

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Eva Sedláčková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Pavel Scholz

2011

Autor práce:

Eva Sedláčková

Abstrakt

The title of this bachelor degree thesis is "Evaluation of quality of nursing care".

There are many definitions of quality depending on the individual authors. However, all the definitions have one thing in common. It is the patient and his requirements that represent the main criteria of quality.

The objective of the thesis was to find out about the satisfaction of patients with the provided nursing care at the gastroenterology ward. The objective has been met.

The patient's satisfaction is subjective and it is related to the ability to satisfy the patient's needs. Satisfaction is measured against client's expectations. If the expectations are exceeded the level of satisfaction is usually high; if the expectations are not met the level of satisfaction is low and the patient is frustrated.

The research part of the thesis used a quantitative method. The survey consisted of a questionnaire developed based on information found in specialized literature. We formulated three hypotheses and after evaluation of research results all of them have been confirmed. The results of the research are shown in form of diagrams.

The surveyed group consisted of patients hospitalized at the gastroenterology ward in the hospital in České Budějovice (Nemocnice České Budějovice a. s.). The research has shown that most of the patients are satisfied with the provided nursing care.

In practice the results of the thesis may be used for publishing in specialized literature. The contribution of the thesis consists in the mapping of satisfaction of patients with the nursing care provided at the gastroenterology ward and the results of patient satisfaction represent an excellent feedback for the nursing staff. The findings from this thesis will be provided to the management of the gastroenterology ward and they should serve as an input for reflections on the nursing care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: „Hodnocení kvality ošetrovatelské péče“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Pavlu Scholzovi, za jeho cenné připomínky a rady které mi pomohly při psaní bakalářské práce.

Dále děkuji všem svým respondentům za jejich ochotu a informace.

OBSAH

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 ZDRAVÍ x NEMOC.....	8
1.1.1 Definice.....	8
1.1.2 Modely zdraví.....	9
1.2 POTŘEBY PACIENTA	9
1.2.1 Dělení potřeb	10
1.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	11
1.3.1 Definice.....	12
1.4 KVALITA.....	13
1.4.1 Kvalita ve zdravotnictví	14
1.4.2 Znaký kvalitní ošetrovatelské péče.....	15
1.4.3 Dimenze kvality.....	16
1.4.4 Základní řízení kvality zdravotnických služeb	17
1.5 HODNOCENÍ KVALITY	17
1.5.1 Spokojenost pacientů	19
1.5.2 Indikátory kvality	20
1.5.3 Standardy ošetrovatelské péče.....	23
1.5.4 Audity	26
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	28
2.1 Cíl práce.....	28
2.2 Hypotézy práce.....	28
3. METODIKA.....	29
3.1 Použité metody a techniky	29
3.2 Charakteristika sledovaného souboru	29
4. VÝSLEDKY	30
5. DISKUZE	45
6. ZÁVĚR.....	51

7. KLÍČOVÁ SLOVA.....	53
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	54
9. PŘÍLOHY.....	57
9.1 Dotazník pro pacienty.....	57

ÚVOD

Ošetřovatelství je jednou z nejčastějších činností v lidské společnosti, je to integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka. Nemalý význam pro hospitalizované pacienty má kvalita ošetřovatelské péče. Poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je podmíněno kvalitní ošetřovatelskou praxí.

Ve zdravotnictví mluvíme o kvalitě služby. To je činnost odehrávající se přímo mezi pacientem a poskytovatelem. Pacient je také ten, kdo především formuluje požadavky na službu. Pacient většinou hodnotí kvalitu ošetřovatelské péče podle toho, jak jsou uspokojovány jeho základní potřeby od toho se odvíjí i spokojenost pacienta. Spokojenost je subjektivní, je to skutečnost oproti očekávání pacienta. Pokud je skutečnost lepší než to co pacient očekával, spokojenost bývá vysoká, je-li tomu naopak spokojenost je nízká a pacient je frustrován. Spokojenost pacientů může do určité míry ovlivnit efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni, důvěřují lékařům i sestřám a věří v jejich snahu a kompetenci. Tyto aspekty mohou pozitivně ovlivnit míru spolupráce pacienta při léčbě. Z těchto důvodů je dnes pacient žádán, aby ohodnotil kvalitu péče.

V naší bakalářské práci se budeme zabývat hodnocením kvality ošetřovatelské péče.

Samotná práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou část. V teoretické části je postupováno od teorie zdraví a nemoci, přes potřeby člověka, ošetřovatelskou péči až k samotné kvalitě a jejímu hodnocení. Praktickou část tvoří vybraná metoda kvantitativního výzkumu. Byla použita metoda dotazníku pro pacienty. Na základě výsledků byly potvrzeny hypotézy.

Cílem práce bylo zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou ošetřovatelskou péčí na gastroenterologickém oddělení.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 ZDRAVÍ x NEMOC

Ve zdravotnictví jsou zdraví a nemoc základní pojmy, každý je obvykle chápeme jako opačné póly. Mezi zdravím a nemocí však nelze určit přesnou hranici (6).

