významným mezníkem pro ošetrovatelství byl především rozvoj medicíny ve 20. století, který vyžadoval vzdělanou spolupracovnici lékaře, edukátorku pacientů i spolupracovníků. Koncem 20. a počátkem 21. století se obor začal mnohem výrazněji vymezovat a budovat si své nezastupitelné teritorium.

Ošetrovatelství se začalo definovat jako profese s přesně danými kompetencemi v oblasti zdravotní péče, orientuje se na péči nejen v nemoci, ale i na péči ve zdraví, kdy se snaží předejít vzniku onemocnění. Klade důraz na stále se zvyšující kvalitu poskytované péče. Stalo se vědní disciplínou, výzkum v ošetrovatelství je součástí profesní výbavy nelékařských zdravotnických profesí a v neposlední řadě se začala uplatňovat praxe založená na důkazech (Evidence Based Practice) a ošetrovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing) (Kutnohosrká, 2010; Plevová, 2011; Farkašová, 2010).

Pokud bychom se chtěli zabývat nejznámějšími osobnostmi českého i světového ošetrovatelství, museli bychom přesáhnout hranice této práce. Ale naopak je třeba uvést alespoň dvě velice významné osobnosti, bez kterých by ošetrovatelství nebylo tam, kde nyní je. Za patronku českého ošetrovatelství je právem pokládána Svatá Anežka Česká (1211 – 1282). Celý život zasvětila chudým a nemocným, vstoupila do ženské řehole sv. Kláry – klarisek. Postavila klášter a špitál sv. Františka při kostele sv. Haštala. Poté složila řeholní slib, přijala řeholní roucho a stala se abatyší kláštera. Založila mateřinec klarisek a špitální bratrstvo. Za nejznámější sestru v historii světového ošetrovatelství je pokládána Florence Nightingalová (1820 – 1910). Jejím cílem bylo pozvednout ošetrovatelství na úroveň uznávané ženské profese. Pro zlepšení hygieny v nemocnicích zavedla principy tzv. sanitární vědy, využila svých schopností v organizaci prádelny, kuchyně, zásobování lůžkovinami a dalším nemocničním vybavením. Roku 1860 založila ošetrovatelskou školu v Londýně a téhož roku byla publikována její nejlepší práce *Poznámky k ošetrovatelství* (Staňková, 2001).

2 Ošetřovatelská péče v chirurgii

Chirurgie je základní lékařský obor, který se zabývá diagnostikou a operační léčbou onemocnění různých orgánů včetně poranění těchto orgánů. Název je odvozený z řečtiny od slova cheir – ruka a ergon – dělat. Jak již vyplývá z těchto pojmů, k léčbě se využívá manuálních výkonů, kdy operatér zasahuje do organismu buď rukou, nástrojem či přístrojem. Chirurgie se dělí na všeobecné a specializované obory, ale jejím nezbytným prvkem je především týmová spolupráce s ostatními lékařskými obory (Slezáková, 2010).

Za nejstarší prováděný chirurgický výkon je považována trepanace lebky, jejíž nejznámější nález je datován do období 7300 – 6220 př.n.l. Ovšem samotný obor chirurgie se patrně začal vyvíjet až ve starém Egyptě. Nejstarším známým chirurgickým textem je tzv. papyrus Edwina Smithe, který se datuje kolem roku 1600 př. n. l. Je považován za staroegyptskou učebnici chirurgie, ve které se do detailu popisuje diagnostika, léčba a prognóza řady onemocnění. Za významného představitele a otce chirurgie je považován Susrutha, který žil kolem roku 400 př.n.l. na březích Gangy a přispěl četnými a zásadními příspěvky pro rozvoj oboru. Jeho práce jsou obsaženy ve svazcích zvaných Susrutha Samhita. I přesto, že chirurgové jsou dnes považováni za lékaře specialisty, vývoj profese chirurga a lékaře má různé historické kořeny. Lékaři, kteří již v době středověku získávali univerzitní vzdělání, byli spíše zaměřeni na snahu o diagnostiku chorob a předpis příslušných léků a praktická chirurgie byla považována za podřadnou práci a provozována především lazebníky a ranhojiči. Prvními opravdovými chirurgy se stali právě ranhojiči z četných evropských válek, nejznámějším z nich byl Ambroise Paré. Dalším významným prvkem pro rozvoj bylo období napoleonských válek. Zde je datován vznik operačního sálu v podkroví kostela svatého Tomáše v Londýně, kde od roku 1822 probíhaly operace. Další pokrok přineslo zavedení anestezie do klinické praxe, což umožnilo provádění rozsáhlejších operačních výkonů, zavedení sepsy a antisepsy a posledním zásadním prvkem byl objev antibiotika penicilinu Alexandrem Flemingem roku 1928. Rozvoj české chirurgie lze datovat do roku 1882, kdy došlo ke vzniku první české chirurgické kliniky v Praze (Duda, 2009).

S rozvojem chirurgie se zároveň rozvíjelo i chirurgické ošetřovatelství. Jedná se o aplikovaný ošetřovatelský obor, který vychází z oboru chirurgie a ošetřovatelství. Je zaměřen na poskytování ošetřovatelské péče pacientům vyžadujících chirurgickou léčbu, na podporu zdraví, zdravotní péči a péči o nemocné dospělé osoby na základě poznatků ošetřovatelské vědy. Ošetřovatelská péče je strukturovaná podle plánovaných aktivit a je prováděná na základě klinického uvažování a kritického myšlení v rámci ošetřovatelského procesu. Je založena na etice a normách, které určují základní organizace, a zaměřuje se na navrácení pacienta do funkčního zdraví. Chirurgické sestry by měly dobře znát všechny tělesné systémy, jejich poruchy způsobující zdravotní problémy, operační výkony, rizika a komplikace s nimi spojené tak, aby byly schopné zahájit včasnou intervenci. Důležité je, aby chirurgická sestra byla dobrá komunikátorka a byla schopná efektivní komunikace nejen s ostatními členy týmu, ale především s pacientem a jeho rodinou. Hlavní náplní chirurgického ošetřovatelství je asistence u operací a dalších invazivních zákroků a obecně lze péči rozdělit do 3 základních oblastí, a to: předoperační, interoperační a pooperační péče. Péče je zaměřena na podporu pacienta ve všech fázích, kterými prochází v souvislosti s daným zákrokem (LeMone, 2011; Janíková, Zeleníková, 2013).

2.1 Předoperační péče

Operace je pro pacienta velmi významnou a stresující událostí, bez ohledu na to, zda se jedná o velký či malý zákrok. Předoperační příprava začíná tehdy, dojde-li k rozhodnutí o uskutečnění operace, a končí transportem pacienta na operační sál. Jejím cílem je především eliminace rizik a zajištění bezkomplikovaného průběhu. U plánovaných výkonů je pacient zpravidla přijat jeden den před operací. Typ plánovaného výkonu určuje sesterské intervence. Před samotným plánováním a realizací péče je třeba, aby sestra shromáždila potřebné informace prostřednictvím ošetřovatelské anamnézy a fyzikálního vyšetření. Získané údaje použije k vytvoření základních dat, stanovení fyzických potřeb, určí potřebné okruhy edukace a snaží se psychicky podpořit pacienta i jeho rodinu, což pozitivně ovlivňuje jeho psychickou i fyzickou stránku. Spojením

vysoké odborné úrovni a citlivého přístupu se snažíme získat pacientovu důvěru. Ta vede k lepší oboustranné spolupráci a snížení stresové zátěže. K navození pocitu důvěry je třeba, aby sestra naslouchala verbálním i nonverbálním projevům komunikace. Obecně můžeme předoperační přípravu rozdělit z několika navzájem se prolínajících a doplňujících hledisek na: obecnou a speciální, tělesnou, psychickou a medikamentózní, celkovou a místní, dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Pokud je předoperační příprava z nějakého důvodu nedostatečná či neúplná, dochází ke zvýšení rizika komplikací. Mezi nejzávažnější patří komplikace oběhové, aspirace žaludečního obsahu a dechová nedostatečnost (Janíková, Zeleníková, 2013; Schneiderová, 2014; Zeman a kol, 2011).

Dlouhodobá předoperační příprava vychází z celkového stavu pacienta a typu operačního výkonu. Lékař by měl pacientovi poskytnout všechny potřebné informace a zapojit ho do procesu léčby, protože důvěra v lékaře a zvolené metody tvoří základní kámen celé léčby. Veškeré informace by měly být podány srozumitelnou formou. Lékař dále zhodnotí dostupnou zdravotnickou dokumentaci, anamnestické údaje a fyzikální vyšetření. Pacient musí podstoupit veškerá potřebná předoperační vyšetření.

Krátkodobá předoperační příprava probíhá během 24 hodin před plánovaným výkonem a navazuje na přípravu dlouhodobou. Sestra a lékař dle svých kompetencí zhodnotí výsledky vyšetření, popřípadě se některá vyšetření doplní. Pacient musí podepsat příslušné formuláře informovaných souhlasů. Anesteziologické konzilium určí typ premedikace a anestezie. Oblast tělesné přípravy zahrnuje pomoc při hygienické péči a převlečení do operačního prádla. Včasné poučení a kontrola, zda pacient nic nejedl a nepil. Odstranění šperků, vlasových spon, zubní protézy a make-upu, příprava pokožky – oholení, očištění. Kontrola identifikace pacienta, zajištění intravenózního katetru, popřípadě dalších invazivních vstupů, podání medikace určené v rámci předoperační přípravy, kontrola vitálních funkcí a psychická podpora. Příprava před operací je odlišná dle daného typu operačního výkonu a zahrnuje mnoho specifických intervencí, proto nelze v rámci této práce uvést specifickou předoperační přípravu každého výkonu.

Bezprostřední předoperační příprava nastává asi 2 hodiny před plánovaným zákrokem. Zde je důležitá opětovná kontrola dokumentace, získaných výsledků vyšetření

a dodržení všech zásad krátkodobé i dlouhodobé přípravy. Další důležitou činností je bandáž dolních končetin dle zvyklosti pracoviště a zavedení požadovaných invazivních vstupů. Premedikace se podává na příkaz lékaře anesteziologa 30 až 60 minut před zákrokem. Její podání musí být přesně evidováno a pacient od té doby dodržuje klid na lůžku (Janíková, Zeleníková, 2013).

2.2 Intraoperační ošetrovatelská péče

Začíná vstupem pacienta na operační sál a končí přijetím na jednotku intenzivní péče nebo zpět na standartní oddělení. Jedná se o péči poskytovanou zpravidla anesteziologickými a perioperačními sestrami před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Sesterská péče se v této fázi zaměřuje na kontrolu pacienta a udržení bezpečného prostředí. Zde a během celého zákroku je WHO doporučeno dodržovat perioperační bezpečnostní proceduru. Důležité je po příjezdu pacienta zkontrolovat jeho totožnost s identifikačními údaji, typ a místo operace. Dále dochází k uložení pacienta na operační lůžko, jeho zabezpečení pásy a monitorování fyziologických funkcí. Důležitá je i psychická podpora. Pacient bývá uložen na operační stůl v základní poloze na zádech tak, aby měl anesteziologický tým přístup k zajištěnému žilnímu vstupu a bylo možné přiložit manžetu tonometru. Poloha bývá upravena až po uvedení pacienta do anestezie. Zde se musí dbát na možná predilekční místa, která musí být řádně vypodložena. V průběhu operace anesteziologická sestra dbá na udržení tělesné teploty pacienta, lze například použít vyhřívací podložku, aplikuje infuzní roztoky a léky dle ordinace anesteziologického lékaře. Po dokončení operace anesteziologická sestra sleduje pacienta až do probuzení z anestezie, které bývá zajištěno na dospávacím pokoji. Po stabilizaci stavu, který musí zhodnotit lékař, se pacient předá na standartní oddělení. V případě, pokud pacient vyžaduje intenzivní péči, je přímo z operačního sálu předán na JIP nebo ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení). Sestry mají v perioperační péči definovány specifické role, jak v péči o pacienta, tak v asistenci operatérovi. Průběh perioperačního období lze vyjádřit v několika etapách: příprava operační skupiny, příprava pacienta,

rozmístění operační skupiny, operace, přeložení pacienta na JIP či standartní oddělení (LeMone, 2011; Janíková, Zeleníková, 2013, Wichsová a kol. 2013).

2.3 Pooperační ošetrovatelská péče

Pooperační péče vychází z celkového stavu pacienta, operačního výkonu a přidružených onemocnění. Začíná přijetím pacienta na pooperační pokoj a končí úplným zotavením z chirurgického zákroku. U většiny výkonů v celkové anestezii je pacient monitorován dvě hodiny na pooperačním pokoji, odkud je po nabytí vědomí a stabilizaci fyziologických funkcí předán na standartní oddělení. Polymorbidní či nestabilní pacienti po rozsáhlých operačních výkonech jsou indikováni k monitoraci na JIP nebo ARO. Pooperační ošetrovatelská péče na JIP má určitá specifika, která jsou dána nejen stavem klienta, ale i prostředím, ve kterém je poskytována. Funkce organismu se postupně vrací do původního stavu, odeznívá anestezie a ošetrovatelská péče se zaměřuje na: zotavení z anestezie, sledování vitálních funkcí, příjmu a výdeje tekutin, zajištění polohy, péči o ránu, sledování bolesti, psychického stavu a zajištění pohodlí a bezpečnosti. Další specifika jsou dána typem operace a stavem klienta (Mikšová et al., 2006; Schneiderová, 2014).

Pokud bychom chtěli pooperační ošetrovatelskou péči dělit dle časového průběhu, rozlišujeme péči bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče je poskytnuta v časném pooperačním období a je zaměřena především na prevenci možných komplikací. Pokud je pacientův stav stabilizovaný, pooperační péče se v prvních 24 hodinách zaměřuje na: vedení dokumentace, aplikaci infuzní terapie a léků, sledování celkového stavu, vitálních funkcí, emocionální stav, úroveň vědomí, dýchání, barvu kůže a teplotu, bolest, nauzeu či zvracení, bilanci tekutin, stav obvazů, sledování funkčnosti a odpadů z drénů, funkčnost močového katetru popřípadě jiných invazivních vstupů, péči o pohybový režim, hygienu a v neposlední řadě sledování možných příznaků komplikací a zvládnutí pooperační bolesti. Nezbytně důležité je včas informovat lékaře, pokud se objeví známky blížícího se šoku nebo jiné život ohrožující změny. Pro zajištění bezpečnosti pacienta se dávají k lůžku postranice a je třeba umístit na dosah signalizaci. Také je důležitá

emocionální podpora, protože pacient se ocitá v zranitelné a závislé pozici. Veškeré intervence se zaznamenávají do dokumentace, hodnotí se individuální potřeby a podle nich se upravuje ošetrovatelský plán péče. Chirurgie je jeden z oborů, kdy pokročilá technika může zastínit člověka samotného, a proto je třeba dbát na uspokojování nejen potřeb základních, ale i potřeb vyšších. V případě jejich neuspokojení se může projevit smutek, beznaděj či porucha psychických funkcí, což ovlivní celkový proces rekonvalescence. S postupem času se intenzita monitorace snižuje a je doplněna o podporu sebedpěče a aktivní rehabilitaci.

Po překladu pacienta na standartní oddělení se péče zaměřuje na eliminaci bolesti, možných pooperačních komplikací, návrat zdravotního stavu na optimální úroveň a na podporu a rozvoj sebedpěče. Dále se monitorují fyziologické funkce v delších intervalech. Sestra podává pacientovi dle ordinace lékaře chronickou medikaci, analgetika, antibiotika, antikoagulancia aj. Při jejich podávání je třeba sledovat jejich léčebný i nežádoucí účinek. Dalším důležitým prvkem je sledování a zajištění správné výživy, což omezuje vznik komplikací a snižuje úmrtnost. Při hladovění vzniká katabolismus spojený se ztrátami dusíku a bílkovin, což následně ovlivňuje hojení ran. Vyprázdnění moče se sleduje nejen přímo po operaci, kdy by se pacient měl vymočit do 6 až 8 hodin, ale i v dalším pooperačním období, zejména u břišních operací. Peristaltika GIT (gastrointestinální trakt) by se měla obnovit asi za 2 až 3 dny. V rámci hygienické péče se vždy snažíme o včasnou aktivizaci pacienta. V rámci prevence dekubitů se pokožka ošetřuje různými ochrannými prostředky, predilekční místa jsou podkládána speciálními pomůckami. Všechny invazivní vstupy se musí pravidelně kontrolovat a asepticky ošetřovat. Operační rána se převazuje dle zvyklosti oddělení a ordinace lékaře. Zpravidla se první převaz provádí v odstupu jednoho až dvou dnů od operačního zákroku. Drény bývají ponechány jeden až několik dnů dle množství odvedeného sekretu. Aktivita pacienta postupně přechází od klidového režimu v časném pooperačním období, přes dopomoc ošetrujícího personálu až k úplné samostatnosti. Zvláště důležitá je pooperační mobilizace z důvodu prevence komplikací. Již v klidovém období lze začít s pasivní dechovou rehabilitací, což předchází nejen respiračním komplikacím, ale pozitivně prospívá psychickému stavu nemocného. Následná péče je zaměřena především na

rehabilitaci a návrat k předchozímu životu. Je vhodné poučit pacienta v péči o jizvu, dodržování dietního opatření, pohybového režimu, užívání předepsaných léků a dalších zvláštностech dle typu operačního zákroku (LeMone, 2011; Janíková, Zeleníková, 2013).

3 Jednotka intenzivní ošetrovatelské péče

V České republice bylo dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky v roce 2013 evidováno 271 lůžek intenzivní péče, na kterých bylo během tohoto roku hospitalizováno 21 914 nemocných. Průměrná ošetrovací doba činila 3,4 dne a obsazenost každého lůžka dosáhla v průměru 274,8 dnů v roce (Typltová, 2014).

Již z výše uvedených čísel vyplývá potřebnost a využitelnost těchto oddělení a především nutnost nejen specifického vzdělání sester pracujících na těchto odděleních, ale především specifického přístupu a ošetrovatelské péče, která by měla vždy být komplexní, individuální a poskytuje se danému pacientovi, v dané chvíli, v co největší možné míře. Intenzivní péče je v dnešní době důležitou specializací a je nepostradatelnou součástí většiny nemocnic. Poskytuje péči pacientům, kteří trpí závažnými, až život ohrožujícími onemocněními, která bývají ve většině případů reverzibilní. Dále je péče zaměřena na péči o pacienty s život ohrožujícími poruchami, kdy se jim na JIP dostává mnohem podrobnější a kontinuálnější péče a sledování zdravotního stavu, které na standartním oddělení není běžně dostupné (Kapounová, 2007; Zadák et al., 2007).

V praktickém slovníku medicíny je jednotka intenzivní péče, zkráceně JIP, definována jako oddělení nemocnice, které je vybaveno k léčbě pacientů vyžadujících trvalý dozor a intenzivní péči. Pacient je trvale monitorován a kontrolují se životní funkce. Pracoviště je vybaveno přístrojovou technikou, která umožňuje zvládat akutní stavy. Součástí techniky je zvuková a vizuální signalizace, která upozorňuje personál oddělení při překročení minimálních či maximálních hodnot FF (fyziologických funkcí) (Vokurka, Hugo, 2007).

3.1. Historie vzniku intenzivní péče

Za průkopnici intenzivní ošetrovatelské péče, stejně jako za průkopnici ošetrovatelství, je považována Florence Nightingale. Právě ta roku 1850 během Krymské války uložila nejvíce raněné vojáky do těsné blízkosti sesterny, aby se jim dostalo více intenzivní péče než méně raněným. O 70 let později roku 1923 Walter Dandy vytvořil

koncept pooperační péče o kriticky nemocné pacienty a založil jednotku neurochirurgické pooperační akutní péče v Baltimore. Profesionální sestry se zde staly prvními specialistkami zobrazovací intenzivní péče pod vedením neurochirurgů. Tento počátek intenzivní péče se stal vzorem pro vytvoření pooperačních jednotek během druhé světové války. Roku 1950 se vytvořily i srovnatelné jednotky pro pacienty po anestezii i v civilní praxi, což celkově zlepšilo výsledky invazivních chirurgických zákroků. Důležitou roli zde hrála i intenzivní odbornost zdravotních sester za podpory lékařů anesteziologů a vybavení jednotek nočními monitory (Ristago, Weil, 2009).

S ohledem na rozvoj život podporujících technologií je často zmiňována epidemie poliomyelitidy roku 1940 a 1950. Došlo k vysokému výskytu nervosvalového ochrnutí, což vylučovalo spontánní ventilaci. Manuální mechanická ventilace pomocí pryžových vaků připojených přes tracheostomické kanyly je některými historiky nesprávně označována jako počátek kritické medicíny. Důležitější byl vznik mechanických ventilátorů, které pak byly široce používány při akutním respiračním selhání. Stále více se zdokonalovaly metody monitorace krevního oběhu i dýchacího systému včetně kvantitativního měření cirkulace, ventilace a metabolismu. Nábor a výcvik specializovaných sester a lékařů začal v druhé polovině 20. století. Za zvýšenou schopností profesionálů provádět život zachraňující úkony následovalo zavedení monitorů, měřících metod a život podporujících technologií. Významným průkopníkem byl i Dr. Peter Safar, který zdůraznil potřebu jednotek intenzivní péče zaměřených na zajištění dýchacích cest a vytvořil resuscitační schéma, které se modifikované používá až dodnes (Ristago, Weil, 2009).

3.2 Členění jednotek intenzivní péče

Intenzivní péče se dělí do tří stupňů, což ovšem neznamená tři typy JIP. Jedná se o stupně: nižší, vyšší a nejvyšší. Tyto typy představují doporučený kalkulační vzorec pro personál a vybavení, přičemž na jedné jednotce může být zastoupeno více úrovní v poměru, který vyžaduje spektrum pacientů. Intenzivní péče I. stupně, tedy nižší, bývá poskytována v menších oblastních nemocnicích. Cílem je zajistit kontinuální monitoraci,

zvýšenou sesterskou péčí, okamžitou resuscitaci a možnost krátkodobé ventilace do 24 hodin. Vyšší – II. stupeň se poskytuje ve větších regionálních nemocnicích. Zajišťuje základní monitoraci včetně invazivního monitorování, měření srdečního výdeje či dlouhodobou umělou plicní ventilaci. Na jednotkách tohoto stupně ale chybí speciální invazivní monitorovací metody, jako měření intrakraniálního tlaku, plicní katetrizace, bulbární oxymetrie. Péče je zde poskytována stabilním lékařským týmem nebo je zde stále dostupný lékař, který zajišťuje práci na jednotce v plném rozsahu pracovní doby. Poskytuje se zde zvýšená sesterská péče, je možnost širšího rozsahu statim vyšetření a má 24 hodin zajištěnou možnost použití zobrazovacích metod. Naopak neposkytuje komplexní léčebnou péči, jako například bezprostřední provedení hemodialýzy. Jednotky III. - nejvyššího stupně jsou umístěny ve fakultních nebo velkých oblastních nemocnicích. Poskytuje se zde celý rozsah péče včetně zajištění kritických stavů různé příčiny. Jsou zde trvale dostupní specialisti v oblasti intenzivní medicíny a speciální sesterská, rehabilitační a nutriční péče. Jednotka má přístup ke všem komplexním vyšetřením a pokročilým zobrazovacím metodám a konzultaci specialistů z širokého spektra medicínských oborů (Zadák et al., 2007).

Další možností dělení jednotek intenzivní péče je na obecné a oborové či specializované. Obecné jednotky zajišťují péči pacientům různých oborů. Často je také využíván název multioborové JIP. Výhodou těchto jednotek je centralizace přístrojové techniky a limitovaný objem standartních postupů. Nevýhodou tohoto uspořádání je dělení kompetence a odpovědnosti o pacienta mezi více lékařů. Rizikem je povrchní přístup, nadměrná konziliární péče a často také četné překlady mezi odděleními v rámci jedné nemocnice. Oborové a specializované JIP jsou součástí velkých oblastních a univerzitních nemocnic. Neposkytuje se péče pouze na úrovni nižší intenzivní péče, ale přebírají léčbu příslušného onemocnění v plné šíři, včetně orgánového a multiorgánového selhání. Výhodou je komplexní přístup a zajištění kontinuity péče. Tento systém je úsporný, přehledný a lépe kontrolovatelný. Nevýhodou specializované JIP je vyšší potřeba přístrojové techniky, proto jsou budovány v centrech se širokým spádem, aby kapacita těchto jednotek byla účelně využita. Oborové JIP se dělí na interní oborové a jednotky chirurgického zaměření. Chirurgické jednotky intenzivní péče zajišťují péči o

rizikové pacienty s hrozícím či vyjádřeným selháním jednoho či více orgánů v průběhu chirurgického onemocnění nebo v průběhu pooperačních stavů. Mnohdy se jedná o komplikace operačního traumatu, kritické stavy způsobené infekcí až septickým šokem nebo polytraumatem. Do těchto jednotek spadají JIP kardiochirurgické, neurochirurgické, popáleninové, traumatologické, spinální a pediatrické (Zadák et al., 2007).

3.3 Potřeby klienta v intenzivní péči

Potřeba člověka je stav, který je charakterizovaný dynamickou silou vznikající z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v bio-psycho-sociální či spirituální oblasti. Naplnění potřeb je důležité k udržení či obnovení homeostázy. Potřeby pacientů jsou specifické, jsou komplexnější a složitější ve všech svých oblastech. Pramení z bio-psycho-sociálních determinant a jsou vnitřně heterogenní. Specifická podoba potřeb je závislá především na charakteru onemocnění a především na pacientu samotném. Množství a intenzita potřeb se odvíjí od pohlaví, věku, kulturní a společenské úrovně, prostředí, ve kterém vyrůstal a žije, od jeho inteligence, zdravotního stavu, životních zkušeností a jistě by bylo možné uvést mnoho jiných okolností. Autorka Trachtová ve své knize uvádí pět faktorů, které modifikují uspokojování potřeb člověka: nemoc, individualitu člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých došlo k vzniku onemocnění. Každé onemocnění ovlivňuje sociální situaci pacienta, omezuje jeho schopnost plnit své sociální role. Zvláště při hospitalizaci v nemocnici jde o určitou specifickou situaci, kdy řada typických potřeb pokračuje, další se nemocí mění a jiné vznikají (Šamánková a kol. 2011; Bártlová, 2005; Trachtová, 2004).

Je tedy třeba členit potřeby v době nemoci do třech základních skupin: potřeby, které se nemocí nemění, potřeby nemocí modifikované a potřeby nemocí vzniklé. Mezi potřeby, které se nemocí nemění, řadíme ty, které s nemocí nesouvisí. Každý člověk si je kryje sám nebo za spoluúčasti rodiny nebo sociálních skupin. Je třeba, aby byly v případě hospitalizace pokryty, neboť nemocný vytržením ze svého sociálního prostředí ztrácí schopnost si je pokrýt sám. Zahrnujeme sem potřeby jako například vzduch, výživa,

tekutiny, spánek, odpočinek, potřeba vyprázdnit se, být čistý, v pohodlí a bezpečí. Často si člověk tyto potřeby v průběhu nemoci uvědomuje více nežli ve stavu zdraví. Další kategorii tvoří potřeby, které se nemocí modifikovaly. Nejsložitější modifikované potřeby jsou biologické. Složitost vyplývá především z jejich variability a jsou ovlivněny samotným onemocněním, jeho druhem, fází či závažností. Značnou pozornost je třeba věnovat i modifikovaným potřebám sociálním, kdy vedle redukce může dojít i k deformaci dřívějších potřeb. Poslední kategorii tvoří potřeby, které nemocí vznikly. Jejich pokrývání je součástí léčebného procesu. U pacientů vzniká řada nových potřeb, které jsou obecně orientovány na tři roviny: navrácení zdraví, zbavení nebo zmírnění bolesti, obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové (Bártlová, 2005).

Potřeby je možné uspokojovat různými způsoby, ať již žádoucími nebo nežádoucími. Žádoucí jsou ty, které neškodí nám ani jiným, shodují se se sociokulturními hodnotami jedince a jejich uspokojení je v mezích zákona. Nežádoucí způsoby tvoří přesný opak. Překážky v naplnění potřeb jsou jiné ve zdraví i v nemoci. Lze sem zařadit bariéry osobní, psychické, jazykové, fyziologické, bariéry prostředí, nepochopení sdělovanému nebo méně časté jako vyslovení a přijímání omluvy, kritiky, pochvaly, řeč těla a zpětná vazba. Mnohdy sami nedokážeme pojmenovat přesně to, co nám chybí či přebývá, nebo po čem opravdu toužíme. Proto je třeba, aby poskytovatelé zdravotní péče byli schopni nabídnout takzvaný vějíř potřeb a pomohli nalézt právě tu, která je ve své naléhavosti v popředí. Při nedostatečné saturaci potřeb dochází k obecným příznakům jako neklid, úzkost, nesoustředění, nervozita, poruchy spánku, výživy či vyprazdňování. Při pokračujícím pocitu nenaplnění potřeby se může situace projevit stresem či distresem, nebo vyústit až v pocit frustrace (Trachtová, 2004; Šamánková a kol. 2011).

Nejznámější klasifikaci potřeb člověka vytvořil na základě svých klinických zkušeností americký psycholog Abraham H. Maslow. V této klasifikaci jsou potřeby organizovány do hierarchického systému podle úrovně naléhavosti. Potřeby se člení na fyziologické, jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti, uznání, ocenění a sebeúcty a nejvyšší jsou potřeby seberealizace a sebeaktualizace. Pokud nejsou potřeby určitého stupně uspokojeny v dostatečné míře, nenastane vzestupný krok. Teprve je-li uspokojena

nižší potřeba, může dominovat vyšší a determinovat chování a jednání jedince (viz. Příloha č. 1) (Mastiliaková, 2014; Trachtová, 2004).

Uspokojování potřeb pacienta v intenzivní péči se odlišuje od ostatní sesterské praxe především tím, že část těchto pacientů má ovlivněné nebo změněné vědomí. Tito pacienti si často neuvědomují své potřeby nebo nejsou schopni své potřeby naplnit. Tato skutečnost změnila ošetrovatelství v intenzivní péči dvěma způsoby. První změnou je, že většinou potřeby nemocného předvídáme a druhou, že tyto potřeby někdy plníme bez spolupráce nemocného. Většinou se v intenzivní péči jedná o překlenutí krizového období a naše zástupná péče je zjevná a časově omezená. U pacientů umírajících nebo v posledních chvílích života dochází k upřednostnění potřeb sociálních nad fyziologickými. Do popředí se dostává především přítomnost jiného člověka, potřeba nebýt sám (Kapounová, 2007; Plevová a kol, 2011).

Podle úrovně vědomí je ovlivněna i úroveň uvědomování si svých potřeb a jejich plnění. Vědomí může být ovlivněno buď po složce kvantitativní nebo kvalitativní. Somnolentní pacienti pociťují potřeby na stejné úrovni jako nemocný jedinec, jen je jejich intenzita slabší. Mají nižší potřebu jíst a pít, ale pokud je požádáme, ochotně to udělají. Čistota těla jde do pozadí, dobře pociťují bolest. Cítí a dobře si pamatují psychické a zejména sociální potřeby. U soporózních jedinců zůstává především značně zachováno vnímání bolesti. V kómatu, kdy nemocný nereaguje na žádné podněty, je třeba se řídit principem, že má potřeby stejné jako komunikující člověk, jen není schopen je vyjádřit. Zvláštní kapitolu tvoří takzvané vigilní kóma, kdy musíme dbát na důsledné uspokojování všech potřeb včetně bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti a komunikovat s nemocnými tak, jako by byli zcela při vědomí a reagovali na nás. Z kvalitativních poruch se často setkáváme s amentními stavy. Tito nemocní jsou náročnější na ošetřování především z hlediska potřeby neustálého opakování informací týkajících se jejich zdravotního stavu a provozu pracoviště. Tito pacienti jsou zejména citliví na potřeby lásky a sounáležitosti, potřeba bezpečí se může projevit až agitovaností či agresivitou (Kapounová, 2007; Šamánková a kol. 2011).

Fyziologické potřeby má každá lidská bytost od počátku života. Jejich naplnění v intenzivní péči většinou u vážně nemocného člověka dominuje a jejich uspokojení

z velké části zastupuje nebo komplexně řeší sestra. Potřeba dýchání je jednou ze základních fyziologických potřeb a základním předpokladem lidské existence. Proces uspokojování potřeby kyslíku si člověk neuvědomuje, protože dýchá automaticky. Pacienti v intenzivní péči mají často nějakým způsobem porušené dýchání. Mezi časté problémy patří respirační insuficience či dušnost, která se vyznačuje svoji psychickou nadstavbou. Je jí třeba včas řešit a vyžaduje speciální péči. Nejhůře bývá snášena kyslíková maska, která může v nemocném vyvolávat tísnící, až klaustrofobický pocit. Obecně u tohoto problému platí, že je třeba pacienta dobře psychicky podporovat a odvádět pozornost od dušnosti. V případě respirační insuficience je v mnoha případech třeba zajistit dýchací cesty endotracheální nebo tracheostomickou kanylou, což může přinést další problémy jako nesoulad pacienta s ventilátorem či obtížné odvykání od dýchacího přístroje (Kapounová, 2007; Mastiliaková, 2014; Šamánková a kol. 2011).

Dalším problémem v intenzivní péči může být potřeba regulace tělesné teploty. Schopný člověk reguluje teplotu oblečením nebo pomocí přikrývek, ale nesoběstačný pacient závislý na pomoci druhých toto sám nedokáže. Je třeba, aby sestra sledovala tepelný komfort pacienta, popřípadě využívala možnosti, jako je klimatizace nebo vyhřívací přikrývky (Kapounová, 2007; Šamánková a kol. 2011).

Potřeba tělesné integrity přesněji značí potřebu celistvosti a soudržnosti. V intenzivní péči je často narušována monitorací, invazivními vstupy, operačními ranami a drény. Obecně je nutné, aby byl nemocný seznámen s tím, kde jaký vstup má, k čemu je třeba, jak je monitorován a kde má operační ránu. Toto vědomí napomáhá snížení potřeby. Monitorování životních funkcí tvoří esenciální složku intenzivní péče, ale zároveň je důležité si uvědomovat, že narušuje tělesný rámec nemocných. I plně spolupracující orientovaný pacient může mít problém vydržet kontinuální monitoraci. Mnoho kabelů omezuje pohyb na lůžku, pacient je tím často buzen, cítí se unavený a jeho spánek není moc kvalitní. Další charakteristikou JIP jsou četné invazivní vstupy, ať již centrální či periferní žilní katétry, nazogastrické sondy, permanentní močové katétry, drény, endotracheální či tracheostomické kanyly. Obecně platí poučit nemocného, kde jaký vstup má a tím zabránit jeho náhodnému vytažení. Z hlediska nepříjemnosti je pro pacienta na prvním místě endotracheální intubace, nepříjemné jsou zejména u mužů

permanentní močové katétrů a v malé oblibě je i hrudní drén s aktivním sáním. Informace týkající se operační rány by měly být sděleny nemocnému již před operací a ozřejměny i po operaci. Nemocnému to pomůže zvládnout strach a přijmout jizvu.

Potřeba tekutin je na JIP nejčastěji hrazena nitrožilně nebo nazogastrickou sondou. V této oblasti je třeba dbát především o hygienu dutiny ústní. Potřeba příjmu potravy včetně tekutin je základním předpokladem homeostázy organismu a udržení života. Výživa neuspokojuje pouze žaludek, zažívací ústrojí nebo energetické nároky organismu, ale i psychosociální potřeby. Většina nemocných v akutním stádiu onemocnění nemůže přijímat potravu ústy, proto jsou živeni nitrožilně, nazogastrickou nebo nazoenterální sondou nebo v dlouhodobé péči perkutální gastrostomií (Šamánková a kol. 2011).

Zdravý organismus dokáže udržet rovnováhu mezi množstvím přijatých a vyloučených tekutin. Potřeba vylučování tekutin a stolice patří mezi ty, které se nemocný bojí nejvíce projevit. Velkou roli zde hraje stud a potřeba soukromí. Projevit potřebu vylučování bývá především značně stresující pro mladé lidi. Důležitou roli zde hraje sestra, která by měla pomoci zachovat intimitu, ujistit klienta o naprosté přirozenosti procesu vyprazdňování, nabízet možnost vyprázdnit se a upozornit na škodlivost potlačování vyprazdňovacích reflexů. Na JIP je navíc situace umocněna o vyprazdňování na lůžku nebo u lůžka pomocí močových lahví, mís či přenosných toaletních židlí. Bohužel z provozních důvodů nelze vždy zajistit úplné soukromí, je tedy třeba ho alespoň navodit pomocí zatahovacích závěsů. Na pokoji by se mělo zdržovat co nejméně osob a po vykonání potřeby nemocnému nabídnout omytí rukou. V případě zavedení permanentního močového katétru (PMK) je velice důležitá edukace pacienta nejen o samotném zavedení, ale i o následné péči o PMK, neboť bývá zdrojem infekčního onemocnění. Hygienická péče musí být zvláště důkladná (Mikšová a kol, 2006; Šamánková a kol. 2011).

Potřeba čistoty může být někdy pocíťována více sestrou nežli samotným pacientem. Každý člověk je již navyklý na určitý způsob a frekvenci dodržování hygienických návyků, které vychází z hodnot vštípených od útlého dětství. Například z tohoto důvodu může být častá a důkladná hygiena prováděná na JIP klientovi až nepříjemná. Ale můžeme se setkat i s opačným případem a to častěji u žen, kdy je tato potřeba pocíťována

více pacientkou nežli ošetrovatelským personálem. Pokud to je tedy jen trochu možné, je vhodné se na míře hygieny dohodnout. Samotná hygiena je velmi citlivý proces, který může ošetřující sestře přinést mnoho potřebných informací o stavu pacienta, ale také zabraňuje vzniku a šíření infekce. Její proces se mění v závislosti na zdravotním stavu klienta, potažmo na míře jeho soběstačnosti. Je však nezbytné, aby sestra v dané situaci projevila dostatek taktu a porozumění (Vytejková a kol, 2011; Šamánková a kol. 2011).

Spánek je od pradávna považován za něco mimořádného a důležitého, co umožňuje odpočinek těla i mozku. Je neoddelitelnou součástí života, napomáhá regeneraci těla v období nemoci a blahodárně působí na psychickou kondici. Za pobytu ve zdravotnickém zařízení bývá narušen a tato situace se na JIP umocňuje. Zdrojem rušení je mnoho činitelů. Velmi častou příčinou bývá provozní hluk. Je třeba na tento problém pamatovat a v nočních hodinách ho co nejvíce omezit. Dalším zdrojem rušení bývá monitor a provozní linky kabelů či infuzí. Omezují pacienta jednak tím, že se do nich při pohybu zamotává a navíc při jakémkoli problému ihned alarmují. Periodické měření krevního tlaku snášejí hůře pacienti při vědomí, nežli v analgosedaci. Pacienta ruší nejen zmíněné faktory týkající se jeho osoby, ale i obtíže ostatních pacientů. Navíc ostatní spolupacienti mohou být neklidní nebo vyžadují intenzivní léčbu a častější přítomnost ošetrovatelského personálu. Je tedy vhodné umísťovat podobně nemocné pacienty vedle sebe, pokud to lze. Dalším zdrojem rušení spánku může být strach o svůj zdravotní stav nebo svoji rodinu, obavy z vyšetření, další léčby, prognózy onemocnění a z bolesti. Častým stavem na JIP především u starších nemocných bývá spánková inverze. V noci nemohou spát, protože jsou rušeni prostředím, ve dne pak dospávají. V noci bývají neklidní a sami se tak stávají zdrojem neklidu pro ostatní spolupacienty. Dlouhodobý nedostatek spánku může vést k zhoršení onemocnění, chronické únavě a častějšímu výskytu psychických poruch (Borzová a kol, 2009; Šamánková a kol. 2011).

Bolest je multidimenzionální fenomén, nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost. Slouží jako ochranná funkce a varovný signál pro organismus. V systému uspokojování potřeb patří tišení bolesti k nejvíce závažným a nejsilněji pocíťovaným. Proto je třeba jí věnovat náležitou pozornost, snažit se ji předvídat, hodnotit, zabránit a adekvátně léčit. V intenzivní péči často signalizuje zhoršení stavu nebo vývoj komplikací.

Bolest je tedy sice třeba tlumit, ale v takové míře, aby neztratila svůj anamnestický údaj. Je důležité, aby pacient věděl, že jeho bolest nás zajímá a chceme ji řešit. Že není s bolestí sám a jsme mu nablízku. Pokud pacienta před výkonem seznámíme s tím, jaká bolest a kde ho čeká, mnohem lépe ji snáší (Zacharová a kol. 2007; Šamánková a kol. 2011).

Potřeba jistoty a bezpečí je velmi důležitá a ještě více se umocňuje v intenzivní péči. Jedná se o tendenci mít alespoň částečně životní situaci pod kontrolou a mít jistotu, že se o nás starají kompetentní odborníci. Abychom se mohli cítit v bezpečí, musíme umět předvídat situaci, která nastane. V pozici pacienta potřebujeme chápat situaci, znát prostředí, ve kterém jsme, a znát osoby, které se o nás starají. Důležitá je tedy především komunikace. Pokud je pacient se vším seznámen a rozumí tomu, cítí se bezpečně (Plevová, 2001; Šamánková a kol. 2011).

Plnění potřeby lásky, přijetí a sounáležitosti na JIP vychází ze všeobecných principů: nenechávat nemocného samotného, plně ho respektovat, k nemocným s poruchou vědomí se chovat jako by byli zcela při vědomí, usilovat o nerušený průběh návštěv, vést návštěvy ke sdělování pozitivních informací a fyzickému kontaktu s nemocným, návštěvy regulovat podle únavy klienta. Z velké míry je plnění této potřeby závislé na stavu vědomí. Jelikož ale nevíme, do jaké míry klient v bezvědomí vnímá či ne, vycházíme z předpokladu, že cítí totéž, jen to nemůže vyjádřit. Uspokojování této potřeby nevyhází pouze z návštěv, ale i sestra může přispět svou přítomností, komunikací a chováním (Šamánková a kol. 2011).

Otázkou duchovní dimenze a hledání smyslu života se zabývají lidé už od pradávna. Nic jiného na světě nemůže pomoci člověku přežít než poznání, že v jeho životě je nějaký smysl. Baumeister uvádí čtyři základní potřeby, které nás nutí hledat smysl života: potřeba mít nějaký cíl, mít svou hodnotu, cítit svou efektivitu a účinnost, vnímat sebe-cenu. Tyto potřeby v kombinaci s životní zkušeností vytváří náš hodnotový systém a morálku. Uplatňují se zde i různé náboženské systémy. Obecně je systematické a komplexní uspokojování všech potřeb člověka hlavním cílem ošetrovatelské profese (Petrová, Plevová, 2006; Koncepce ošetrovatelství, 2004).

4 Kvalita ošetrovatelské péče

Řádově se s pojmem „kvalita ve zdravotnictví“ nejčastěji setkáváme v posledních dvanácti letech, přestože samotný termín kvalita má již dlouhou historii. První organizace, které začaly kvalitu sledovat, byly cechy a to tak, že si stanovily určitá kritéria plnění či neplnění práce. Dále se z historického hlediska uplatnila ve sledování kvality především dvě období. Nejprve to byla manufaktura, kdy se sledoval proces výroby na jednotlivých úsecích. Další období nastalo po druhé světové válce, kdy se kvalita výrobku stala hlavním znakem konkurenceschopnosti. Koncem 80. let 20. století došlo k orientaci managementu kvality především na zákazníka, který se stal tím, kdo určuje kvalitu daného produktu. Ke konci 20. století se začíná objevovat snaha managementu prosadit kvalitu zaváděním norem, udělováním akreditací a cen za jakost. O rozvoj managementu kvality se zasadilo mnoho významných osobností, které svými poznatky přispěly až k jeho dnešní podobě. Například W. Edward Deming vytvořil 14 základních bodů řízení jakosti a oproti tomu i 7 takzvaných smrtelných nemocí, což jsou činnosti, které vedou k zániku firmy (Pitrová, 2013).

Obecně je pojem kvalita velmi mnohostranný a složitý a v odborné literatuře neexistuje jeho jednoznačná definice. Kvalita je jako postoj, filozofie či způsob myšlení a chování. Pochopení tohoto pojmu je ovlivněno kulturním a sociálním prostředím a představa kvality je ovlivněna hodnotami dané společnosti. Ale i hodnoty a požadavky společnosti se v čase mění, z čehož nadále vyplývá, že i hodnota kvality není neměnná. Ve své podstatě kvalita neznamena schopnost poskytovat tu nejlepší péči, ale především jde o schopnost uspokojit všechny potřeby a očekávání klienta. V dostupné literatuře se setkáme s mnoha definicemi kvality. P.B. Crosby uvádí velmi jednoduchou, ale o to výstižnější definici: „Kvalita je shoda s požadavky.“ Další unikátní způsob definování přináší Palmer: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi (Škrla, Škrlová, 2003, s.318; Kilíková, 2013; Ondriová, 2013)“.

V dostupné anglické literatuře od Roberta Lloyda nalezneme celou stranu jednoduchých definic pojmu kvalita. Pro příklad uvádíme: „Kvalita je kombinace hodnoty a výsledku v očích uživatele. Kvalita je proces s minimální příležitostí pro

rozvoj. Kvalita je seznámení se s potřebami uživatele a jejich překročení (Lloyd, 2004, s. 12, 13)“. Takovýmito definicemi bychom mohli nadále pokračovat, avšak když uděláme průřez všemi teoretickými a filozofickými podklady uznávaných expertů zabývajících se kvalitou, všichni diskutují o třech základních aktivitách, které tvoří podklad průběžného zlepšování kvality: poslouchat hlasy uživatelů, hlasy procesu a užívat statistické kontrolní metody (Lloyd, 2004).

Ve zdravotnictví rozlišujeme tři dimenze kvality. První se nazývá kvalita služeb z pohledu pacienta - vyjadřuje to, co očekává pacient. Druhá je kvalita služeb z profesionálního hlediska – zda poskytované služby mají profesionální charakter a naplňují potřeby pacienta. Řadí se sem i otázky, zda jsou služby poskytované vhodnými pomůckami, zdravotnickou technikou či zda služba obsahuje vše, co pacient očekává. Poslední dimenzí je kvalita služeb z hlediska řízení, která vyjadřuje nejefektivnější využívání zdrojů v rámci nařízení a limitů (Kilíková, 2008).

4.1 Indikátory kvality

Pojem indikátor kvality vyjadřuje měřitelná kritéria, která při porovnání s daným standardem, směrnicí nebo požadavkem poukazují na to, do jaké míry bylo stanoveného kritéria dosaženo. Jsou základním nástrojem hodnocení kvality a zároveň neoddělitelnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Indikátory vždy vyjadřují kvantitu, která nás informuje o kvalitě. Jsou vždy vyjádřena v číslech, upozorňují, že něco není v pořádku, ale mohou se také mýlit. Mohou se zaměřovat buď na jevy pozitivní nebo negativní, nebo mohou být orientované na sestru, proces, systém nebo klinickou událost. Dle americké ošetrovatelské asociace rozlišujeme tři základní kategorie indikátorů kvality ošetrovatelské péče. První kategorie se zabývá strukturou ošetrovatelského personálu. Kategorie druhá sleduje celkový počet hodin ošetrovatelské péče o klienta na den. Poslední kategorie zahrnuje více prvků: výskyt dekubitů, pádů, spokojenost pacienta s celkovou ošetrovatelskou péčí, s tišením bolesti, s poskytováním informací a v neposlední řadě i spokojenost ošetrovatelského personálu. Dalšími důležitými

indikátory jsou výsledky ošetrovatelských auditů a výskyt mimořádných událostí (Kilíková, 213).

Dalším možným dělením je kategorizace indikátorů podle jejich priority. Na prvním místě jsou indikátory rizik, které jsou vždy velmi důležité, musí být dokumentované a vyhodnocené co nejdříve. Patří sem například smrt klienta nebo požár. Další prioritu tvoří indikátory klíčové, které poukazují na práci na daném oddělení, měly by být pravidelně sledovány každý měsíc. Do této skupiny řadíme například počet stížností nebo nemocnost zaměstnanců. Indikátory popisné jsou užitečné, ale na důležitosti nabývají v okamžiku, kdy dojde k výrazné změně výsledku. Nejnižší prioritu mají takzvané nedůležité indikátory, které nejsou příliš podstatné pro kvalitu ošetrovatelské péče (Kilíková, 213).

4.2 Hodnocení kvality

Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče stanovuje vyhláška 102/2012Sb. Zde jsou přesně stanoveny čtyři posuzované procesy: řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečí nejen pro pacienty, ale i zaměstnance lůžkového zdravotnického zařízení. V příloze č. 1 k této vyhlášce nalezneme minimální hodnotící standardy a ukazatele bezpečí a řízení kvality a způsoby jejich tvorby a sledování. Do této kategorie spadají standardy na téma: zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí, sledování a vyhodnocení mimořádných událostí, sledování spokojenosti pacientů, sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče, využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů (Vyhláška 102/2012Sb.).

Kvalitu ošetrovatelské péče můžeme hodnotit z několika pohledů. Vychází z informací získaných od klientů, od externích odborníků, z výsledků auditů nebo indikátorů kvality. Nejčastěji se využívá zdrojů získaných z auditů a indikátorů kvality. Nejméně objektivní jsou informace získané od klientů. Pacient posuzuje kvalitu poskytované péče především podle toho, do jaké míry byly uspokojeny jeho základní potřeby v době nemoci. Posuzuje aktivity a jednání sester, sleduje, jak s ním komunikují, jak plní sliby. Důležitá je i úprava zevnějšku a kultivovanost projevu. Obecně při měření

a hodnocení kvality jde o posuzování ekonomických, technických, ošetrovatelských, interpersonálních, psychologických a jiných aspektů komplexní ošetrovatelské péče (Gladkij, 2003; Kilíková, 2013; Lávičková,2006).

5 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí

Vymezení tohoto pojmu je v odborných kruzích často diskutováno. Lze ji definovat jako pozitivní ohodnocení určitých vymezených oblastí zdravotní péče. Je to stav klienta, kdy výrobky nebo služba splňují všechny očekávané požadavky a klient nemá důvod být nespokojen. V podstatě ukazuje, do jaké míry byla očekávání a přání klientů splněna a vztah mezi tím, co klient očekával a co si myslel, že dostal. Spokojenost je jev velice komplexní a je chápána jako neopomenutelný výstup zdravotní péče. Neexistuje jasný teoretický koncept spokojenosti, který by mohl tvořit podklad pro výzkumné studie a interpretoval získané výsledky. Dle Košty se ale vyznačuje dvěma charakteristikami. Za prvé je sdílěna více lidmi. Za druhé vzniká postupně a to debatováním, výměnou různých zkušeností, diskuzí, argumentováním a soupeřením různých stanovisek. V reálném životě tedy nejde o spokojenost pouze samotného pacienta, ale jeho rodinných příslušníků, známých a spolupacientů. Je tedy sociálně konstruovaná (Janečková, Hnilicová, 2009; Košta, 2013; Ondriová, 2013).

Úroveň spokojenosti klienta se odvíjí nejen od povahy jeho onemocnění a úrovně poskytnuté péče, ale hrají zde velkou roli i sociálně demografické charakteristiky jako věk, vzdělání, ekonomické postavení, kulturní a rodinné zázemí. Tutéž realitu mohou tedy různí pacienti hodnotit zcela odlišně. Avšak zjistíme-li podobné stanovisko u většiny pacientů, má určitou výpovědní hodnotu. Neopomenutelný význam má i kultura pracoviště. Čím je lepší kultura pracoviště pro zaměstnance, tím je více spokojených pacientů. Je však důležité mít v povědomí, že spokojenost pacientů nelze zaměnit či ztotožnit s klinickou kvalitou. V našich podmínkách byly stanoveny tři oblasti dimenze péče. První oblast se zabývá spokojeností klientů s technickou kvalitou péče, odbornými kompetencemi a chováním zdravotnického personálu. Druhou oblast tvoří spokojenost klientů s podáváním informací o chorobě a o jejím průběhu. Poslední oblast se nazývá tzv. hotelové služby, kam spadá spokojenost klientů s čistotou a hygienou v zařízení, se stravou a jejím servírováním a s celkovým režimem péče (Exner a kol, 2005; Hopkins, 2013; Košta, 2013; Ondriová, 2013).

Výsledné hodnocení spokojenosti vychází tedy nejen z kvality poskytnuté péče, ale velký význam má i očekávání pacienta. Pacient, který je před plánovaným výkonem dobře informován, řádně poučen a je mu vysvětlen záměr výkonu, má daleko přiměřenější očekávání než pacient neinformovaný. Správně a vhodně informovaný pacient je s péčí spokojenější než pacient, který informován nebyl a v průběhu léčby se dostal do neočekávané situace. Podávání informací, budování vztahu, vyjádření dojmů, empatie a větší zaměření na pacienta zvyšuje jeho spokojenost. Efektivní komunikace tak může být zdrojem spokojenosti všech zainteresovaných, neefektivní naopak vede k nespokojenosti, problémům a konfliktům (Exner a kol, 2005; Ptáček, Bartůněk, 2011; Vévoda, 2013).

Kvalita ošetrovatelské péče je jedním z důležitých prvků, které rozhodují o spokojenosti klienta ve zdravotnickém zařízení. Docenění významu této péče je důležitou součástí zvyšování kvality ve zdravotnictví, v opačném případě se může výrazně zhoršit kvalita poskytovaných služeb a může se snížit účinnost celého systému. Při hodnocení spokojenosti se klient zabývá těmito charakteristikami: dostávám odbornou péči, projevují mi empatii, jsem chápaný, respektovaný, dostávám včasné a pravdivé informace, dostávám pomoc a podporu, jsem v bezpečí před psychickým i tělesným poškozením, cítím, že se o mě starají, jsem ošetřován důstojně. Míra spokojenosti určuje další chování ve vztahu ke zdravotnictví. Pokud jsou spokojeni, je to patrné v jejich chování, pokud ne, může situace vést až ke změně zdravotnického zařízení nebo lékaře (Ondriová, 2013).

5.1 Modely spokojenosti

V literatuře se setkáváme s několika modely spokojenosti. Autorky Bártllová a Hnilicová v knize Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů (2000) uvádí tři modely. Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče: V tomto modelu je spokojenost vnímána jako pozitivní ohodnocení vymezených dimenzí zdravotní péče, jejichž původ je empirický. Jsou statisticky odvozeny z dat získaných v průzkumech. Z tohoto důvodu se různí autoři liší v tom, jaké dimenze jsou považovány za podstatné, a liší se i v jejich počtu. Například

dle průzkumu realizovaného ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze roku 1994 byly identifikovány tři hlavní dimenze: kvalita péče, hotelové služby a poskytování informací.

Model postavený na splnění přání pacienta: Tento model vychází z očekávání pacientů. Spokojenost vychází z toho, co pacient očekával a co skutečně dostal. Do jaké míry byla splněna jeho očekávání. Reálné zkušenosti zde získávají až druhotný význam. Velký význam zde mají charakteristiky pacientů jako věk, pohlaví, vzdělání, osobnost a jiné. Modifikací tohoto konceptu vznikl disrepanční model, který naopak více než očekávání připisuje větší význam reálné zkušenosti a tomu, jak ji pacient subjektivně vnímal (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Pragmatický model spokojenosti pacientů: Cílem tohoto modelu je snaha přehledně zachytit všechny podstatné faktory, které ovlivňují spokojenost klientů. V první řadě je spokojenost závislá na samotné povaze onemocnění, tedy jaký typ péče byl poskytnut z medicínského hlediska. Dále se významně uplatňují sociálně-demografické charakteristiky jako například věk, vzdělání, kulturní a rodinné zázemí a ekonomické postavení. Tyto charakteristiky jsou velmi důležité především proto, že ovlivňují hodnotovou orientaci. Další důležitou roli sehrávají zkušenosti klienta či rodinných příslušníků se zdravotnictvím. Všechny tyto zmíněné prvky působí jako filtr, kterým pacient hodnotí zdravotnické služby a vyjadřuje tak svoji míru spokojenosti s danou péčí (Ondřiová, 2013).

5.2 Spokojenost versus zdravotnický marketing

V ohnisku zájmu všech marketingových aktivit různých zařízení je zákazník, v případě zdravotnictví tedy klient/pacient. Aby pacient mohl být zákazníkem, musí mít možnost výběru a k tomu, aby si mohl vybrat, musí mít přiměřené informace. V tomto případě se přiměřenými informacemi rozumí veřejně dostupný soubor údajů o kvalitě služeb ve zdravotnických zařízeních (Exner a kol, 2005).

Podle zákona o zdravotních službách mají občané právo na výběr zdravotnického zařízení, lékaře či klinického psychologa. Výjimku představují osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, ve vězení a ve výkonu zabezpečovací detence. Další výjimky se týkají

protiepidemiologických opatření, vojáků v aktivní službě, žáků vojenských služeb, osob pobírajících sociální dávky a dalších. Mimo těchto výjimek je pro občany důležité mít dostatek informací o kvalitě poskytované péče v daném zařízení, aby se mohli svobodně rozhodnout, které zdravotnické zařízení či lékaře v případě potřeby zvolí (Horáček, 2010; Zákon č. 372/2011 Sb.).

Spokojený zákazník v marketingovém prostředí zdravotnického zařízení není jejím cílem, ale naopak prostředkem k dosažení lepších hospodářských výsledů. I oblast zdravotnictví a poskytované zdravotní péče musí být jako jakákoli jiná provozovaná lidská činnost efektivní, jinak vede k úpadku a může přinést více škody nežli užitku. Měli být zdravotní péče přínosná, musí prosperovat. Spokojený pacient je tedy zájmem nejen privátních zařízení, státu, ale i plátce zdravotní péče, v našem případě tedy pojišťoven. Takový pacient se rychleji léčí, rychlejší léčba znamená nižší náklady a celkově pro stát nižší ekonomické ztráty způsobené pracovní neschopností a neefektivní léčbou (Exner a kol, 2005).

5.3 Sledování spokojenosti pacientů

Jak již bylo uvedeno výše, sledování spokojenosti pacientů podléhá vyhlášce 102/2012 Sb. Cílem standardu v příloze vyhlášky č. 1 je sledování a vyhodnocování spokojenosti s lůžkovou zdravotní péčí a podmínkami jejího poskytování. Tento standard je splněn, pokud je v daném zdravotnickém zařízení prováděno vyhodnocení spokojenosti pacientů a dle něho jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků. Dále musí být sledována spokojenost minimálně s podmínkami pobytu v daném zařízení včetně stravování, poskytováním informací o zdravotním stavu a dalších postupech jak diagnostických, léčebných, tak ošetrovatelských a sledování spokojenosti s přístupem zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků k pacientům (Vyhláška 102/2012Sb.).

Nejznámější mezinárodní organizací působící v oblasti monitoringu spokojenosti zákazníků je Pickerův institut, který vznikl v roce 1987 v USA a u jeho zrodu stáli Harvey a Jean Pickerovi. Za spolupráce s Harvard Medical School zjišťovali, které okolnosti při

poskytování zdravotní péče mohou zásadně ovlivnit spokojenost pacientů a jejich rodinných příslušníků v průběhu léčby. Za asistence dalších institucí se věnovali rozsáhlému šetření, jehož výsledkem byla definice osmi nejdůležitějších dimenzí, které zásadně ovlivňují kvalitu péče a spokojenost pacientů s touto péčí. Tento institut se roku 1994 rozšířil do Velké Británie a Austrálie, v dalších letech do Německa, Švédska a Švýcarska.

V době, kdy se u nás začaly objevovat první signály o projektu, který by zahájil systematický monitoring kvality ve zdravotnictví prostřednictvím názoru pacientů, začaly taktéž vznikat spontánní laické aktivity, kdy si skupiny pacientů začaly vyměňovat zkušenosti se zdravotnickými zařízeními. Velký vliv zde měl také rychlý rozvoj internetu, který se stal významným, rychlým a dostupným médiem. Manažeři zdravotnických zařízení si brzo tuto skutečnost uvědomili a začali podporovat různé ankety a dotazníková šetření. Monitoring přinesl poměrně rychlé výsledky a odhalil různé nedostatky v oblasti kvality péče. V roce 2001 u nás vznikl projekt Kvalita očima pacientů, jehož základní stavební kameny tvoří Pickerova filozofie. Tento projekt je u nás podporován Ministerstvem zdravotnictví ČR, Sdružením fakultních nemocnic a nezávislou výzkumnou společností.

Výhodou metody sledování spokojenosti pacientů je oproti jiným poměrně rychlá odezva na provedená opatření a je zde minimální možnost ovlivnění výsledků ze strany zainteresovaných pracovníků zdravotnického zařízení. Dále pokud je měření prováděno systematicky, dlouhodobě a stejnou metodou v různých zařízeních, přináší nejlepší výsledky v porovnání v čase a prostoru. Jak bylo již uvedeno výše, ve zdravotnickém prostředí existuje pro pacienta možnost volby. Lidé se častěji rozhodují podle své zkušenosti nebo zkušenosti jiných osob nežli podle objektivních ukazatelů. Spokojenost tedy osobní zkušenost lidí se zdravotnickým zařízením předurčuje to, jak lidé celý systém zdravotní péče využívají a dokáží z něho profitovat. I když je spokojenost pacienta subjektivní metodou hodnocení, efektivní měření této zkušenosti nám umožňuje využití těchto informací pro zlepšení poskytované péče a všeho, co s tím souvisí. Pokud se dle výsledků výzkumů spokojenost v daném zařízení zvyšuje, usuzujeme na to, že strategická opatření daného zařízení jsou správná nebo naopak (Exner a kol, 2005).

5.4 Metody měření spokojenosti pacientů

Pro monitoring spokojenosti pacientů lze uplatnit kvalitativní i kvantitativní metody. Kvalitativní metody se uplatňují spíše pro tvorbu vhodné struktury výzkumných nástrojů (dotazníků). Ve fázi, kdy jde o co nejvyšší srovnatelnost výsledků jak v čase, tak v prostoru, je třeba použít jednu z kvantitativních výzkumných metod, kdy jsou odpovědi předem naformulovány a respondenti vybírají z dané nabídky. Podle typu kontaktu s respondentem rozlišujeme dotazování osobní, telefonické, písemné a elektronické. Mezi nejvhodnější metody patří: osobní dotazování tváří v tvář, telefonické dotazování, písemné dotazování poštovní anketou a anketní dotazování přímo ve zdravotnickém zařízení. V současné době je v České republice jako nejvhodnější nástroj z pohledu pravidelnosti, kvality a přiměřenosti nákladů považována metoda anketního šetření přímo ve zdravotnickém zařízení (Exner a kol, 2005).

Osobní dotazování tváří v tvář je založeno na přímé komunikaci s respondentem a stále patří mezi nejvýznamnější dotazovací techniky. Mezi jeho výhody patří přímá vazba mezi respondentem a tazatelem, která umožňuje motivovat respondenta k odpovědím, upřesnit výklad otázky, podle situace měnit pořadí otázek a získat bezprostřední reakce dotazovaného. Nevýhodou jsou poměrně vysoké náklady sběru dat a ochota a schopnost respondentů spolupracovat.

Telefonické dotazování je podobné osobnímu především v tom, že dotazovaný okamžitě reaguje na otázky tazatele. V případě metody CAPI (počítačová podpora telefonního rozhovoru) je využívána podpora počítače, který pomáhá jednak s vytáčením telefonních čísel a dále vede dotazovaného podle systému filtrů nastavených z předcházející odpovědi. Dotazování je mnohem efektivnější a méně nákladné. Je zachován osobní kontakt a odpovědi jsou zaznamenávány do počítače.

Při písemném dotazování poštovní anketou má respondent čas si odpověď promyslet, což v některých šetřeních může být výhodou. Respondent dostává dotazník poštou a odesílá jej obvykle na adresu výzkumné společnosti. Nevýhodou je ztráta kontroly nad strukturou vzorku, nízká návratnost pod 30% a ze vzorku obvykle vypadnou specifické

skupiny dotazovaných. Pro zvýšení návratnosti bývá průvodkou motivační dopis a ofrankovaná obálka (Exner a kol, 2005; Kozel a kol, 2011).

Anketní dotazování přímo ve zdravotnickém zařízení je modifikací písemného dotazování. Dotazníky distribuují sestry všem vhodným respondentům splňujících kritéria výzkumu. Vyplněné dotazníky vhazují respondenti přímo do zapečetěných schránek. Oproti poštovní anketě se zde eliminuje nízká návratnost a je dobrá kontrola nad strukturou vzorku. (Exner et al, 2005).

Existují již standardizované dotazníky pro měření spokojenosti pacientů například PSS - Pacien– satisfaction Scale, který měří spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na čtyřbodové Likertově škále. Naopak zkušenosti ukazují, že se nejčastěji využívá 5 až 6 bodová stupnice, kdy se dává přednost lichému počtu, který nenutí respondenta přiklonit se k jednomu z krajních bodů. Pro konkrétní účely lze vytvořit dotazník vlastní, kdy musíme vycházet z toho, co chceme zjistit. Dále aby byl na vyplňování pro respondenta únosný a zároveň nám přinesl co nejvíce relevantních informací (Drahošová, Jarošová, 2012, Košta, 2013).

II Empirická část

6 Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky

6.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak hodnotí pacienti svoji spokojenost s pooperační ošetrovatelskou péčí.

Cíl 2: Zjistit spokojenost pacientů s činností sester při svém ošetřování.

Cíl 3: Stanovit faktory v oboru intenzivní péče, které ovlivňují spokojenost pacientů v negativním i pozitivním směru.

Cíl 4: Zhodnotit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí dle typu zdravotnického zařízení a délky hospitalizace na JIP.

6.2 Hypotézy

H01: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče nebudou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %.

HA1: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %.

H02: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče nebudou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %.

HA2: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %.

H03: Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče nemá vliv především přístup ošetrovatelského personálu.

HA3: Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče má vliv především přístup ošetrovatelského personálu.

H04: Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče neovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení.

HA4: Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení.

H05: Nebude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení.

HA5: Bude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení.

H06: Délka hospitalizace neovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP.

HA6: Délka hospitalizace ovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP.

6.3 Výzkumné otázky

Jaké jsou možnosti ošetrovatelské péče ke zlepšení spokojenosti pacientů?

Jaké faktory ovlivňují spokojenost pacientů?

7 Metodika

7.1 Metodika práce

Ke zpracování této diplomové práce byla použita kvalitativní i kvantitativní výzkumná metoda. Kvalitativní výzkum byl prováděn formou dotazování prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru o 19 otázkách (příloha 5). Otázky byly sestaveny na základě 8 Pickerových dimenzí kvality (Exner et al, 2005), které zásadně ovlivňují kvalitu péče a spokojenost pacientů s touto péčí. Rozhovor byl proveden na standartním chirurgickém oddělení s pacienty, kteří byli v průběhu léčby hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. Záměrně bylo zvoleno standartní oddělení z několika důvodů. Tato metoda umožnila posouzení položky propuštění a pokračování péče a pacienti již byli ve zdravotním stavu, který dotazování umožňoval. Jednotlivé rozhovory probíhaly v klidném a soukromém prostředí, případné nejasnosti byly v jeho průběhu upřesněny. Záznam byl prováděn s ústním souhlasem pacientů na nahrávací zařízení – diktafon, doslovně přepsán a analyzován podle zakotvené teorie Strausse (Hendl, 2005). Získaná data byla kategorizována a zobrazena do schémat. Kvalitativní šetření probíhalo od počátku března do konce dubna 2015. Tato data se dále stala podkladem pro vytvoření kvantitativní studie formou dotazníkového šetření.

Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím nestandardizovaného strukturovaného dotazníku (příloha 6) ve stejných zdravotnických zařízeních jako výzkum kvalitativní. Pro sběr dat bylo zvoleno přímé dotazování tváří v tvář. Použitý dotazník obsahoval 19 otázek zaměřených na problematiku spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí. Obsah jednotlivých položek byl zvolen dle cílů práce a většina otázek posloužila k ověření stanovených hypotéz. Záměrem bylo nejen, aby otázky odpovídaly stanoveným hypotézám, ale aby zároveň pokryly i osm dimenzí spokojenosti pacientů, na kterých byl náš výzkum založen. V dotazníku byly zastoupeny položky zavřené, otevřené a polootevřené. Dle Farkašové (2006) se jedná o explorační výzkumnou metodu získávání informací pomocí subjektivních výpovědí respondentů. Před vytvořením dotazníku jsem si nastudovala odbornou literaturu a již prováděné výzkumné studie na podobná témata. Provedené šetření bylo naprosto dobrovolné

a anonymní. Hlavním cílem bylo získat dostatečné množství údajů pro tuto studii. Získaná data byla následně zpracována v grafech a tabulkách. Ke statistickému ověření hypotéz byly použity metody – chí kvadrát test, chí kvadrát test s Yatesovou transformací, dvou výběrový t-test, pro který byla shoda rozptylu testována F- testem a korelační a regresní analýza. Hladina významnosti p – hodnota (pravděpodobnost chyby) byla pro celé výzkumné šetření stanovena na 5%. Chí kvadrát test byl použit při testování hypotéz H1, H2 a H3. U H1 a H2 došlo ke sloučení odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku do kategorií nespokojeni a spokojeni, vždy a téměř vždy, nikdy a téměř nikdy. K ověření H4 byl použit chí kvadrát test s Yatesovou transformací, z důvodu příliš malých pozorovaných četností. H5 byla testována dvou-výběrovým t-testem, před kterým byla shoda rozptylu otestována F-testem. K ověření H6 posloužila korelační a regresní analýza, kdy Pearsonův korelační koeficient byl otestován testem korelace za použití analytického nástroje REGRESE v Excelu. Pro doplnění byla tato hypotéza ověřena t-testem mezi skupinami hospitalizovaných pacientů do 48 hodin a nad 48 hodin. Kvantitativní šetření probíhalo od poloviny května do konce srpna 2015. Dotazníky jsem pacientům rozdávala ve všech zkoumaných zařízeních osobně, což prodloužilo dobu sběru dat, ale naopak zvýšilo návratnost.

7.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvalitativní i kvantitativní studii představovali respondenti hospitalizovaní ve třech typech zdravotnického zařízení – nemocnice okresní, krajská a fakultní. Studie se zúčastnily Nemocnice Pardubického kraje, a.s. Pardubická nemocnice, Chrudimská nemocnice a.s., Fakultní nemocnice Hradec Králové. Kvalitativní studie se zúčastnilo 11 respondentů, 7 mužů a 4 ženy. Průměrná délka hospitalizace činila 4,2 dne, z toho nejkratší doba činila 2 dny, nejdelší 12 dní. Věková kategorie dosáhla rozmezí 32 až 85 let. Všichni respondenti byli po nejrůznějších operačních výkonech nebo úrazech hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. Pro účely kvantitativní studie bylo celkem rozdáno 180 dotazníků do třech zdravotnických zařízení. Každé zařízení bylo zastoupeno

poměrnou částí 60 dotazníků. Celková návratnost předčila mé očekávání a dosáhla 82 %. Z toho muselo být 7 dotazníků vyřazeno pro neúplné zpracování. Jak již bylo zmíněno výše, tento fakt přisuzuji především osobnímu přístupu a bezprostřednímu kontaktu s každým respondentem. Konečný vzorek pro kvantitativní část studie tvořilo 142 respondentů = 100%.

8 Výsledky

8.1 Výsledky kvalitativní studie

Schéma 1 Přijetí do nemocnice – na jednotku intenzivní péče

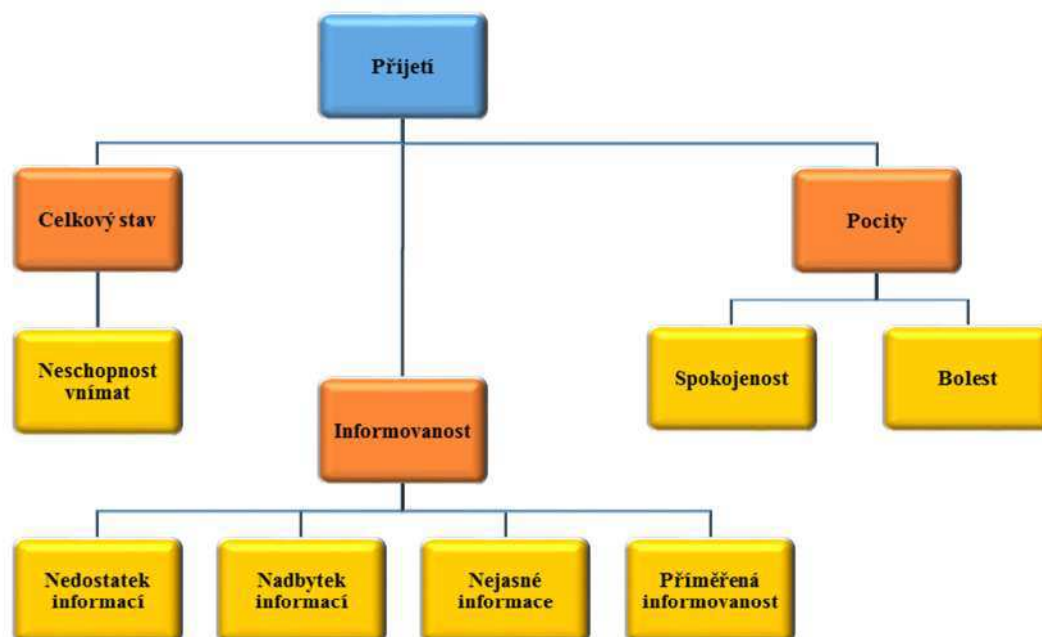


Schéma 1 se zabývá zkušenostmi, které se týkají vlastního přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče. Zajímalo nás, zda byli pacienti dostatečně informováni, jak se při příjmu cítili, popřípadě s čím byli spokojeni nebo naopak nespokojeni. Z analýzy získaných odpovědí vyplynuly tři základní kategorie, které z pohledu pacienta přijetí nejvíce ovlivňují, a to: celkový stav pacienta, jeho pocity a informovanost. Celkový stav vyplývá ze základního onemocnění a v chirurgické intenzivní péči je z velké části ovlivněn operačním výkonem a druhem anestezie. Dva respondenti uvedli fakt, že byli ve stavu, kdy nevnímali okolí a nebyli po přijetí na jednotku intenzivní péče schopni přijímat jakékoli informace. Další oblast, kterou respondenti vyjadřovali, byly jejich pocity. Někteří respondenti vyjadřují jako zásadní problém vnímání bolesti, jiní jsou naopak spokojeni. Nejrozsáhlejší kategorií tvoří oblast informovanosti. Setkali jsme se s různými

stupni informovanosti od jejich nedostatku až po nadbytek. Nejvíce převládala kategorie nedostatečné informace. Nadbytek informací, který působil na pacienta až negativně, byl zaznamenán pouze v jednom případě. Dále jsou uvedeny informace nejasné. Přiměřené informace získali pouze dva respondenti.

Schéma 2 Respekt, ohled, úcta

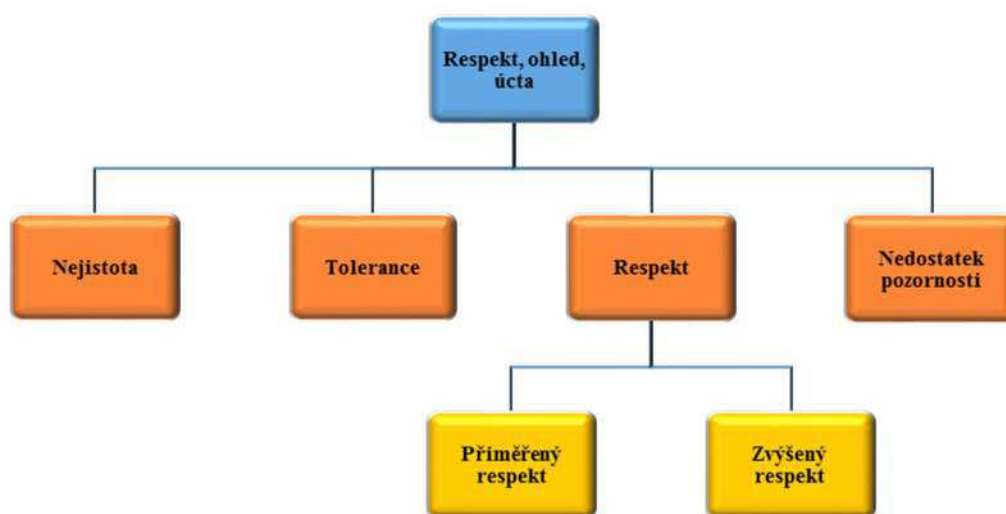


Schéma 2 znázorňuje, jak se cítili být pacienti respektováni a jak byly respektovány jejich názory. Pacienti vyjadřovali nejistotu, toleranci, respekt a nedostatek pozornosti. Respekt byl navíc rozdělen na přiměřený, který byl zastoupen nejčastěji, a respekt zvýšený, který ke své osobě pociťoval pouze jeden respondent.

Schéma 3 Koordinace a integrace péče

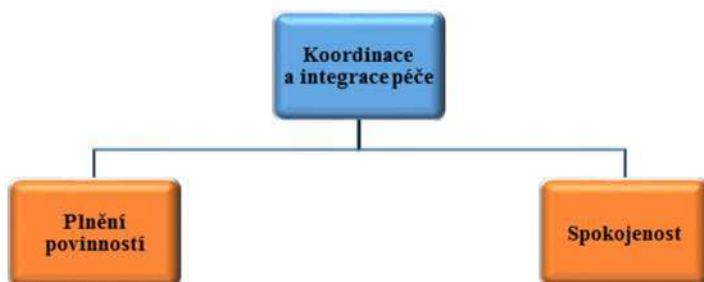


Schéma 3 vyjadřuje spokojenost pacientů s návazností ošetrovatelské péče. 9 z 11 respondentů uvedlo, že byli spokojeni. Pouze u dvou respondentů byl zaznamenán názor, že sestry plnily pouze své povinnosti.

Schéma 4 Informace, komunikace, edukace

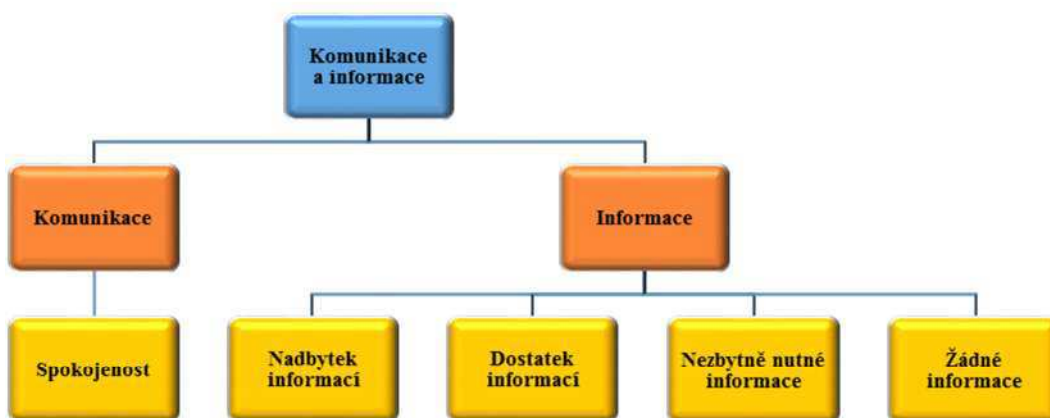


Schéma 4 znázorňuje odpovědi respondentů týkající se poskytování informací od ošetrovatelského personálu, komunikace a možných problémech, se kterými se pacienti setkali. Komunikace byla ve všech případech hodnocena pozitivně a respondenti vyjadřovali spokojenost s její formou a průběhem. Oblast informovanosti zaznamenala větší spektrum odpovědí a to nadbytek poskytnutých informací v negativním směru,

dostatek informací a nezbytně nutné informace. Jeden respondent se setkal se situací, kdy nedostal žádné informace, což pro něj bylo velice stresující.

Schéma 5 Tělesné pohodlí

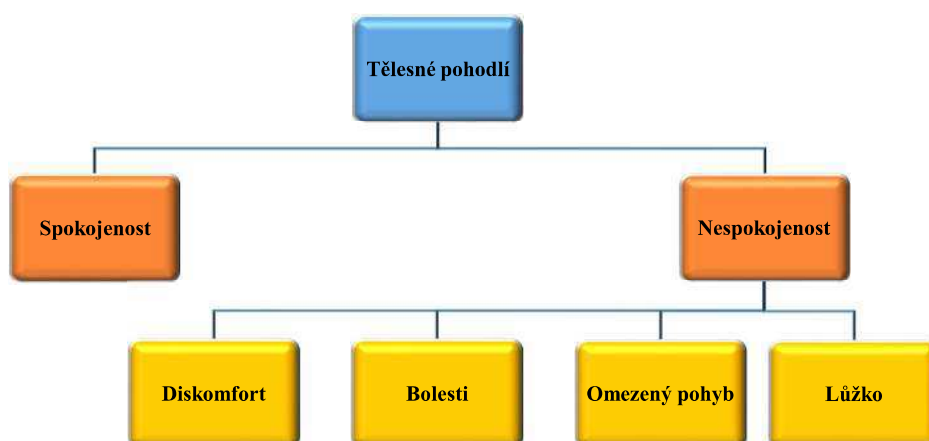


Schéma 5 znázorňuje odpovědi respondentů týkající se jejich tělesného pohodlí. V této kategorii byli 4 respondenti spokojeni, ostatní vyjadřovali nespokojenost v několika oblastech: diskomfort, bolest, omezený pohyb a lůžko.

Schéma 6 Citová opora

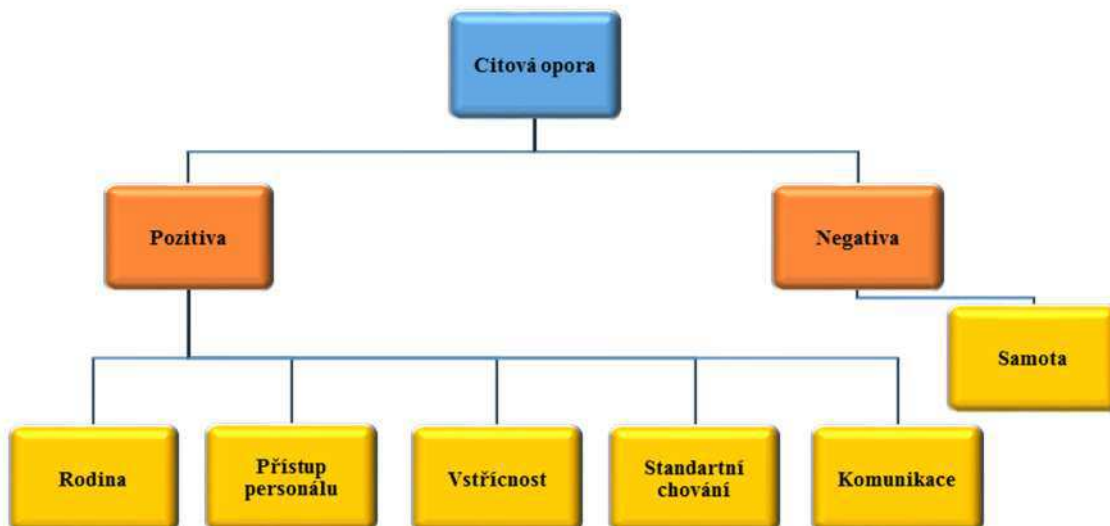


Schéma 6 vyjadřuje oblast citové opory. Z výzkumu vyplynuly pozitivní a negativní kategorie, které tuto oblast ovlivňují. Do pozitiv patří umožnění kontaktu s rodinou, přístup personálu, vstřícnost personálu, komunikace nebo standartní chování. Jediným negativem, který byl zaznamenán, byla samota.

Schéma 7 Zapojení rodiny a blízkých osob



Schéma 7 znázorňuje odpovědi respondentů týkající se spolupráce personálu s jejich rodinou nebo blízkými osobami. V této oblasti se nejvíce respondenti vyjadřovali k tématu návštěv. Respondenti byli spokojeni s návštěvami bez časového omezení. Jeden respondent uvedl naopak časově omezenou návštěvu. Dalším významným faktorem byla informovanost rodiny, která byla v uvedených případech okamžitá a dostatečná. Jeden respondent měl i přání, aby rodina na návštěvy nechodila, což bylo personálem plně akceptováno. Ostatní respondenti vyjádřili spokojenost s touto oblastí.

Schéma 8 Propuštění a pokračování péče

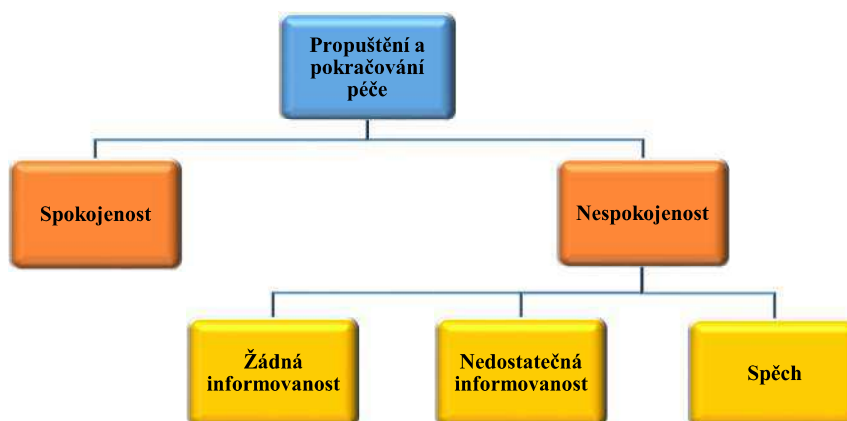
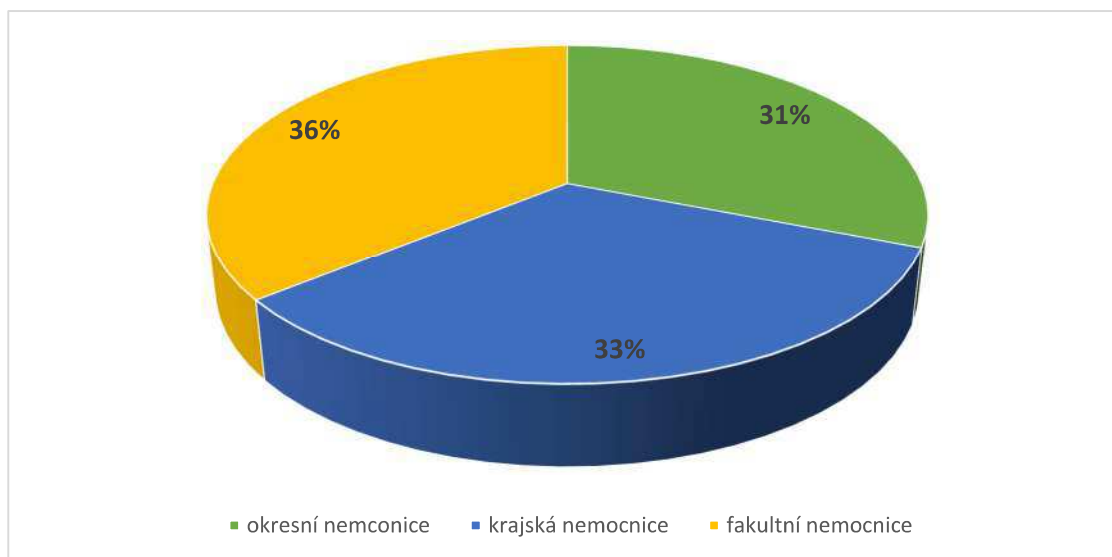


Schéma 8 znázorňuje odpovědi respondentů týkající se spokojenosti s propuštěním a pokračováním péče, zejména z hlediska jejich informovanosti. Zde spokojenost uvedli pouze tři respondenti. Ostatní vyjádřili svoji nespokojenost, která byla způsobena neposkytnutím informací, nedostatečnými informacemi a rychlým průběhem překlady, který u jedné pacientky vyvolal pocit strachu.

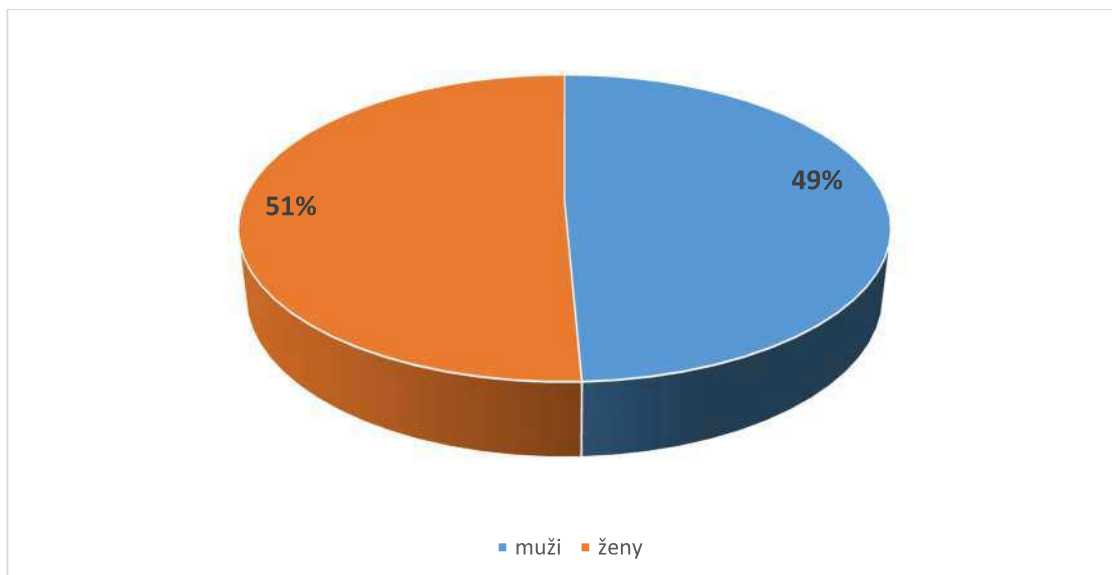
8.2 Výsledky kvantitativní studie

Graf 1 Zastoupení nemocnic



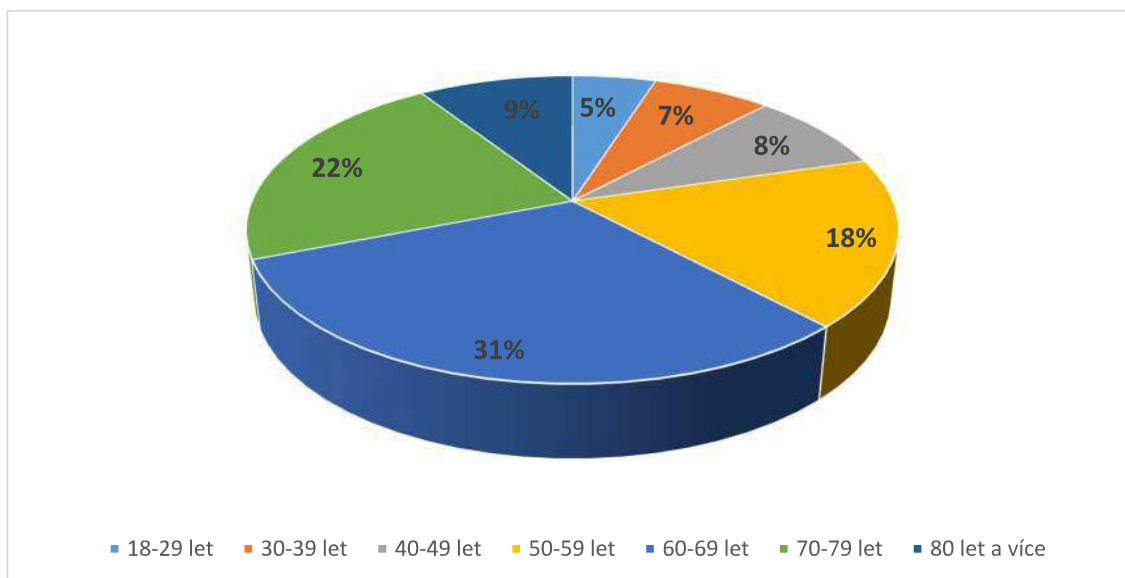
Ze 142 (100%) dosáhla největšího zastoupení nemocnice fakultní 51 (36%) respondentů, z krajské nemocnice bylo 47 (33%) a z okresní nemocnice 44 (31%) respondentů.

Graf 2 Pohlaví respondentů



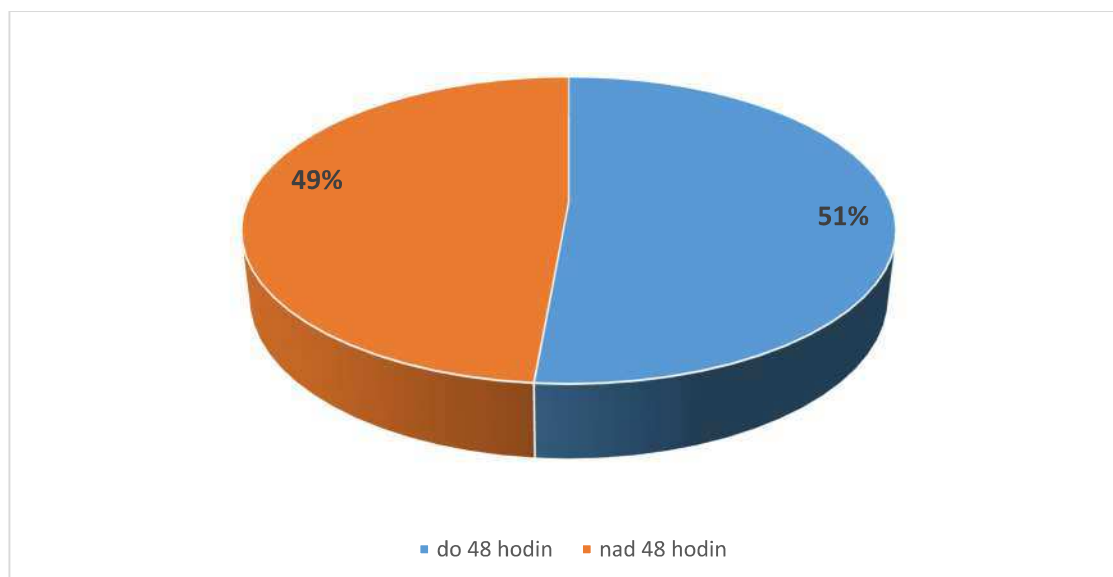
Z celkového počtu 142 respondentů bylo 70 (49%) mužů a 72 (51%) žen.

Graf 3 Věk respondentů



Ve věkové kategorii 60 – 69 let bylo zastoupeno 44 (31%) respondentů. 31 (22%) zastupuje kategorii 70 – 79 let, 25 (18%) kategorií 50 – 59 let. Početně méně zastoupeny byly kategorie 80 let a více 13 (9%), 40 – 49 let 12 (8%), 30 – 39 let 10 (7%) a nejméně byla zastoupena kategorie 18 – 29 let 7 (5%).

Graf 4 Délka hospitalizace na JIP



73 (51%) respondentů bylo na jednotce intenzivní péče hospitalizováno do 48 hodin. 69 (49%) respondentů nad 48 hodin.

Testované hypotézy:

H01 – Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče nebudou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %.

HA1 - Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %.

Tabulka 1 Spokojenost s informacemi po přijetí na JIP

Otázka č. 6	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
nespokojení hodnocení 1 - 3	13	9%	28,4	20%	0,12%
spokojení hodnocení 4 - 5	129	91%	113,6	80%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,12%**. H0 zamítáme a přijímáme HA. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 129 respondentů (91%) bylo spokojeno s množstvím a formou poskytnutých informací získaných po přijetí na JIP.

Tabulka 2 Informovanost o ošetrovatelských výkonech

Otázka č. 7	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
nespokojení hodnocení 1 - 3	6	4%	28,4	20%	0,0003%
spokojení hodnocení 4 - 5	136	96%	113,6	80%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,0003%**. H0 zamítáme a přijímáme HA. 136 (96%) respondentů bylo spokojeno s dostatkem informací o ošetrovatelských výkonech, které jim byly prováděny.

Tabulka 3 Dosažitelnost personálu

Otázka č. 8	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
nespokojeni hodnocení 1 - 3	2	1%	28,4	20%	0,0000%
spokojeni hodnocení 4 - 5	140	99%	113,6	80%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,0000%**. H₀ zamítáme a přijímáme H_A. Z celkového počtu respondentů bylo 140 (99%) spokojeno s dosažitelností ošetrovatelského personálu.

Tabulka 4 Úroveň ošetrovatelské péče

Otázka č. 9	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
nespokojeni hodnocení 1 - 3	5	4%	28,4	20%	0,0001%
spokojeni hodnocení 4 - 5	137	96%	113,6	80%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti **0,0001%**. H₀ zamítáme a přijímáme H_A. 137 (96%) respondentů bylo spokojeno s úrovní ošetrovatelské péče.

Tabulka 5 Tlumení bolesti

Otázka č. 10	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
nespokojeni hodnocení 1 - 3	4	3%	28,4	20%	0,0000%
spokojeni hodnocení 4 - 5	138	97%	113,6	80%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,0000%**. H0 zamítáme a přijímáme HA. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 138 (97%) respondentů bylo spokojeno s tlumením bolesti.

Tabulka 6 Návaznost ošetrovatelské péče

Otázka č. 11	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
nespokojeni hodnocení 1 - 3	6	4%	28,4	20%	0,0003%
spokojeni hodnocení 4 - 5	136	96%	113,6	80%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,0003%**. H0 zamítáme a přijímáme HA. 136 (96%) respondentů bylo spokojeno s návazností ošetrovatelské péče.

Platnost hypotézy H01 zamítáme a přijímáme HA1, která byla potvrzena pomocí chí kvadrát testu 6 výzkumnými otázkami. Dosažená hladina významnosti nepřekročila ve všech případech více jak 5%.

Testované hypotézy:

H02 - Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče nebudou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %.

HA2 - Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %.

Tabulka 7 Představení sestry

Otázka č. 5	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
vždy, téměř vždy	127	89%	113,6	80%	0,49%
nikdy, téměř nikdy	15	11%	28,4	20%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,49%**. H0 zamítáme a přijímáme HA. Uskutečněným výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 127 (89%) respondentům se sestra představila vždy či téměř vždy.

Tabulka 8 Jednání a vystupování sester

Otázka č. 12	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
vždy, téměř vždy	142	100%	113,6	80%	0,00%
nikdy, téměř nikdy	0	0%	28,4	20%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,00%**. H0 zamítáme a přijímáme HA. V uskutečněném výzkumném šetření 142 (100%) respondentů uvedlo, že vystupování sester bylo vždy či téměř vždy vlídné a ochotné.

Tabulka 9 Důvěra k sestřám

Otázka č. 13	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
vždy, téměř vždy	141	99%	113,6	80%	0,00%
nikdy, téměř nikdy	1	1%	28,4	20%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,00%**. H₀ zamítáme a přijímáme H_A. Celkem 141 (99%) respondentů uvedlo, že mělo důvěru k sestřám, které je ošetřovaly.

Tabulka 10 Respektování intimity

Otázka č. 14	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
vždy, téměř vždy	140	99%	113,6	80%	0,00%
nikdy, téměř nikdy	2	1%	28,4	20%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,00%**. H₀ zamítáme a přijímáme H_A. 140 (99%) respondentů bylo vždy či téměř vždy spokojeno s respektováním a ochranou intimity.

Tabulka 11 Porozumění sester

Otázka č. 15	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
vždy, téměř vždy	141	99%	113,6	80%	0,00%
nikdy, téměř nikdy	1	1%	28,4	20%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,00%**. H₀ zamítáme a přijímáme H_A. 141 (99%) respondentů pociťovalo porozumění sester ke svým obtížím.

Tabulka 12 Zájem sester

Otázka č. 16	Pozorované		Očekávané		p- hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
vždy, téměř vždy	141	99%	113,6	80%	0,00%
nikdy, téměř nikdy	1	1%	28,4	20%	
Celkem	142	100%	142	100%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,00%**. H₀ zamítáme a přijímáme H_A. 141 (99%) respondentů pociťovalo zájem sester o své obtíže.

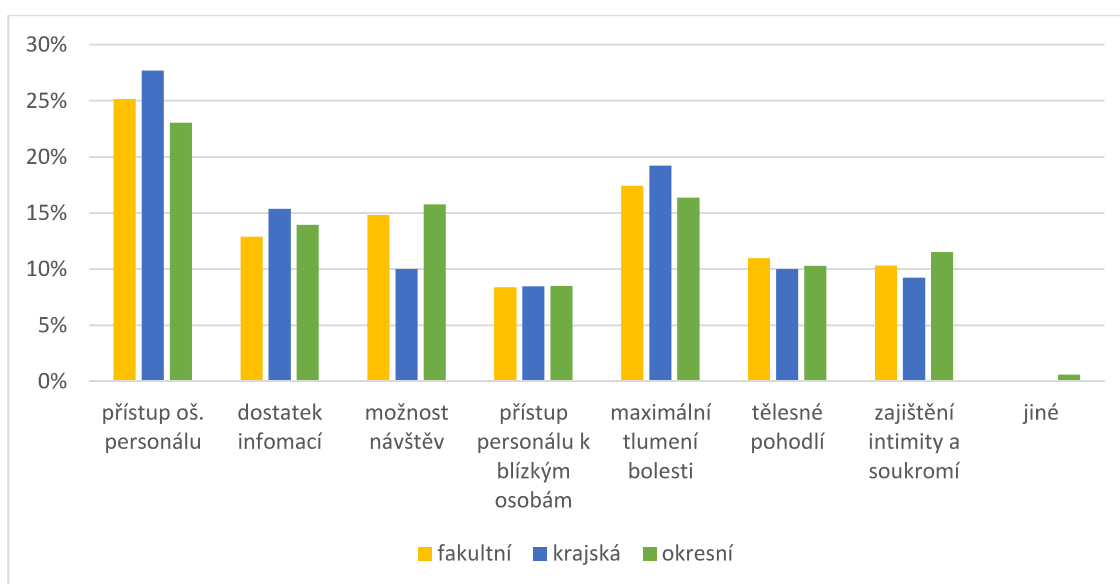
Platnost hypotézy H₀₂ zamítáme a přijímáme H_{A2}, která byla potvrzena pomocí chí kvadrát testu 6 výzkumnými otázkami. Dosažená hladina významnosti nepřekročila ve všech případech více jak 5%.

Testované hypotézy:

H03 – Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče nemá vliv především přístup ošetrovatelského personálu.

HA3 - Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče má vliv především přístup ošetrovatelského personálu.

Graf 5 Zastoupení faktorů ovlivňujících spokojenost pacientů v jednotlivých nemocnicích



Nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje spokojenost, byl ve všech zkoumaných zařízeních označen přístup ošetrovatelského personálu. Z nemocnice fakultní byla tato odpověď zastoupena 39 (25%), z nemocnice krajské 36 (28%) a z nemocnice okresní 38 (23%) z celkového počtu odpovědí v daném zařízení. Za druhý nejvýznamnější faktor bylo označeno maximální tlumení bolesti, které dosáhlo zastoupení 27 (17%) nemocnice fakultní, 25 (19%) nemocnice krajská a 27 (16%) nemocnice okresní. Dostatek informací o prováděných výkonech byl uveden 20 (13%) ve fakultní, 20 (15%) v krajské a 23 (14%) odpovědí v nemocnici okresní. Možnost návštěv rodiny a blízkých osob dosáhlo zastoupení 23 (15%) nemocnice fakultní, 13 (10%) krajská a 26 (16%) okresní nemocnice. Faktor tělesné pohodlí byl zastoupen v nemocnici fakultní

17 (11%) odpovědí, v krajské 13 (10%) a okresní 17 (10%) odpovědí v daném zdravotnickém zařízení. Zajištění intimity a soukromí zaznamenalo 16 (10%) odpovědí v nemocnici fakultní, 12 (9%) v krajské a 19 (12%) v okresní. Nejméně byl respondenty uváděn přístup personálu k blízkým osobám a to v zastoupení 13 (8%) fakultní, 11 (8%) krajská a 14 (8%) okresní z celkového počtu odpovědí v daném zdravotnickém zařízení. K možnosti jiné uvedl pouze jeden respondent odpověď individuální přístup personálu.

Tabulka 13 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů

Otázka č. 17	Pozorované		Očekávané		p - hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
přístup oš. personálu	113	25,1%	56,25	12,5%	0,0000%
dostatek informací	63	14,0%	56,25	12,5%	
možnost návštěv	62	13,8%	56,25	12,5%	
přístup personálu k blízkým osobám	38	8,4%	56,25	12,5%	
maximální tlumení bolesti	79	17,6%	56,25	12,5%	
tělesné pohodlí	47	10,4%	56,25	12,5%	
zajištění intimity a soukromí	47	10,4%	56,25	12,5%	
jiné	1	0,2%	56,25	12,5%	
Celkem	450	100%	450	100,0%	

Chí kvadrát testem dosažená hladina významnosti je **0,0000%**. H03 zamítáme a přijímáme HA3. Celkem 113 (25,1%) respondentů uvedlo přístup personálu jako důležitý faktor, který ovlivňuje jejich spokojenost. V této otázce bylo možné označit více odpovědí.

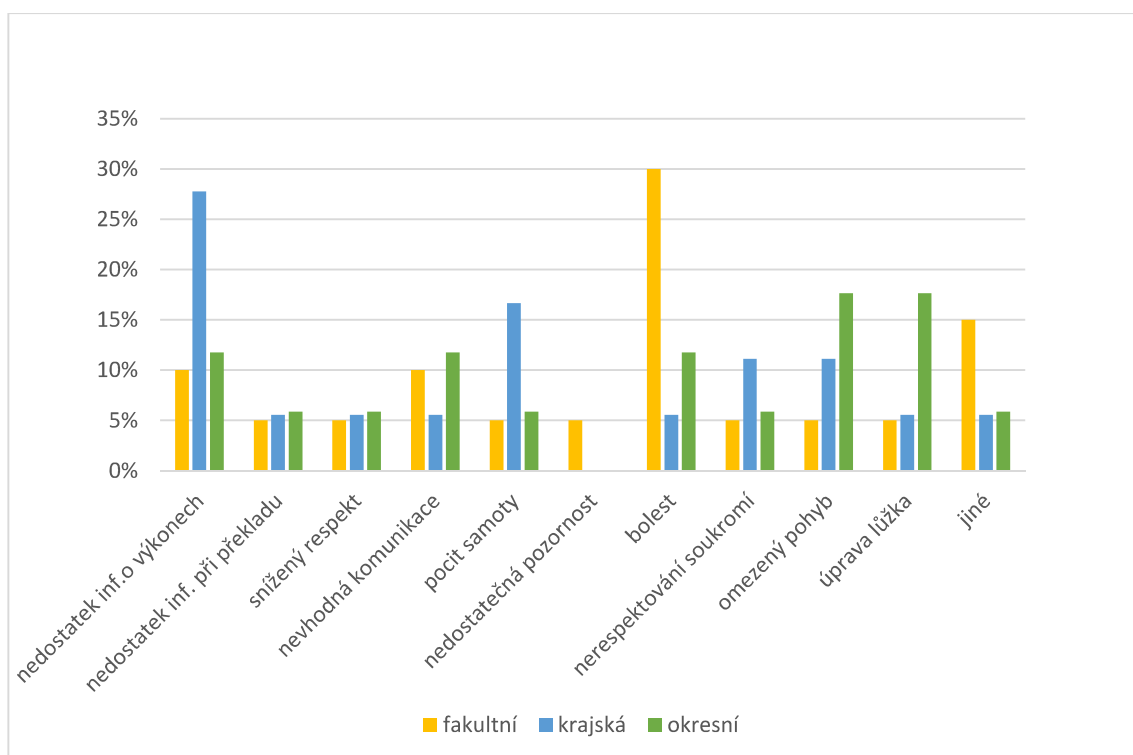
Platnost hypotézy H03 nebyla potvrzena, přijímáme HA3.

Testované hypotézy:

H04 – Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče neovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení.

HA4 - Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení.

Graf 6 Zastoupení faktorů působící nespokojenost pacientů v jednotlivých nemocnicích



Nejvýznamnějším faktorem, který působí nespokojenost pacientů, byla označena bolest a její nedostatečné tlumení. V nemocnici fakultní byla tato odpověď zastoupena 6 odpověďmi (30%) z celkového počtu v daném zařízení, v krajské 1 (6%) a v okresní 2 (12%). Druhým nejvýznamnějším faktorem byl stanoven nedostatek informací o prováděných ošetrovatelských výkonech a to 2 (10%) z fakultní, 5 (28%) odpověďmi z nemocnice krajské a 2 (12%) z okresní. Omezený pohyb byl zastoupen 1 (5%) z fakultní, 2 (11%) z krajské a 3 (18%) odpověďmi z okresní. Nespokojenost s úpravou

lůžka byla zaznamenána 1(5%) ve fakulní, 1 (6%) v krajské a 3 (18%) v okresní z celkového počtu v daném zařízení. Pocit samoty byl označen 1 (5%) ve fakulní, 3 (17%) v krajské a 1 (6%) v nemocnici okresní. Nerespektování soukromí a intimity bylo zaznamenáno 1 (5%) ve fakulní, 2 (11%) v krajské a 1 (18%) v okresní. 2 (5%) ve fakulní, 1 (11%) v krajské a 2(6%) v okresní byl označen faktor nevhodná či nepřiměřená komunikace ze strany ošetřujícího personálu. Oproti tomu byly nejméně zastoupeny faktory nedostatek informací při překladu na standartní oddělení a snížený respekt k Vaší osobě stejným početním zastoupením 1 (5%) ve fakulní, 1 (6%) v krajské a 1 (6%) v okresní. V možnosti jiné respondenti uvedli rychlý a nevhodně provedený překlad na standartní oddělení, nucené zahalování v horkém prostředí, nadměrné teplo a deprimující prostředí.

Tabulka 14 Faktory působící nespokojenost pacientů

Otázka č. 18	Pozorované		Očekávané		Yatesova transformace	p - hodnota
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta		
nedostatek infor. o výkonech	9	16%	5	9,09%	1,36	7,95%
nedostatek infor. při překladu	3	5%	5	9,09%	0,75	
snížený respekt	3	5%	5	9,09%	0,75	
nevhodná komunikace	5	9%	5	9,09%	0,05	
pocit samoty	5	9%	5	9,09%	0,05	
nedostatečná pozornost	1	2%	5	9,09%	12,25	
bolest	9	16%	5	9,09%	1,36	
nerespektování soukromí	4	7%	5	9,09%	0,06	
omezený pohyb	6	11%	5	9,09%	0,04	
úprava lůžka	5	9%	5	9,09%	0,05	
jiné	5	9%	5	9,09%	0,05	
Celkem	55	100%	55	100%	16,78	

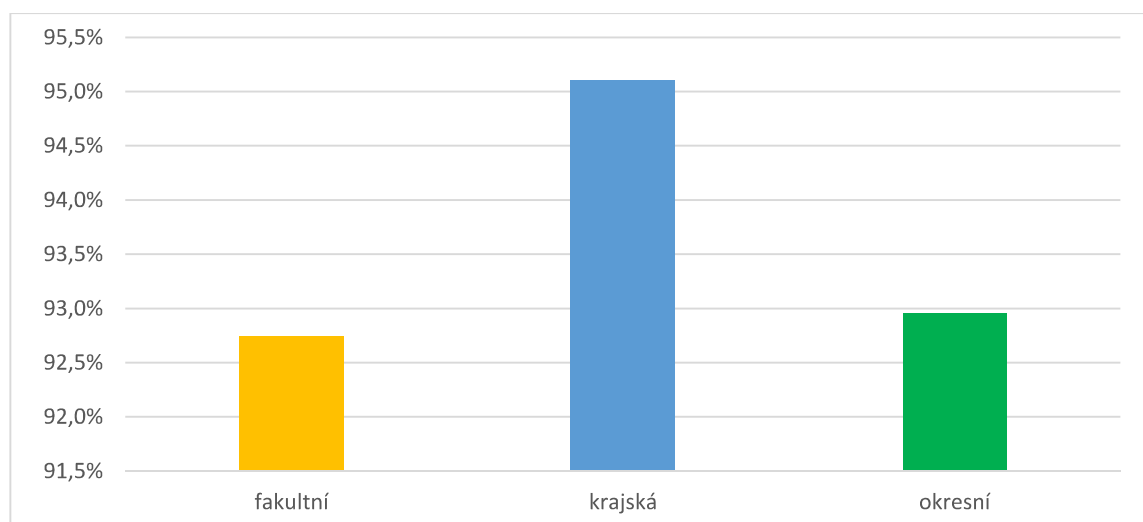
Chí kvadrát test s Yatesovou transformací dosáhl hladiny významnosti **7,95%**. **Platnost hypotézy H04 byla potvrzena. Nelze prokázat statisticky významný rozdíl mezi faktory působícími nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče.**

Testované hypotézy:

H05: Nebude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení.

HA5: Bude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení.

Graf 7 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí dle typu zařízení



Sledování spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče v jednotlivých zařízeních dosáhlo více jak 92%. Nejvyšší spokojenost byla zjištěna v nemocnici krajské, kde dosáhla úrovně 95,1%. Nemocnice okresní získala 93% a nemocnice fakultní 92,7%.

Tabulka 15 Celkové hodnocení spokojenosti v daném zařízení – pozorované četnosti

Otázka č. 19	Fakultní	Krajská	Okresní	Celkem
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	0	0	1
5	1	1	3	5
6	1	0	0	1
7	0	0	1	1
8	4	3	1	8
9	14	12	11	37
10	30	31	28	89
Celkem	51	47	44	142
Průměrná hodnota	9,27	9,51	9,30	

Tabulka 16 Celkové hodnocení spokojenosti mezi nemocnicemi – F-test

F-test	fakultní	Krajská	rozptyl
fakultní	/	/	1,60
krajská	2,32%	/	0,82
okresní	69,73%	1,00%	1,79

Tabulka 17 Celkové hodnocení spokojenosti mezi nemocnicemi – t-test

t-test	fakultní	Krajská
krajská	28,84%	/
okresní	93,78%	37,54%

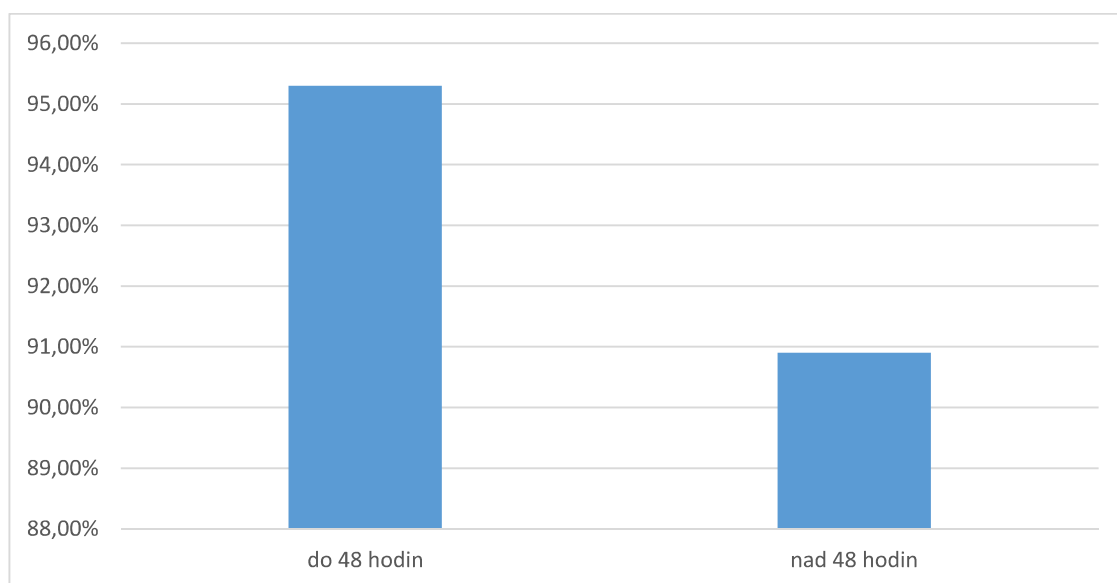
Dvou-výběrový t-test dosáhl hladiny významnosti mezi fakultní a krajskou nemocnicí 28,84%, fakultní a okresní 93,78% a mezi krajskou a okresní 37,54%. Shoda rozptylu byla testována F-testem, na jehož základě byl vybrán t-test se shodným rozptylem. Všechny hodnoty t-testu přesáhly hladinu významnosti 5%, přijímáme H05. Není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí dle typu zdravotnického zařízení. Výzkumem zjištěný rozdíl činí pouze 2,4% celkové spokojenosti, což je statisticky nevýznamné.

Byla potvrzena platnost hypotézy H05.

H06: Délka hospitalizace neovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP.

HA6: Délka hospitalizace ovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP.

Graf 9 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí dle délky hospitalizace



Hodnocení spokojenosti s ošetrovatelskou péčí dle délky hospitalizace dosáhlo více jak 90%. Pacienti hospitalizovaní do 48 hodiny uvedli spokojenost na 95,3%. Pacienti hospitalizovaní déle jak 48 hodin uvedli spokojenost 90,9%.

Tabulka 18 Celkové hodnocení spokojenosti dle délky hospitalizace – pozor. četnosti

Otázka č. 19	Do 48 h.	Nad 48 h.	Celkem
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	1	1
5	1	4	5
6	0	1	1
7	0	1	1
8	6	2	8
9	17	20	37
10	49	40	89
Celkem	73	69	142

Pearsonův korelační koeficient, který testoval sílu závislosti mezi dvěma veličinami délka hospitalizace a celkové hodnocení spokojenosti s ošetrovatelskou péčí, dosáhl hodnoty -0,01791. Téměř nulová hodnota potvrzuje nezávislost těchto veličin. Použitím analytického nástroje REGRESE v Excelu byla zjištěna hladina významnosti **83%**. Přijímáme H05, nebyl prokázán vztah mezi spokojeností pacientů s ošetrovatelskou péčí a délkou hospitalizace.

Vztah dvou skupin a to hospitalizovaných do 48 hodin a nad 48 hodin byl testován pomocí dvou-výběrového t-testu. Hladina významnosti dosáhla **7,36%**. Opět byla potvrzena H06. Výzkumem zjištěný rozdíl obou skupin činí 4,4% celkové spokojenosti, což je statisticky nevýznamné.

Byla potvrzena platnost hypotézy H06.

9 Diskuse

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů. Oblast výzkumu byla zvolena záměrně, protože se domníváme, že je velice specifická a vyžaduje zvláštní pozornost, která jí ve výzkumných šetřeních nebyla doposud věnována. Z vlastní zkušenosti se domnívám, že oblast intenzivní péče klade vyšší nároky nejen na práci sestry, ale především na samotného pacienta. Ten se ve většině případů nachází v těžkém zdravotním stavu a potřebuje co nejvíce ohleduplnou a citlivou ošetrovatelskou péči, které se mu ne vždy dostává. Kutnohorská (2009) zdůrazňuje, že zdravotním sestram neustále přibývají těžší a zodpovědnější úkoly a se vzrůstající odpovědností také stoupá očekávání, že sehrají aktivní úlohu při zlepšování ošetrovatelské péče. Právě ta dle Drahošové a Jarošové (2013) je klíčový faktor, který nejefektivněji posiluje celkovou úroveň spokojenosti pacienta. Pacient ve většině případů nemá dostatek informací, aby mohl adekvátně posoudit a zhodnotit všechny aspekty zdravotní péče, ale může posoudit, zda mu je věnována dostatečná pozornost, zda mu ošetrující personál naslouchá, je-li v potřebném rozsahu informován a edukován, a především, zda je respektován, což souvisí s etikou ošetrovatelské profese (Winklerová, Jarošová, 2013).

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou, která se zabývá tématem od samotného počátku ošetrovatelství, a část empirickou, která je členěna na výzkum kvalitativní, který vytvořil podklad pro výzkum kvantitativní. Celkově výsledky výzkumu předčily naše očekávání v pozitivním směru. Domnívali jsme se, že výskyt problémů a nespokojenost pacientů bude dosahovat mnohem vyšší úrovně. Nejen z důvodu deprimujícího prostředí, neustálého provozu a pracovní vytíženosti personálu. Toto pozitivní ohodnocení je zřejmě ovlivněno samotnou oblastí výzkumu, tedy intenzivní péčí. Oproti standartnímu oddělení je zde vyšší počet personálu, který se pacientovi více věnuje. Pacient má neustále někoho na dohled, jeho zdravotní stav je permanentně monitorován, a pokud se vyskytne jakákoli komplikace, je ve většině případů ihned řešena. Komplexní a individualizovaná péče je poskytována danému pacientovi v dané chvíli a především v co nejvyšší možné míře (Kapounová, 2007).

Výzkumné šetření bylo prováděno v rámci tří nemocnic – Fakultní nemocnice Hradec Králové, Nemocnice Pardubického kraje Pardubická nemocnice, a.s., Nemocnice Pardubického kraje Chrudimská nemocnice, a.s. Ve všech zařízeních byl získán písemný souhlas s provedením výzkumného šetření od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nebo od Oddělení pro kontakt se studenty (příloha 2, 3, 4). Hlavním záměrem bylo vyhodnotit a porovnat spokojenost pacientů mezi těmito pracovišti. Všechna tři zdravotnická zařízení jsou umístěna ve vzdálenosti 30 km, pacient má tedy v případě potřeby možnost volby. Každé zařízení je navíc odlišné svou velikostí a odborností. Tento výzkum byl rozdělen na dvě části. Celkově probíhal od počátku března do konce srpna 2015. Podstatou nebylo posuzovat tzv. „hotelové služby“ daného zařízení ani lékařskou stránku dané problematiky, s čímž se často v podobných dotaznících spokojenosti setkáváme. Cíleně jsme se zaměřili pouze na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí a především s chováním sester, což právě nejvíce my sestry můžeme ovlivnit. Již Florence Nightingale ve své knize zdůrazňuje, že ošetrovatelka má být osobou, na kterou se lze plně spolehnout, v každém ohledu musí být důvěryhodná, spolehlivá, svědomitá, střídáma a počestná. Ke svému povolání musí mít patřičnou úctu (Kutnohorská, 2007). Bohužel ne vždy se s těmito ctnostmi u zdravotních sester setkáváme.

Kvalitativní výzkum byl založen na polostrukturovaných rozhovorech. Otázky byly sestaveny na základě 8 Pickerových dimenzí kvality (Exner et al, 2005). První kategorie se zabývá informacemi, které se týkají vlastního přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče. Zajímalo nás, zda byli pacienti dostatečně informováni, jak se při příjmu cítili, popřípadě s čím byli spokojeni nebo naopak nespokojeni. Ze získaných informací vyplynuly tři základní kategorie, které z pohledu pacienta přijetí nejvíce ovlivňují, a to: celkový stav pacienta, jeho pocity a informovanost. Celkový stav vyplývá ze základního onemocnění a v chirurgické intenzivní péči je z velké části ovlivněn operačním výkonem a druhem anestezie. Celková anestezie působí vyřazení nebo silné potlačení všech podmětů, které jdou do CNS a výsledkem je lékařem navozené bezvědomí. Pacient je po probuzení z anestezie ještě částečně sedován, což se vyznačuje stavem sníženého vnímání různého stupně (Málek, 2011). R4 uvádí „...*přišel po celkové anestezii a moc jsem nevnímal okolí*“. R6 „...*ze začátku jsem moc nevnímal*.“ Další oblastí jsou pocity, kde se

u některých respondentů objevuje jako zásadní problém vnímání bolesti, jiní jsou naopak spokojeni. Jak uvádí Zacharová a kol. (2007), bolest je smyslový a emoční zážitek, který nemocného tělesně i duševně vyčerpává a deprimuje, čímž dochází k ohrožení procesu uzdravování. Například bolest byla zaznamenána u R6 „ *Ze začátku jsem měl velký bolesti, myslím takovou hodinu.*“ R10 „ *Hrozný bolesti, než začnou působit léky.*“ Naopak pocit spokojenosti převládal u R3 „ *...moc jsem byla spokojená.*“ R11 „ *...člověk je spokojenější, že je pod kontrolou.*“ Strach a obavy vyvolané prostředím byly zaznamenány pouze u jednoho respondenta. R7 „ *...není to nic příjemného tam pod těma přístrojema ležet.*“ Tyto pocity jsou emočně zabarvené prožitky, které vznikají z pocitu ohrožení (Zacharová a kol. 2007). Nejrozsáhlejší kategorií tvoří oblast informovanosti. Zde jsme se setkali s různými stupni informovanosti od jejich nedostatku až po nadbytek. Nejvíce převládala kategorie nedostatečné informace, kdy R1 uvádí „ *Nevěděl jsem, že jsem na jipce.*“ R8 „ *...protože jsem nevěděla.*“ R9 „ *...tak nějak řekli, kde jsem.*“ R10 „ *...řekli mně, jak na tom jsem, nic víc.*“ R11 „ *...víc informací by neuškodilo.*“ S nadbytkem informací, který na respondenta působil až v negativním směru, jsme se setkali pouze v jednom případě. R2 uvádí „ *Těch informací bylo strašně moc.*“ Nejasné informace získal R4, ale tato situace byla navíc ovlivněna jeho pooperačním vnímáním. R4 „ *...to co bylo potřeba, tak mi jakoby z dálky řekli.*“ Přiměřené informace získali pouze 2 respondenti. R5 „ *...Těch informací jsem dostal od personálu dost.*“ R7 „ *...Byl jsem informovanější docela dobře.*“

Druhá kategorie měla především přinést informace, jak se pacient cítí být respektován ze strany ošetrovatelského personálu. Zda pociťuje ohled a úctu ke své osobě. Joint Commission International v Mezinárodních akreditačních standardech pro nemocnice (2008) uvádí, že by zaměstnanci měli být vedeni k tomu, aby chápali a především respektovali hodnotové systémy pacientů a aby vytvářeli podmínky pro poskytování taktní a ohleduplné péče, která respektuje pacientovu důstojnost. Během celého výzkumu jsme se v této oblasti nesetkali se zásadně negativními informacemi. Pouze v jednom případě R3 uvádí „ *...no tak jsme jako o nějakých těch nemluvíli*“, což spíše souvisí s nedostatečným vyjádřením pozornosti ze strany personálu. Jiný respondent je nejistý, ve vyjádření svého názoru R1 „ *Jo to asi jo.*“ Projevy tolerance ze strany

personálu vyjadřují dva respondenti. R2 uvádí „ ...*tak oni všichni se mně snažili vyhovět.*“ R6 „ ...*vyšli mi vstříc.*“ Přiměřený respekt vyjadřují R7 „ *Jo myslím si, že jsem byl respektovaný jako dobře, jako slušně.*“ R8 „ *Dobře.*“ R9 „ *Chovali se ke mně slušně.*“ R10 „ *Neměl jsem s ničím problém.*“ Naopak zvýšený respekt pociťuje respondent 11 „ *Jako místní kulich, jo velice dobře.*“

Koordinace a integrace péče je třetí kategorie. V této oblasti nás zajímala spokojenost pacientů s návazností ošetrovatelské péče a fakt, zda by pacienti navrhovali nějaké změny. Dle Burdy a Šolcové (2015) návaznost ošetrovatelské péče zajišťuje především ošetrovatelský proces, který je hlavní metodou práce ošetrovatelského týmu. Navíc Křemenová (2006) potvrzuje, že vhodný systém organizace práce a dobré interpersonální vztahy přispívají nejen k dobré atmosféře na pracovišti, ale také příznivě ovlivňují léčbu a psychický stav pacienta. Ze získaných údajů vyplývá, že 9 z 11 respondentů bylo spokojeno, což je zřetelně vyjádřeno v jejich odpovědích. Například R4 „ *Ano spokojen.*“ R5 „ *Na 100%.*“ R7,8,9,10 „ *Spokojen.*“ Pouze dva respondenti se vyjadřují, že personál plnil svoje povinnosti. R3 „ ...*plněj svoje povinnosti.*“ R6 „ ...*tam problémy nebyly.*“ Na otázku, zda by navrhovali nějaké změny, žádný z respondentů nic nenavrhl. Spíše se objevovaly odpovědi jako: R7 „ *Nemůžu navrhovat nic, já tomu nerozumím.*“ R9 „ *Těžko navrhovat nějaké změny, když nevíte, jak to kde chodí.*“

Čtvrtá oblast studie byla zaměřena na poskytování informací od ošetrovatelského personálu během hospitalizace, na komunikaci a možné problémy, se kterými se pacienti setkali. Exner (2005) uvádí, že správně a vhodně informovaný pacient je s péčí spokojenější než pacient, který informován nebyl a v průběhu léčby se dostal do neočekávané situace. Komunikace s člověkem v nelehké situaci, který má bolesti a trápení, může být pro ošetrovatelský personál náročná. Aktuální stav nemocného na JIP ovlivňuje možnost dobře komunikovat, porozumět situaci či významu sdělení. Sestra zde tedy musí prokázat určité komunikační dovednosti. Například Rogersovský přístup klade důraz především na naslouchání (Venglářová, Mahrová, 2006). Obecně tyto oblasti byly ve výzkumu hodnoceny poměrně pozitivně, především oblast komunikace. V té žádný respondent nevyjadřoval jakýkoli problém, ale naopak všichni uváděli, že ošetrovatelský personál komunikuje hezky, vstřícně, slušně a bez problémů. V oblasti informovanosti se

již výsledky částečně lišily. R2 dokonce uvádí až nadbytek informací. Informace jako dostatečné hodnotí R1 „...*taky dobrý*.“ R3 „...*byli vzorný*.“ R4 „*Jo, jo samozřejmě*.“ R5 „*Samozřejmě mě informovali*.“ R7 „...*to jsem byl informovanej*.“ R9 „*Dobrý*.“ Některým respondentům podle jejich odpovědí pravděpodobně byly poskytnuty jen nezbytně nutné informace. R6 „*Když jsem se zeptal, tak mi více méně odpověděli*.“ R8 „*Co bylo potřeba, mi řekli*.“ R10 „*Co jsem potřeboval vědět, mi řekli*.“ Jediný zásadní problém vnímaný pacientem uvádí R11: „...*v noci přišla, vyhrnula mně košili a bodla mě injekci do břicha. No a já jsem byl vyděšený*...“ Této situaci se dalo jistě předejít, pokud by sestra pacienta před výkonem probudila a dostatečně informovala.

V kategorii tělesné pohodlí byli pacienti obecně dotázáni, co by mohli říci k jejich tělesnému pohodlí, které je jistě také důležitou oblastí pooperační péče. Omezená pohyblivost v pooperačním stavu nebo v akutním onemocnění s sebou nese rizika vážných komplikací. Od sestry se v tomto ohledu očekává, že bude poskytovat takovou péči, která povede ke snížení jejich rizika (Workman, Bennett, 2006). Zde byli 4 respondenti spokojeni a ostatní vyjadřovali nespokojenost v různých oblastech. Spokojeni byli R1 „*Asi dobrý*.“ R3 „...*nemůžu říct, že by to bylo nějak špatný*.“ R7 „...*jsem měl i dost pohodlí*.“ R9 „...*řekl bych, že v pořádku*.“ Nespokojenost lze rozdělit do hlavních oblastí diskomfort, bolest, omezený pohyb, lůžko. Obecnou nespokojenost s tělesným pohodlím vyjadřuje R2 „...*moc nebylo*...“. Problematika bolesti byla zaznamenána u R6: „...*já jsem tam v podstatě akorát řešil problém bolesti*.“ A dále u R10: „...*všechno Vás bolí, jak ležíte*.“ Diskomfort byl zaznamenán u R5 „*Oni mi tam pomáhali, co bylo třeba*.“ Omezený pohyb uvádí pouze jeden pacient R8 „*Dobrý, akorát, že teda tajdle hadička, tajdle hadička, tajdle hadička*.“ Poslední problém, který byl zaznamenán, bylo lůžko. R4 byl nespokojen s výškou podhlavníku, což bylo personálem ihned vyřešeno. R11 uvádí „*Na tý jipce jsou příliš měkký postele, to je strašný*.“ Tento fakt bohužel nelze ve většině případů ovlivnit. Na jednotkách intenzivní péče jsou kvalitní antidekubitární matrace, jejichž měkkost nemusí pohyblivým pacientům vyhovovat. Sestra se snaží především udržovat lůžko čisté, celistvé, napnuté, bez drobků či předmětů spadlých do lůžka (Vytejková, 2015).

V kategorii emoční opory jsme kladenými otázkami zjišťovali, zda pacientům chybělo něco v oblasti citové opory, popřípadě co pro ně ošetřovatelský personál mohl udělat nebo udělal. Chirurgie je jeden z oborů, kdy technický pokrok může zastínit samotného člověka, nedochází poté k uspokojování vyšších potřeb, což následně vede k smutku, beznaději a poruše psychických funkcí (Janíková, Zeleníková, 2013). Výzkumný projekt Kvalita očima pacientů v článku z roku 2010 uvádí dlouhodobě špatné výsledky této oblasti na lůžkách akutní péče (Anon, 2010). Z námi provedeného výzkumu vyplynula pozitiva i negativa, která tuto oblast ovlivňují. Do pozitiv patří umožnění kontaktu s rodinou, což uvádí respondent 2. Další pozitivní faktor, který byl uváděn více respondenty, je přístup personálu. R3 „...byli hrozně hodný a milí.“ R5 „Mluvili a byli hodný.“ R7 „Personál mě podržel.“ R11 „Sou hodný.“ Vstřícnost uvádí R4 „Maximálně mi pomohli.“ Důležitá je i oblast komunikace, o které se již zmiňuje R5, dále R6 „Povídal sem si se sestřičkama.“ R9 „Řekli, je to dobrý, a tak.“ Standartní chování uvádí R8 „...všechno normální...“ Za jediný negativní faktor byla v této oblasti uvedena samota, kdy R10 uvedl: „Člověk je tam hodně sám.“ Samota může být jednak někým vnímána pozitivně, kdy je žádoucím stavem. Člověk si přeje být sám, aby si odpočinul. Oproti tomu se člověk může cítit sám i uprostřed lidí, jak je tomu i v oboru intenzivní péče, zvláště u pacientů izolovaných v samostatných boxech. Osamocení se cítí především ti, kteří jsou neschopni sociální komunikace a samostatného pohybu, jak uvádí Kalvach a kol. (2011). Naopak R1 se nedokázal k této problematice vyjádřit.

Předposlední kategorie je zaměřena na zapojení rodiny a blízkých osob. Zde nás zajímala spolupráce personálu s rodinou nebo blízkými osobami pacienta a pohled pacienta na návštěvy. Ty jsou především v oblasti intenzivní péče často omezeny na krátkou dobu tak, aby nenarušovaly chod pracoviště. Vhodně zvolená a úzká spolupráce zdravotnického týmu s rodinnými příslušníky a samotným pacientem může mít velmi pozitivní vliv na léčebný proces (Zacharová a kol. 2007). Obecně byli v této kategorii pacienti velice spokojeni. Nevyskytl se zde žádný negativní faktor. Naopak byli respondenti spokojeni s umožněním návštěv, informovaností rodinných příslušníků a vyhovění jejich přání. Stejného výsledku dosáhla i KOP 2012 ve FN Ostrava, kdy dimenze zapojení rodiny byla hodnocena mezi 2 nejlepšími (Raitter, 2012). Spokojeni

s návštěvami byli: R5 „*Tak žádný konflikt. Naopak dobré.*“ R6 „*Bez problémů.*“ R3 „*Dneska mají zase přijít.*“ R7 „*Mohla mě navštívit rodina.*“ Někteří respondenti uváděli zvláště spokojenost s návštěvami bez časového omezení. Například R1 „*Pustili za mnou návštěvy kdykoli přišly.*“ R9 „*Včera přišli synové dřív, tak je upozornili a nechali je tady.*“ R11 „*Návštěvy mně umožnili, jak bylo možné.*“ Částečné časové omezení uvádí pouze R10 „*...mohli za mnou na chvíli přijít.*“ Zajímavé bylo i přání R8 „*Návštěvy jsem zakázala...*“, protože je nemá ráda a rozrušují ji. S informovaností rodiny byli především spokojeni R2 „*Dcera volala, bylo jí všechno řečeno.*“ R4 „*Dcera volala a ten jí dal okamžitě informace.*“

Poslední kategorie našeho výzkumu propuštění a pokračování péče byla zaměřena především na způsob předání informací v průběhu překladu na jiné oddělení. Cílem bylo zjistit, zda ošetrovatelský personál pacienta informuje o průběhu překladu a zda pacient získá alespoň základní informace o oddělení, na které je přeložen. Tato oblast se ukázala jako poměrně problematická. Až 5 respondentů z 11 uvedlo, že žádné informace nezískalo. R1 „*Takové informace jsem nedostal.*“ R4 „*A informace, já jsem u toho nebyl.*“ R7 „*Po informacích jsem nepátral.*“ R9 „*Nic neřekli....*“ R10 „*...jsem ani žádný informace nedostal.*“ Za nedostatečné považujeme pouze informaci, na které oddělení bude pacient přeložen, což uvedl R3 „*Sestřička říkala, že mě povezou zpátky sem.*“ R11 „*Věděl jsem, kam jdu.*“ Negativně na pacienty působil i spěch. R9 „*...spěchali...*“ R10 „*...mě překládali narychlo v noci...*“ Spokojenost v této problematice uvedli pouze 3 respondenti. R2 „*Nemůžu nic vytknout.*“ R5 „*Spokojen.*“ R6 „*Všchno jsem věděl.*“

V rámci diplomové práce jsme pro kvantitativní část výzkumné práce formulovali šest hypotéz:

HA1: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %.

HA2: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %.

HA3: Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče má vliv především přístup ošetrovatelského personálu.

HA4: Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení.

HA5: Bude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení.

HA6: Délka hospitalizace ovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP.

Na základě těchto hypotéz jsme vytvořili dotazník o 19 otázkách. Kvantitativního šetření se zúčastnilo 142 (79%) respondentů. návratnost dotazníků je poměrně srovnatelná s projektem Kvalita očima pacientů, kde se dle Raitera pohybuje vždy v průměru nad 70% (Anon, 2012). V úvodu dotazníku byly zařazeny identifikační položky – pohlaví, věk, typ nemocnice, v které hospitalizace probíhá, a délka hospitalizace na JIP. Zastoupení respondentů z jednotlivých nemocnic bylo následovné: 51 (36%) respondentů z Fakultní nemocnice Hradec Králové, 47 (33%) respondentů z Nemocnice Pardubického kraje Pardubická nemocnice, a.s. a 44 (31%) respondentů z Nemocnice Pardubického kraje Chrudimská nemocnice, a.s. (graf 1). Zajímalo nás, zda má vliv velikost pracoviště na celkové výsledky spokojenosti s ošetrovatelskou péčí. Například Šnajdr v tiskové zprávě MZČR uvádí, že provedený průzkum prokázal vztahy mezi výsledky hospodaření, kvalitou práce managementu a spokojenosti pacientů (Cikrt, 2008). K tomu dodává Raiter (2009), že dobré hospodářské výsledky není nutné dosahovat na úkor pacientů, ale naopak v jejich zájmu. K vyhodnocení závislosti spokojenosti pacientů dle typu pracoviště jsme si stanovili hypotézu číslo 5, jejíž hodnocení bude zpravováno níže.

Další identifikační položkou bylo pohlaví respondentů. Z celkového počtu 142 respondentů bylo 70 (49%) mužů a 72 (51%) žen (graf 2). V rámci naší studie nebyla spokojenost s ošetrovatelskou péčí dle pohlaví respondentů porovnávána, přesto například Winklerová a Jarošová (2013) ve své studii uvádí, že muži byli v Nemocnici Karviná s péčí více spokojeni než ženy. Větší spokojenost mužů uvádí i některé zahraniční výzkumy jako například studie provedená na lůžkách terciální péče ve

Fakultní nemocnici v Turecku (Findik et al., 2010). Oproti tomu studie spokojenosti onkologických pacientů s ošetrovatelskou péčí v deseti nemocnicích v Iránu neprokázala žádný vztah mezi pohlavím a spokojeností pacientů (Abdullah et al, 2010). Věk respondentů je znázorněn v grafu 3. Z celkového počtu jich bylo nejvíce zastoupeno 44 (31%) z věkové kategorie 60 – 69 let. 31 (22%) zastupuje kategorii 70 – 79 let, naopak nejméně byla zastoupena kategorie 18 – 29 let 7 (5%). Celkově tedy respondenti nad 60 let tvořili 62% z celkového výzkumného souboru. Lze tedy předpokládat, že výsledky studie byly ovlivněny věkem respondentů. Jak uvedl Findik (2010), starší lidé uvádějí vyšší spokojenost, což zase naopak šetření Winklerové a Jarošové (2013) nepotvrdilo. Tomáš Raiter celkově zdůrazňuje, že mladší lidé jsou na kvalitu péče velmi citliví a hodnotí ji velice kriticky. Jedním z důvodů je, že vyrostli již v nových společensko-politických poměrech. Doposud se mladší ročníky v nemocnicích nevyskytují často, ale s postupem doby jich bude přibývat, a je nutné počítat s jejich vyšší náročností (Anon, 2012). Zastoupení převážné části starší populace ve výzkumném souboru není tedy překvapující. Stárnoucí populace je nejcharakterističtější rysem nejen České republiky, ale i dalších zemí Evropy. Přispívá k němu stárnutí populačně silných poválečných ročníků a celkově prodlužující se pravděpodobná doba dožití (Čevela a kol. 2012).

K ověření hypotézy HA1: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %, jsme stanovili 6 položek v dotazníku, které byly dále statisticky ověřeny pomocí metody chí – kvadrát test. Respondenti měli možnost hodnotit položky na stupnici 1 až 5, kdy 1 znamenalo velmi nespokojen, 5 velmi spokojen. Použití stupnice o lichém počtu čísel doporučuje i Košta (2013). Tato varianta nenutí respondenta přiklonit se k jednomu z krajních bodů. V rámci statistického ověření hypotézy došlo ke sloučení odpovědí stupně 1, 2 a 3 na nespokojen a stupně 4 a 5 na spokojen. První otázka se zabývala informacemi, které pacient získal od sestry po přijetí na JIP, zda pro něho byly srozumitelné a dostatečné (tabulka 1). Nespokojenost byla celkem zaznamenána u 13 (9 %) respondentů. Z toho žádný respondent neuvedl možnost odpovědi 1 nebo 2, nebyli tedy výrazně nespokojeni. Oproti tomu 129 (91 %) dotazovaných vyjádřilo svoji spokojenost. 25 respondentů uvedlo míru spokojenosti 4 a 104 uvedlo míru spokojenosti 5, což znamenalo velmi

spokojen. Druhá otázka byla podobného zaměření a její výsledky podaly informace o tom, jak se pacient cítil být dle svého názoru informován o ošetrovatelských výkonech, které mu byly prováděny (tabulka 2). Zde už byl poměrně větší rozptyl odpovědí. Nespokojeno bylo 6 (4 %) dotazovaných. Možnost velmi nespokojen 1 byla uvedena jednou a to v nemocnici fakultní, ohodnocení 2 získala nemocnice okresní a to dvakrát, 3 byla uvedena celkem třemi respondenty z nemocnice fakultní a okresní. Spokojenost uvedlo 136 (96 %) dotazovaných, kdy hodnocení 4 bylo zaznamenáno 20 a hodnocení 5 dokonce 116 respondenty. Tyto výsledky tedy neodpovídají zjištění Winklerové a Jarošové (2013), které ve svém výzkumu zjistily, že respondenti byli nejméně spokojeni právě s poskytováním informací. Hošková (2010) navíc zdůrazňuje, že jednou z příčin špatné informovanosti je neporozumění podaným informacím, především v důsledku jejich příliš odborného výkladu.

Třetí otázka vypovídala o spokojenosti s dosažitelností ošetrovatelského personálu (tabulka 3). Tato oblast byla převážně pozitivně ohodnocena. Spokojeno bylo 140 (99 %) dotazovaných. Střední míru 3 uvedli pouze 2 respondenti. Stejně tak Písaříková (2015) uvádí, že 70 % pacientů v Úrazové nemocnici v Brně bylo spokojeno s rychlostí reakce personálu na zavolání. Ostatních 30 % dotazovaných personál přivolat nepotřebovalo.

Hodnocením úrovně poskytované ošetrovatelské péče se zabývala otázka následující (tabulka 4). Možnost odpovědi 1 a 2 nebyla ve zkoumaném vzorku vůbec zaznamenána. Možnost 3 byla uvedena 5 (4 %). Spokojenost vyjádřilo celkem 137 (96 %) dotazovaných. Z toho možnost 4 byla uvedena 16 a možnost 5 velmi spokojen byla zaznamenána 121 odpověďmi. Toto poměrně vyrovnané a kladné hodnocení odpovídá požadavkům Joint Commission International (2008). Nemocnice by měla zajistit standartní úroveň péče tak, aby pacienti se stejnými zdravotními problémy získali péči na stejné úrovni kvality.

Bolest a reakci personálu na ni hodnotila otázka pátá (tabulka 5). Opět nebyla respondenty uvedena možnost 1 a 2. Možnost 3 byla uvedena pouze ve 4 případech. Spokojenost vyjádřilo celkem 138 (97 %) dotazovaných, kdy možnost 4 byla vyjádřena v 11 případech a možnost 5 velmi spokojen uvedlo 127 respondentů. Podobné ohodnocení 96,2% dosáhl

projekt Kvalita očima pacientů ve Fakultní nemocnici Hradec Králové za rok 2014 (Raiter, 2014). Oproti tomu výzkum Úrazové nemocnice v Brně 2014 ukázal spokojenost pacientů s tišením bolesti ve 100 % odpovědí (Písaříková, 2015).

Poslední šestá otázka k této hypotéze se zabývala spokojeností s návazností ošetrovatelské péče (tabulka 6). Nespokojenost vyjádřilo celkem 6 (4 %) dotazovaných. Zde byl již větší rozptyl odpovědí o ohodnocení 2, které bylo zastoupeno 2 respondenty, a to jedním z nemocnice fakultní a jedním z nemocnice okresní. Hodnocení 3 uvedli 4 dotazovaní. Spokojenost byla zaznamenána u 136 (96 %). Celkově tedy u všech hodnocených otázek k ověření stanovené hypotézy bylo nejvíce zaznamenáno odpovědi 5 velmi spokojen. Tento fakt nejen svými četnostmi, ale i statistickým ověřením potvrdil platnost hypotézy HA1 - Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %.

K ověření hypotézy HA2 - Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %, jsme stanovili také 6 položek v dotazníku. Ohodnocení těchto položek bylo založeno na odpovědích ano vždy, téměř vždy, téměř nikdy a nikdy. Tyto otázky byly zaměřeny především na chování ošetrovatelského personálu vůči pacientovi. V rámci statistického zpracování metodou chí-kvadrát test došlo ke sloučení odpovědí ano vždy a téměř vždy, téměř nikdy a nikdy. První otázkou jsme zjišťovali, zda se sestra při prvním setkání s pacientem představila (tabulka 7). Tato oblast se ukázala jako jedna z nejproblémovějších z celého výzkumu, což odpovídá zjištění Raitera (2010). KOP v této dimenzi uvádí, že právě absence tradice představování je specialitou českého prostředí. Možnost, že se sestra nepředstavila nikdy či téměř nikdy, uvedlo celkem 15 respondentů. Odpověď téměř vždy uvedlo 56 dotazovaných, z toho převážný počet 26 bylo z nemocnice okresní. Naopak možnost ano vždy uvedlo pouze 71 z celkového počtu 142 respondentů, z toho pouze 12 respondentů z nemocnice okresní. Tyto výsledky tedy jednoznačně vypovídají o tom, že se sestry pacientům vždy nepředstavují a to zejména v okresní nemocnici. Podobných výsledků dosáhla i Anketa spokojenosti pacientů 2014 v Nemocnici TGM Hodonín, kdy pouze 42% respondentů uvedlo, že se personál přestavil (Kmotková, 2014). Druhá otázka se zabývala vystupováním sester, zda bylo vždy vlídné a ochotné (tabulka 8). Tato oblast

byla velice pozitivně ohodnocena. Možnost téměř nikdy a nikdy neuvedl žádný z dotazovaných, naopak možnost téměř vždy a vždy uvedlo všech 142 respondentů. Stejně výsledky uvádí i Kmotková (2014), kdy v Nemocnici TGM v Hodoníně bylo s chováním sester spokojeno 98% dotazovaných. Elizabeth Hall (2010) zdůrazňuje, že naše chování řekne někdy mnohem více než naše slova. Ve výzkumu Písařikové (2015) pouze 54 % respondentů uvedlo, že se sestra při setkání s nimi usmívá velmi často. Třetí otázka se zaměřovala na důvěru k sestřám, které pacienta ošetřovaly (tabulka 9). Zde možnost téměř nikdy uvedl pouze jeden respondent a to z nemocnice fakultní, téměř vždy a vždy uvedlo 141 dotazovaných. Tyto kladné výsledky, týkající se důvěry v ošetřující personál, konfrontují výsledky KOP z roku 2010. V nich je uvedeno, že právě tato oblast, dosáhla nejhoršího hodnocení oproti zahraničním výzkumům a je vnímána jako velký problém (ANON, 2010). Naopak jedno z nejlépe hodnocených zdravotnických zařízení v České republice Fakultní nemocnice Plzeň dosáhla podobných výsledků. Důvěra k ošetřujícím sestřám byla v roce 2015 ohodnocena na 87,4% (KOP, 2016). Čtvrtá otázka se zaměřovala na spokojenost s respektováním a ochranou intimity (tabulka 10). Zde opět 140 ze 142 respondentů uvedlo, že bylo spokojeno. Jeden respondent zvolil možnost téměř nikdy a jeden respondent z nemocnice krajské dokonce odpověď nikdy. Oproti tomu ve výzkumu Úrazové nemocnice v Brně bylo 100 % respondentů s touto oblastí spokojeno (Písařiková, 2015). Poslední dvě otázky se zabývaly porozuměním a zájmem ze strany ošetřovatelského personálu. V páté otázce týkající se pocitu porozumění (tabulka 11) uvedlo 121 respondentů, že tento pocit mělo vždy. Téměř vždy uvedlo 19 dotazovaných a možnost téměř nikdy byla zvolena jedním respondentem z nemocnice okresní. Zájem ze strany personálu byl hodnocen v šesté otázce (tabulka 12). Hodnocení této možnosti bylo téměř stejné jako předchozí otázka. Možnost ano vždy uvedlo 123 respondentů, téměř vždy 18 respondentů a téměř nikdy opět jeden dotazovaný z nemocnice okresní. V celkovém hodnocení této hypotézy tedy všech 6 zkoumaných otázek statisticky potvrdilo spokojenost pacientů. Jak již bylo zmíněno, nejhůře bylo hodnoceno představování sester. HA2 Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s činností sester při svém ošetřování více jak v 80 %, byla potvrzena.

HA3 – Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče má vliv především přístup ošetrovatelského personálu, byla testována metodou chí-kvadrát test jednou otázkou v dotazníku. Respondenti zde měli možnost označit více odpovědí, navíc se jednalo o otázku polootevřenou, kdy bylo možné doplnit možnost jiné (tabulka 13). Této možnosti využil pouze jeden respondent, který uvedl individuální přístup. Jak uvádí Zacharová a kol. (2007), správné jednání ve zdravotnické profesi vyžaduje přizpůsobovat přístup k lidem jejich individuálním zvláštnostem, což ale zároveň klade zvýšené nároky na pružnost a pohotovost zdravotníků. Všechny faktory, které byly v možnostech nabídnuty, vycházely z proběhlého kvalitativního šetření, kde byly respondenty uvedeny. Nejčetněji tedy byla zastoupena možnost přístup ošetrovatelského personálu a to 113 (26 %) z celkového počtu 423 odpovědí. Poměrně zajímavý byl i fakt, že tato odpověď dosáhla podobného zastoupení na všech třech pracovištích a to 39 nemocnice fakultní, 36 krajská a 38 okresní. Nejen četnost této odpovědi, ale i statistické zpracování tímto potvrdilo platnost stanovené hypotézy. Přístup zdravotnického pracovníka k nemocnému člověku je velice důležitý. Zvláště je třeba uplatnit psychologické působení, které by mělo tvořit základ komplexní ošetrovatelské péče (Zacharová a kol. 2007). V 72 (17 %) případech, a jako druhý nejdůležitější faktor, který působí spokojenost pacientů, bylo stanoveno maximální tlumení bolesti a to u 27 z nemocnice okresní, 25 z krajské a 20 odpověďmi z fakultní. Vysokou důležitost tlumení bolesti uvádí i Šamánková a kol. (2011), kdy v systému potřeb řadí bolest k nejsilněji pocíťovaným. Třetím nejdůležitějším faktorem byl označen dostatek informací a to 60 (14 %) respondenty. 55 (13 %) odpovědí bylo zaznamenáno u možnosti návštěv, 47 (11 %) zdůraznilo tělesné pohodlí, 43 (10 %) odpovědí zajištění intimity a soukromí a nejméně 32 (7 %) odpověďmi byl označen přístup personálu k blízkým osobám. Procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí dle typu zařízení znázorňuje graf 5.

HA4: Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení, byla testována obdobně jako hypotéza předcházející. Z důvodu příliš malých četností byla navíc použita Yatesova transformace. Respondenti měli možnost v jedné otázce označit faktory, které působí jejich nespokojenost popřípadě tento faktor doplnit v možnosti jiné (tabulka 14). Opět

zde byla možnost více odpovědí, které vycházely z proběhlého kvalitativního šetření. Naopak respondenti, kteří v průběhu péče nebyli s ničím nespokojeni, přešli bez nutnosti odpovědi na další otázku. Toho využila převážná většina dotazovaných, což potvrzují výše uvedené výsledky, kde pacienti uvádí svoji spokojenost. V této otázce tedy bylo celkem zaznamenáno pouze 55 odpovědí. Z toho 9 (16 %) odpovědí uvedlo faktor bolesti a jejího nedostatečného tlumení, 9 (16 %) nedostatek informací o prováděných výkonech, 6 (10 %) omezený pohyb, 5 odpovědí (9 %) bylo zaznamenáno u faktorů nevhodná komunikace, pocit samoty, úprava lůžka a možnost jiné. 4 odpovědi (7 %) nerespektování soukromí, 3 (5 %) nedostatek informací při překladu na standartní oddělení, snížený respekt k osobě pacienta, 1 (1 %) nedostatečná pozornost. Zajímavé byly odpovědi na možnost jiné, kde 5 respondentů uvedlo rychlý a neohleduplný překlad na standartní oddělení, nadměrně horké prostředí, nucené zahalování v nadměrně horkém prostředí a deprimující prostředí. Procentuální vyjádření rozdělené dle typu zdravotnického zařízení je uvedeno v grafu 6. Tyto výsledky jsou pro nás velice zajímavé. Lze z nich usuzovat, jaký se vyskytuje problém na daném pracovišti. V nemocnici fakultní byla respondenty nejvíce uváděna bolest a její nedostatečné tlumení, kdy výsledky byly oproti ostatním dvěma pracovištím výrazně zvýšeny. Naopak v nemocnici krajské se z uvedených odpovědí nejvíce vyskytuje problém nedostatečné informovanosti o prováděných výkonech. Omezený pohyb a úprava lůžka jsou problémové v nemocnici okresní. Každé pracoviště má tedy svou specifickou oblast, ve které je třeba zjednat potřebná nápravná opatření. Výsledky tohoto zjištění budou poskytnuty managementu jednotlivých pracovišť. Celkově bylo nejvíce odpovědí zaznamenáno na faktor bolest a její nedostatečné tlumení a nedostatek informací při prováděných výkonech. Při statistickém zpracování byla potvrzena H04 – Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče neovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení. Výzkumem nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl, který by potvrdil platnost HA4.

Při tvorbě hypotéz jsme se domnívali, že bude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení (HA5). Pro statistické zpracování jsme si museli vytvořit H05 Nebude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení.

Vždy je statisticky testována hypotéza nulová, která byla v tomto případě potvrzena a vyvrátila tedy naši domněnku. K ověření této hypotézy byla vytvořena poslední otázka v dotazníku, kdy respondenti na škále 1 velmi nespokojen – 10 velmi spokojen označili míru své spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na JIP, což bylo následně porovnáno dle typu pracoviště pomocí statistické metody t-test. Procentuální vyjádření je znázorněné v grafu 7. Nemocnice fakultní dosáhla spokojenosti na 92,7 %, nemocnice okresní na 93% a nejvyšší spokojenosti dosáhla nemocnice krajská na 95,1 %. Tento výsledek odpovídá i zastoupení odpovědí nemocnice krajské v předchozích testovaných otázkách. Rozdíl ve spokojenosti dosahuje 2,4%, což nepřesahuje hladinu významnosti 0,05 a je tedy statisticky nevýznamné. Péče se na všech pracovištích dá považovat za porovnatelnou a potvrzuje H05. Stejného závěru došla ve svém výzkumu i Jarošová a kol. (2011), kdy nebyly nalezeny signifikantní rozdíly spokojenosti pacientů ve čtyřech nemocničních zařízeních Ostravy a okolí. Jak uvádí Jenšíková, hranice 80 % znamená v mezinárodním měřítku velmi dobré hodnocení spokojenosti pacientů s konkrétním zdravotnickým zařízením a získání každého dalšího procentuálního bodu navíc je mimořádně obtížné (Cikrt, 2008). Naše studie tedy dosáhla v oblasti intenzivní péče velmi dobrých až výborných výsledků. Nutno ale zdůraznit, že jsme oproti ostatním výzkumům hodnotili pouze oblast intenzivní péče, zatímco dostupné výzkumy hodnotí celkovou hospitalizaci nebo ambulantní složku. Zastoupení jednotlivých hodnocení (tabulka 15) dle typu zařízení ukazuje, že spokojenost na stupni 4 uvedl pouze 1 respondent, stupeň 5 označilo 5 respondentů, 6 byla zaznamenána u 1 dotazovaného, 7 také u 1 dotazovaného a hodnocení na stupni 8 uvedlo celkem 8 respondentů. Nejpočetněji byly zastoupeny hodnoty 9 a 10, kdy 9 byla zaznamenána u 37 respondentů. 89 dotazovaných uvedlo nejvyšší spokojenost na stupni 10.

V poslední hypotéze jsme se domnívali, že délka hospitalizace ovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP (HA6). Opět jsme ke statistickému ověření museli testovat H06: Délka hospitalizace neovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP. K ověření hypotézy rovněž posloužila poslední otázka v dotazníku, kdy respondenti zaznamenávali svoji spokojenost na stupnici 1 velmi nespokojen – 10 velmi spokojen. Tato otázka poté byla vyhodnocena dle proměnné délka hospitalizace pomocí

statistických metod korelační, regresní analýza a t-test. Průměrná délka hospitalizace dosáhla 3,9 dne, kdy nejkratší hospitalizace byla 1 den, nejdelší naopak 40 dní. Jako zlomový bod se v délce hospitalizace ukázalo časové rozmezí 48 hodin. Tento fakt je zřejmě ovlivněn tím, že část jednotek přijímá pacienty relativně stabilní, z části pouze na observaci (Zadák a kol, 2007). Ti jsou poté většinou do 48 hodin přeloženi na standardní oddělení. Z proběhlého výzkumu bylo 73 (51%) respondentů hospitalizováno na JIP do 48 hodin, 69 (49%) nad 48 hodin (graf 5). Respondenti hospitalizovaní do 48 hodin uvedli spokojenost s ošetrovatelskou péčí na JIP na hranici 95,3 %, nad 48 hodin 90,9 %. Statisticky testovaná hladina významnosti 0,05 nebyla ve výzkumu překročena, to znamená, že H06 byla potvrzena. Nebyl stanoven významný rozdíl ve spokojenosti pacientů dle délky hospitalizace na JIP. Četnost zastoupení jednotlivých odpovědí (tabulka 18) je následující. Hodnotu 4 zvolil pouze jeden respondent a to hospitalizovaný nad 48 hodin, hodnota 5 již byla zaznamenána v 5 odpovědích a to 1 u krátkodobě a 4 u dlouhodobě hospitalizovaných, 6 a 7 zvolil pouze jeden respondent s hospitalizací nad 48 hodin, 8 byla celkově zvolena 8 respondenty. Nejpočetněji byly opět zastoupeny možnosti 9 a 10, kdy 9 zvolilo celkem 37 respondentů a 10 nejvyšší hodnocení zvolilo dokonce 89 respondentů. Oproti našim výsledkům výzkum Jarošové a kol. (2011) provedený na chirurgických odděleních 4 nemocnic Ostravy a okolí prokázal závislost spokojenosti a délky hospitalizace. Vyšší spokojenost ve všech hodnocených oblastech zde prokázali pacienti hospitalizovaní déle jak týden.

Při poskytování ošetrovatelské péče se stejně jako ve všech oblastech lidské činnosti neobejdeme bez chyb. Naším cílem by mělo být jejich pravděpodobnost snížit na minimum. Pokud k nim dojde - analyzovat příčinu, přijmout nápravná opatření a dbát na jejich dodržování (Křemenová, 2006). Trend spokojenosti bude mít vždy své vrchoły a pády, ale celkový trend by měl být vždy na vzestupu (Elizabeth Hall, 2010).

10 Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů. Pro účely práce byly vymezeny 4 cíle a k nim se vztahující výzkumné otázky a hypotézy.

Stanovenými cíli jsme zjistili, že pacienti jsou velmi spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na JIP i s činností sester při svém ošetřování. Určili jsme základní faktory, které ovlivňují spokojenost v pozitivním i negativním směru. Zhodnotili jsme, že spokojenost není ovlivněna zdravotnickým zařízením či délkou hospitalizace. Cílů práce bylo dosaženo.

Pro empirickou část této diplomové práce byl použit kombinovaný výzkum, kdy byl nejprve proveden výzkum kvalitativní pomocí polostrukturovaného rozhovoru s 11 respondenty. Rozhovory byly zaznamenány se souhlasem respondentů na diktafon a doslovně přepsány. Odpovědi byly dále kódovány a kategorizovány do přehledných schémat. Zde jsme si stanovili dvě výzkumné otázky. První zněla: Jaké jsou možnosti ošetrovatelské péče ke zlepšení spokojenosti pacientů? Z proběhlého šetření bylo zjištěno, že se objevují problémy zejména v oblasti informovanosti při příjmu na JIP nebo při překladu na standartní oddělení, bolest, úprava lůžka a pocit samoty. Je tedy třeba zlepšit informovanost klienta tak, aby měl dostatek informací o poskytované ošetrovatelské péči, jejím průběhu a návaznosti. Tíšení bolesti by mělo být na co nejvyšší možné míře. Sestra by měla kontrolovat účinky podaných léků, zjišťovat charakter bolesti a její intenzitu v pravidelných intervalech, nabízet možnost úlevové polohy a při nedostatečné analgezii informovat ošetřujícího lékaře. Úprava lůžka je pro klienta ve vážném zdravotním stavu velice zásadní, protože na něm tráví 100% svého času. Za nezbytnost je považováno, aby bylo lůžko čisté, vypnuté, bez cizích předmětů. Nastavitelnost výšky podhlavníku a polohování lůžka je dnes ve většině zařízení řešeno automatickým ovládním. Pokud klientovi nevyhovují lůžkoviny a je možnost výměny, měla by mu sestra vyjít vstříc. Pocitu samoty by mělo být předcházeno efektivní komunikací, vyjadřováním podpory a navozením vzájemného pocitu důvěry a bezpečí. Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké faktory ovlivňují spokojenost pacientů? Zde byly

respondenty uvedeny především přístup ošetrovatelského personálu, informovanost, bolest, úprava lůžka a celkové prostředí jednotky intenzivní péče.

V druhé části proběhl výzkum kvantitativní prostřednictvím dotazníkového šetření, které vycházelo z 8 Pickerových dimenzí kvality (Exner et al, 2005). Zde bylo nejprve stanoveno 6 hypotéz, které byly ověřeny za pomoci statistických metod chí-kvadrát test, chí-kvadrát test s Yatesovou transformací, t-test a korelační a regresní analýza.

HA1: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí více jak v 80 %. Z výsledků šetření vyplynulo, že spokojenost je velmi vysoká. Respondenti hodnotili všechny položky vztahující se k této hypotéze velmi pozitivně. Menší problémy se vyskytly pouze u informovanosti o ošetrovatelských výkonech. V procentuálním vyjádření dosáhla míra spokojenosti pouze v této zkoumané kategorii dokonce 96%. Přesáhla tedy mezinárodní hranici, kdy 80% představuje velmi dobré hodnocení. HA1 byla potvrzena.

HA2: Pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče budou spokojeni s činností sester při svém ošetrování více jak v 80 %. Výsledky šetření opět potvrdily spokojenost pacientů, která v této samostatné kategorii dosáhla 94,7%. Jako největší problém zde byla identifikována absence představování. Ostatní položky jako chování a vystupování, vyjádření porozumění a zájmu, důvěra k nim či respektování soukromí dosáhly velice pozitivního ohodnocení. HA2 byla potvrzena.

HA3: Na spokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče má vliv především přístup ošetrovatelského personálu. Z výsledků je patrné, že právě přístup personálu je nejdůležitější faktor, a tím byla HA3 potvrzena.

HA4: Nespokojenost pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje především faktor bolest a její nedostatečné tlumení. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Ve výzkumném šetření dosáhl poměrného zastoupení faktor bolest a její nedostatečné tlumení a nedostatečná informovanost o prováděných výkonech. Jako další velice významné faktory se ukázaly úprava lůžka, omezený pohyb a pocit samoty. Statistickým zpracováním tedy byla potvrzena H04.

HA5: Bude významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení. Z výzkumného šetření vyplynulo, že není významný

rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle typu zdravotnického zařízení. Rozdíl činil pouhých 2,4 %, což nepřesáhlo hladinu významnosti 0,05. HA5 tedy nebyla potvrzena.

HA6: Délka hospitalizace ovlivňuje spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP. Tento předpoklad opět nebyl potvrzen. Výsledky výzkumu nevykazují rozdíl ve spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na JIP dle délky hospitalizace. HA6 nebyla potvrzena.

Doporučení pro praxi. Zjištěné výsledky výzkumného šetření byly prezentovány na konferenci: Ošetrovatelství napříč obory pořádanou NPK, Chrudimská nemocnice a.s., kde přinesly nejméně podnět k zamyšlení sester nad svou prací. Dále byly poskytnuty managementu jednotlivých pracovišť, aby mohli zvláště u faktorů působících nespokojenost pacientů sjednat potřebná nápravná opatření. V neposlední řadě je doporučujeme využít především v pregraduální přípravě budoucích sester, zejména v oblasti komunikace, edukace a odborné praxe.

11 Seznam použitých zdrojů

ABDULLAH, Mohd et al, 2010. Patient Satisfaction: Evaluating Nursing Care for Patients Hospitalized with Cancer in Tehran Teaching Hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science* [online]. 2010. [cit.2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/3892>

ANON, 2010. Kvalita péče v zařízeních zřizovaných MZ. *Florence. Akcent VZP*. [online]. 2010. [cit.2013-10-24]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2010/4/kvalita-pece-v-zarizenich-zrizovanych-mz/>

ANON, 2010. Od zdravotních sester pacienti očekávají vstřícnou komunikaci. *Florence. Akcent VZP*. [online]. 2010. [cit.2015-10-24]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2010/6/od-zdravotnich-sester-pacienti-ocekavaji-vstricnou-komunikaci/>

ANON, 2012. Nároční pacienti motivují zdravotníky k lepším výkonům. *Florence. Akcent VZP* [online]. 2012. [cit. 20015-10-15]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/11/na-roc-ni-pacienti-motivuji-zdravotni-ky-k-leps-i-m-vy-konu-m/>

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a kolektiv autorů, 2006. *Ošetrovatelská péče. Úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum. 295 s. ISBN 80-246-1113-9.

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

BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ, 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: NCO NZO. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BORZOVÁ, Claudia a kolektiv autorů, 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

CIKRT, Tomáš, 2008. Pacienti jsou s péčí ve fakultních nemocnicích nadprůměrně spokojeni. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2008. [cit.2015-08-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/pacienti-jsou-s-peci-ve-fakultnich-nemocnicich-nadprumerne-spokojeni_1076_870_1.html

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování* [on-line]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, roč. 2011, č. 131. 372/2011. [citace 2014. 012. 08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DRAHOŠOVÁ, Lenka a Darja JAROŠOVÁ, 2013. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgických odděleních Nemocnice Kraje Vysočina. *Kontakt* [online]. 2013. [cit. 2015-10-03]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3~2013/1064-spokojenost-pacientu-s-osetrovatelskou-peci-nachirurgickych-oddelenich-nemocnic-kraje-vysocina>

DUDA, Miloslav a kolektiv autorů, 2009. *Historie chirurgie. Vybrané statě olomoucké a moravské chirurgie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 229 s. ISBN 978-80-244-2167-4.

EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ, 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.

FARKAŠOVÁ, Dana et al, 2010. *História ošetrovatelstva : učebnica pre odbor ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.

FARKAŠOVÁ, Dana, Ludmila KUBICOVÁ a Mária MUSILOVÁ, 2006. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. Martin: Osveta. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

FINDIK, Ummu Yildiz, Serap UNSAR a Necdet SUT, 2010. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing & Health Sciences* [online]. 2010. [cit. 20015-09-03]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2009.00511.x/full>

GLADKIJ, Ivan a kolektiv autorů, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HALL, Elizabeth, 2010. Patient Satisfaction – Why Should We Care? [online]. 2010. [cit. 20015-09-13]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/736495>

Health Care Institute, 2014. Výsledky celostátního hodnotícího projektu „NEMOCNICE ČR 2014“ [online]. 2014. [cit. 20015-09-29]. Dostupné z: http://www.hcinstitute.org/userfiles/files/Projekt%20Nemocnice%20CR%202014_tiskova%20zprava.pdf

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOPKINS, Johns, 2013. Patient satisfaction does not reflect the quality of surgical care in hospitals. *News Medicals* [online]. 2013. [cit. 2015-09-03]. Dostupné z: <http://www.news-medical.net/news/20130418/Patient-satisfaction-does-not-reflect-the-quality-of-surgical-care-in-hospitals.aspx>

HORÁČEK, Jiří, 2010. Možnosti lékaře a zdravotnického zařízení odmítnout pacienta. *Zdravotnictví a medicína MF* [online]. 2010. [cit. 2015-08-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/moznosti-lekare-a-zdravotnickeho-zarizeni-odmitnout-pacienta-454295>

HOŠKOVÁ, Pavlína, 2010. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2010. [cit. 2015-09-21]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/informovanost-klientu-pacientu-a-rodinnych-prislusniku-449665>

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: PORTÁL. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JAROŠOVÁ, Darja a kolektiv autorů, 2011. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgických odděleních. *Praktický lékař* [online]. 2011. [cit. 2015-09-16]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/spokojenost-pacientu-s-osevratelskou-peci-na-chirurgickych-oddelenich-35227>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. 3. vyd. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

KALVACH, Zdeněk a kolektiv autorů, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KILÍKOVÁ, Mária, 2013. *Teória manažmentu v ošetrovatelstve*. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna. 391 s. ISBN 978-80-260-3845-0.

KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ, 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martina: Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KMOTKOVÁ, Irena, 2014. Anketa spokojenosti pacientů 2014 In: *Nemocnice TGM Hodonín* [online]. 2014 [cit.2016-01-17]. Dostupné z: <http://www.nemho.cz/-vysledky-ankety-spokojenosti-pacientu-za-rok-2014>

KOP, 2016. Spokojenost pacientů FN Plzeň stále roste. In: *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. 2016 [cit.2016-01-17]. Dostupné z: <http://www.fnplzen.cz/node/202>

KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ, 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.

KOŠTA, Oto, 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4422-3.

KŘEMENOVÁ, Eva, 2006. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra* [online]. 2006. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nejcastejsi-stiznosti-pri-poskytovani-zdravotni-pece-a-jejich-re-277578>

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LÁVIČKOVÁ, Jana, 2006. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

LEMONE, Priscilla et al, 2011. *Medical-surgical nursing: critical thinking in patient care*. 5. vyd. Boston: Pearson. 1869 s. ISBN 978-0-13-507594-4.

LLOYD, Robert, 2004. *Quality health care : a guide to developing and using indicators*. Sudbury: Jones and Bartlett. 343 s. ISBN 978-0-7637-4805-0.

MÁLEK, Jiří, 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 2. vyd. Praha: Grada. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. 2004. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/koncepceosetrovatelstvi_3196_3.html

ONDŘIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ, 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2013. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pecce-468686>

PETROVÁ, Alena a Irena PLEVOVÁ, 2006. *Kapitoly z obecné psychologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého. 114 s. ISBN 80-244-0769-8.

PÍSAŘÍKOVÁ, Barbora, 2015. Vyhodnocení průzkumu spokojenosti hospitalizovaných pacientů Úrazové nemocnice v Brně In: *Úrazová nemocnice v Brně* [online]. 2015 [cit.2015-10-17]. Dostupné z: <http://unbr.cz/article.asp?nArticleID=117&nDepartmentID=124&nLanguageID=1>

PITROVÁ, Martina, Eva HLAVÁČKOVÁ a Lucie KROUTILOVÁ, 2013. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2013. [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-pecce-jako-indikator-spokojenosti-pacientu-470799>

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv autorů, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAITER, Tomáš, 2009. A proč by vlastně měl být pacient spokojen? *Medical Tribune* [online]. 2009 [cit.2015-09-22]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/5903-a-proc-by-vlastne-mel-byt-pacient-spokojen>

RAITER, Tomáš, 2014. Fakultní nemocnice Hradec Králové – „Tělesné pohodlí“ In: *Kvalita očima pacientů* [online]. 2014 [cit.2016-01-07]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/hodnoceni.php?n=3&t=o&d=9&r=x&u=x;x;x;x;1;N>

RAITER, Tomáš, 2010. Jak projekt měří kvalitu zdravotních služeb? In: *Kvalita očima pacientů* [online]. 2010 [cit.2015-09-27]. Dostupné z: <http://www.hodnoceninemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb%5B1%5D.html>

RAITTER, Tomáš, 2012. KOP Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů Fakultní nemocnice Ostrava In: *Kvalita očima pacientů* [online]. 2012 [cit.2015-10-17]. Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/KOP_FN_Ostrava_2012_PUBLIC.pdf

RISTAGO, Giuseppe a Max WEIL, 2009. History of critical Care Medicine: The Past, the Present and the Future In: *Intensive and Critical Care Medicine*. Italia: Springer. 573 s. ISBN 978-88-470-1435-0.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *Galerie historických osobností*. Brno: NCONZO. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv autorů, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TYPLTOVÁ, Jolana, 2014. Nemocnice v České republice v roce 2013. *ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 5/2014* [online]. 2014. [cit. 20015-011-25]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/ai_2014_05.pdf

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8. vyd. Praha: Maxdorf. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.

Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 2012. [cit. 20014-012-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=102%2F2012>

VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv autorů, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv autorů, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

WICHISOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

WINKLEROVÁ, Jarmila a Darja JAROŠOVÁ, 2013. Hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí. *Profese on-line* [online]. 2013. [cit. 20015-09-25]. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/?req=1&submenu=14>

WORKMAN, Barbara a Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 259 s. ISBN 80-247-1714-x.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada. 335 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

12 Klíčová slova

Pacient

Potřeby pacientů

Spokojenost

Kvalita ošetrovatelské péče

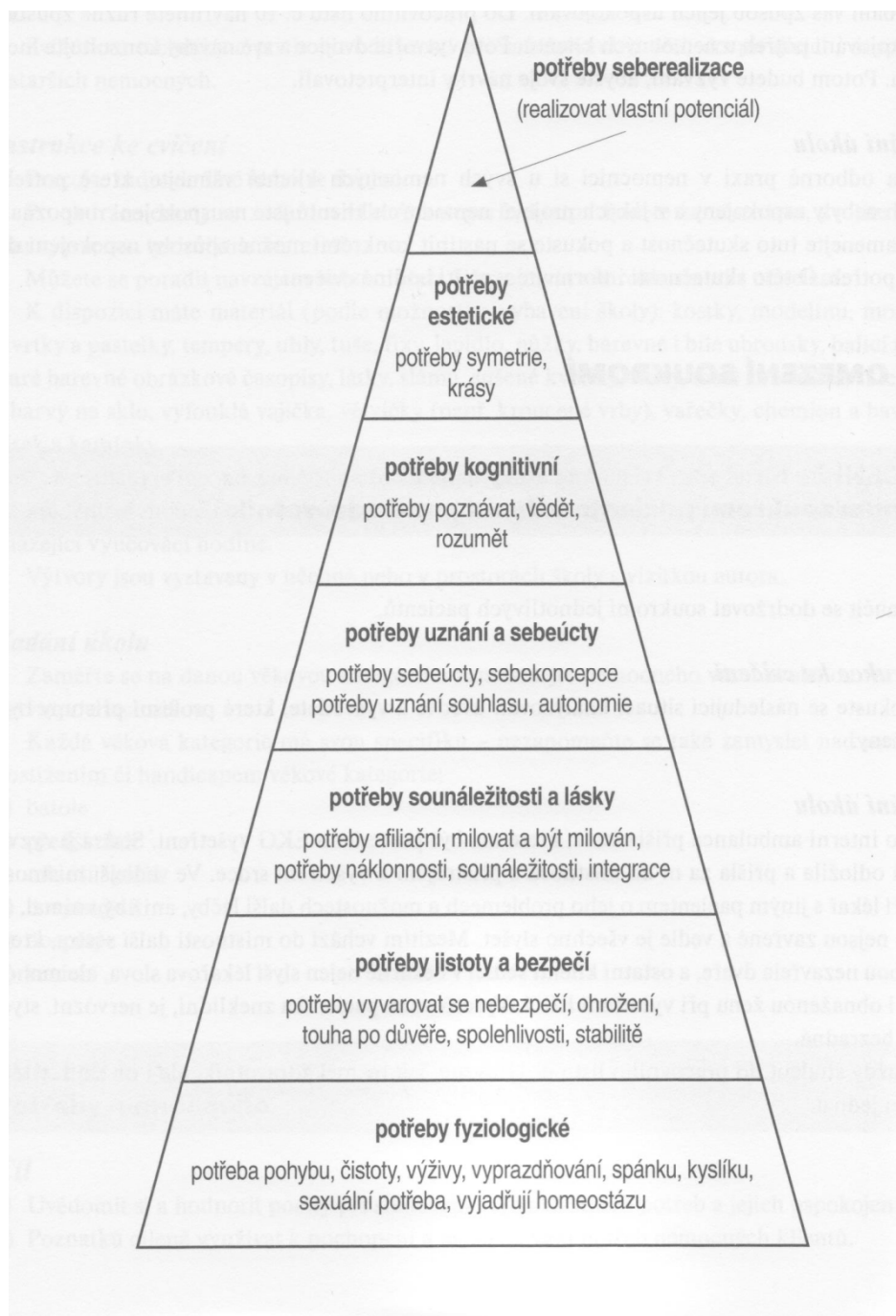
Pooperační období

13 Seznam příloh

- Příloha 1 Hierarchie potřeb dle Maslowa
- Příloha 2 Souhlas s provedením výzkumu NPK, Chrudimská nemocnice a.s.
- Příloha 3 Souhlas s provedením výzkumu NPK, Pardubická nemocnice a.s.
- Příloha 4 Souhlas s provedením výzkumu Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Příloha 5 Otázky k rozhovoru
- Příloha 6 Dotazník

Příloha 1

Hierarchie potřeb dle Maslowa



Zdroj: ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*.

Příloha 2

Souhlas s provedením výzkumu NPK, Chrudimská nemocnice a.s.

Mgr Martina Vacková
NPK, a.s. Chrudimská nemocnice
Václavská 570
Chrudim, 537 27

Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v NPK, Chrudimská nemocnice a.s.

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

Jmenuji se Lucie Kramářková a jsem studentkou 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Dovoluji si Vás požádat o svolení k provedení výzkumného šetření v NPK Chrudimské nemocnici, a.s. V rámci své diplomové práce se zabývám tématem: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů. Výzkumné šetření by mělo probíhat ve dvou etapách. První část by tvořil kvalitativní výzkum formou rozhovorů s pacienty, kteří byli hospitalizováni po operaci na jednotce chirurgické intenzivní péče. Jednalo by se o 4 respondenty, kteří již byli z intenzivní péče přeloženi na standardní oddělení. Druhou část výzkumu bude tvořit kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření, který bude vytvořen až po získání a zpracování kvalitativní části výzkumu. Zde by se jednalo o 50 respondentů. Výzkumné šetření bude zcela dobrovolné a anonymní a jeho výsledky použiji výhradně jen pro účely své práce.

Předem děkuji za kladné vyřízení.

V Chrudimi dne 23. 2. 2015

Bc. Lucie Kramářková
Kramářková

Souhlasem s výzkumným šetřením.
Mgr. Vacková M. *WZ*

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Chrudimská nemocnice
MUDr. Vladimír Ninger, Ph.D.
člen představenstva a náměstek generálního ředitele
pro řízení zdravotní péče
Václavská 570, 537 27 Chrudim
IČ: 275 20 536

Zdroj: vlastní

Příloha 3

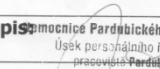
Souhlas s provedením výzkumu NPK, Pardubická nemocnice a.s.

OS_4_12_PKN_20_1

Pardubická nemocnice

Příloha č. 3a – Provádění průzkumného šetření nebo výzkumu

Provádění výzkumného šetření nebo výzkumu v PKN

Příjmení a jméno studenta	KRAMARIKOVÁ LUCIE, Bc.			
Škola, studijní obor, ročník,	JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH OBOR: OŠETŘOVATELSTVÍ VE VYBRANÝCH KLINICKÝCH OBLASTECH II. ROČNÍK			
Téma bakalářské, magisterské, disertační práce	SPOKOJENOST S OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ NA JEDNOTKÁCH CHIRURGICKÉ INTENZIVNÍ PÉČE Z PŮHLEDU PACIENTŮ			
Jméno vedoucího bakalářské, magisterské, disertační práce	PhDr. Mgr. Marie Trešlová, Ph.D.			
Vyjádření vedoucího bakalářské práce	Výzkum nebude spojen s finančním zatížením Pardubické krajské nemocnice, a. s. podpis: 			
Počet oslovených respondentů celkem				
Zahájení výzkumu	BRZEN 2015			
Konec výzkumu	ČERVEN 2015			
Souhlas pracovníka Odd. výchovy a vzdělávání Pardubické nemocnice	Ano <input checked="" type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	Podpis	
<small>mocnice Pardubického kraje, a.s. Úsek personálního řízení a pracovního řádu Kvíjovská 44/532 03 Pardubice IČ: 275 20 536</small>				
Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat				
Klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet respondentů
CHIRURGIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bc. Blanka Hošková	15
TRAUMATOLOGIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bc. Karolína Kopecká	15
BEVNÍ A PLASTICKÁ CHIR.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bc. Zuzana Bešteráková	15
ORTOPEDIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bc. Jaroslava Hoptáková	20
UROLOGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Součástí této průvodky je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden).
V případě retrospektivního šetření student nesmí nahlížet do NIS ani dokumentace pacienta.
Anonymní data mu předá pověřený pracovník oddělení, kde výzkum probíhá.

Podpis studenta..... 

Zdroj: vlastní

Příloha 4

Souhlas s provedením výzkumu Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Dana Vaňková
Sokolská 581
Hradec Králové
500 05

Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

jmenuji se Lucie Kramářková a jsem studentkou 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Dovoluji si Vás požádat o svolení k provedení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. V rámci své diplomové práce se zabývám tématem: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů. Výzkumné šetření by mělo probíhat ve dvou etapách. První část by tvořil kvalitativní výzkum formou rozhovorů s pacienty, kteří byli hospitalizováni po operaci na jednotce chirurgické intenzivní péče. Jednalo by se o 5 respondentů, kteří již byly z intenzivní péče přeloženi na standartní oddělení. Druhou část výzkumu bude tvořit kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření, který bude vytvořen až po získání a zpracování kvalitativní části výzkumu. Zde by se jednalo o minimálně 50 respondentů. Výzkumné šetření bude zcela dobrovolné a anonymní a jeho výsledky použiji výhradně jen pro účely své práce. Realizace výzkumu by byla průběžně od dubna do července 2015.

Předem děkuji za kladné vyřízení.

V Chrudimi dne 1. 4. 2015

Bc. Lucie Kramářková

Souhlas
Hradec
Fakultní nemocnice
Hradec Králové
chirurgická klinika

Prohlášení
2. 4. 2015

Fakultní nemocnice
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové
Mgr. Dana Vaňková

Zdroj: vlastní

Příloha 5

Otázky k rozhovoru

Jak se cítíte?

Kolik dní jste byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče?

Jak jste obecně spokojen s ošetrovatelskou péčí, která Vám byla na JIP poskytována?

1. Přijetí do nemocnice (na JIP)

- Z jakého důvodu jste byl přijat?
- Můžete říci něco k informacím, které jste získal při přijetí na jednotku intenzivní péče?
- Jak jste se při příjmu na JIP cítil?
- Můžete mi prosím říci, s čím jste byl či nebyl v průběhu Vašeho příjmu na jednotku intenzivní péče spokojen či naopak nespokojen?

2. Respekt, ohled, úcta

- Mohl byste mi říci něco k tomu, jak jste byl respektován a jak byly respektovány Vaše názory?

3. Koordinace a integrace péče

- Jak jste byl spokojen s návazností ošetrovatelské péče a navrhoval byste nějaké změny?

4. Informace, komunikace, edukace

- Můžete mi říct něco o poskytování informací od ošetrovatelského personálu v průběhu hospitalizace?
- Můžete mi říct něco o komunikaci mezi Vámi a ošetrujícím personálem během hospitalizace?
- Domníváte se, že by bylo třeba v této oblasti něco změnit? Jaké změny byste navrhoval?

5. Tělesné pohodlí

- Co byste mohl říci k Vašemu tělesnému pohodlí?

6. Citová opora

- Co Vám chybělo v oblasti citové opory, popřípadě co by pro Vás mohl ošetřující personál udělat?
- Bylo uděláno něco pro vaši citovou oporu?

7. Zapojení rodiny a blízkých osob

- Jak byste hodnotil spolupráci personálu s Vaší rodinou nebo blízkými osobami?
- Jak hodnotíte návštěvy?

8. Propuštění a pokračování péče

- Jak byste hodnotil způsob předání informací v průběhu překlada na jiné oddělení?

Zdroj: vlastní

Příloha 6

Dotazník

Vážená paní / pane

Dovolte, abych se Vám nejprve představila. Jmenuji se Lucie Kramaříková a jsem studentka druhého ročníku navazujícího magisterského studia Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech.

Do rukou se Vám dostal dotazník, který se zabývá problematikou Spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na jednotkách chirurgické intenzivní péče z pohledu pacientů. Obecně téma spokojenosti pacientů je v posledních letech často diskutovaným tématem a budu velice ráda, pokud mi poskytnete Váš názor na danou problematiku.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Obsahuje 19 otázek. Veškeré získané informace budou použity pouze pro účely zpracování mé diplomové práce. Ke každé otázce uveďte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vybranou odpověď zakroužkujte nebo označte křížkem.

Předem Vám děkuji za objektivní vyplnění dotazníku.

Kramaříková Lucie Bc.

1. Jakého jste pohlaví?

- muž žena

2. Kolik Vám je let?

- 18 – 29 let 40 – 49 let 60 – 69 let 80 a více
 30 – 39 let 50 – 59 let 70 – 79let

3. V jakém typu nemocnice jste hospitalizován/a?

- okresní krajská fakultní jiné:.....

4. Kolik dní jste byl/a hospitalizován/a na jednotce intenzivní péče?

.....

5. Představila se Vám sestra při Vašem prvním setkání?

ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy

6. Byly informace, které jste získal/a od sestry po přijetí na jednotku intenzivní péče srozumitelné a dostatečné?

velmi nespokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi spokojen/a

7. Byl/a jste dle Vašeho názoru dostatečně informován/a o ošetrovatelských výkonech, které Vám byly prováděny?

velmi nespokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi spokojen/a

8. Byl/a jste spokojen/a s dosažitelností ošetrovatelského personálu?

velmi nespokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi spokojen/a

9. Jak hodnotíte úroveň poskytované ošetrovatelské péče?

velmi nespokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi spokojen/a

10. Pokud jste pociťoval/a bolest, bylo na ni včas a účinně reagováno?

velmi nespokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi spokojen/a

11. Jak jste byl/a spokojen/a s návazností ošetrovatelské péče?

velmi nespokojen/a 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi spokojen/a

12. Bylo jednání a vystupování sester vlídné a ochotné?

- ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy

13. Měl/a jste důvěru k sestřám, které Vás ošetřovaly?

- ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy

14. Byl/a jste během hospitalizace spokojen/a s respektováním a ochranou Vaší intimity?

- ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy

15. Pociťoval/a jste porozumění sester k Vaším obtížím?

- ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy

16. Pociťoval/a jste zájem ze strany ošetrovatelského personálu?

- ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy

17. Který z těchto faktorů nejvíce ovlivňuje Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotce intenzivní péče? (lze označit více odpovědí)

- přístup ošetrovatelského personálu
 dostatek informací o prováděných výkonech
 možnost návštěv rodiny a blízkých osob
 přístup personálu k blízkým osobám
 maximální tlumení bolesti
 tělesné pohodlí
 zajištění intimity a soukromí jiné:

18. Který z těchto faktorů nejvíce působí Vaši nespokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotce intenzivní péče? (lze označit více odpovědí) Pokud se nevyskytl žádný faktor působící nespokojenost, přejděte na následující otázku.

- nedostatečná informovanost o prováděných výkonech
- nedostatek informací při překladech na standardní oddělení
- snížený respekt k Vaší osobě
- nevhodná či nepřiměřená komunikace ze strany ošetrujícího personálu
- pocit samoty
- nedostatečná pozornost věnovaná Vaším obtížím
- bolest a její nedostatečné tlumení
- nerespektování soukromí a intimity
- omezený pohyb
- úprava lůžka
- jiné:.....

19. Jak celkově hodnotíte spokojenost s ošetrovatelskou péčí na jednotce intenzivní péče?

velmi nespokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 velmi spokojen/a

Je něco, co byste v tomto dotazníku doplnil/a? Zde je prostor pro Vaše návrhy a připomínky?

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne.

Zdroj: vlastní