1.1.1 Definice

Zatím co nemoc by se dala definovat jako „*souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím*“ (31, s.14). V definici zdraví není jednota, v současné době se nejvíce opíráme o tuto definici „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady*“ (WHO, 1948).

Z jiných vytvořených definic pojmu zdraví není žádná obecně akceptována. Definice se shodují, že pojem zdraví obsahuje tři složky, je to stav optimální pohody plynoucí ze somatické a psychosociální integrity, dále nenarušenost životních funkcí a společenských rolí a třetí je přizpůsobivost organismu člověka na měnící se podmínky prostředí (12,10).

Chápání zdraví závisí na společnosti, na jejím rozvoji a na kultuře ve které lidé žijí. To se dále ukáže ve zdravotnické péči a následně i v úkolech, které má ošetrovatelství v určité společnosti plnit. Pro ošetrovatelství je zdraví jedním ze základních pojmů. Dříve ošetrovatelství kladlo velký důraz na nemoc, bylo zaměřeno nejvíce na nemocného člověka. S postupem doby se zájem ošetrovatelství přesouvá na péči o zdraví, podporu a ochranu zdraví. Sestra by měla mít jasno v chápání pojmu zdraví a měla by se zajímat o to, jak zdraví chápe pacient. Současné ošetrovatelství zdůrazňuje holistický pohled na zdraví jako na celek (6,30).

1.1.2 Modely zdraví

Klinický model- zdraví definuje jako chybění znaků a symptomů nemoci nebo úrazu. Toto chápání zdraví je blízké medicínskému pohledu. **Adaptační model-** v tomto modelu zdraví, je nemoc poruchou adaptace. **Model hraní role-** nemoc je charakterizována jako neschopnost vykonávat svou práci. Na základě tohoto modelu lze lidi, kteří jsou schopni vykonávat své pracovní a jiné povinnosti, pokládat za zdravé i tehdy, jsou-li klinicky nemocní. **Eudaimonistický model-** zdraví je stav rozvinutí a uplatnění osobního potenciálu, vrozených, jakož i získaných schopností člověka. Nemoc je stav, který zabraňuje seberealizaci a uplatnění vlastních schopností člověka. **Holistický model-** zahrnuje celou osobnost člověka jako celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu, to je tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládnutí stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovní stránku osobnosti (6).

Pro sestru je i pojem nemoc velice důležitý. Nemoc je pacientův subjektivní pocit, proto by sestra měla umět být empatická, a poznat co se v pacientovi odehrává. Dále se sestra podílí na řešení problémů, které provází nemoc pacienta. Snaží se dosáhnout fyzické, psychické a sociální pohody člověka. Její hlavní funkcí je poskytovat ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu, edukovat pacienty zkoumat jejich vědomosti a schopnosti v oblasti obnovy zdraví. Sestra si musí uvědomit, že nepracuje pro nemocného, ale že pracuje s ním (6, 13, 30).

1.2 POTŘEBY PACIENTA

Lidské potřeby jsou určeny společenskými podmínkami života, naše potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují. V průběhu života se mění i z hlediska kvantity a kvality. Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je postupné hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka realizuje sestra pomocí ošetrovatelského procesu.

Základní potřeby jsou společné všem lidem, přesto každý člověk je individualita a má své jedinečné potřeby. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Uspokojování potřeb je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj (31, 6).

Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem, je to způsob žádoucí nebo nežádoucí. Za žádoucí považujeme ty, které neškodí ani nám, ani okolí, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak nežádoucí způsoby jsou ty, které mohou ublížit dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě se sociálně kulturními hodnotami a mohou i přesahovat meze zákona (31).

1.2.1 Dělení potřeb

V psychologii se obvykle objevuje třídění potřeb na **biogenní**, **fyziologické** a na **psychogenní**, **sociogenní**, **psychologické**. Rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické a sociální, z pohledu ošetrovatelství odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku (31, 6).

Hierarchie potřeb podle H. A. Maslowa

Podle Maslowa má každý jedinec svůj jedinečný systém motivů, který je uspořádán, protože některé jsou silnější než jiné. Lidé jsou motivováni systémem základních potřeb. Člověk dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení. Jakmile je jedna potřeba uspokojena hned se na její místo staví jiná neuspokojená. Lidské potřeby jsou řazeny podle naléhavosti. Na prvním místě jsou **fyziologické potřeby**, které se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu k přežití. Jedinec dělá většinou vše proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními. Jakmile jsou aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka. Na druhém místě je **potřeba jistoty a bezpečí**, člověk má potřebu vyhnout se ohrožení a nebezpečí. Objevují se vždy v situaci ztráty životní jistoty. Další v pořadí je **potřeba lásky a sounáležitosti**, někdy také nazývána jako potřeba afiliační. Je to potřeba milovat a

být milován. Tato potřeba se projevuje v situacích osamocení a opuštění. Na čtvrtém místě je **potřeba uznání, ocenění, sebeúcty**, jedná se o dvě potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a nezávislosti na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí. A na nejvyšším místě je **potřeba seberealizace a sebeaktualizace**, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře (31, 22, 27).

Maslow zjistil, že lidé, kteří mají uspokojené své základní potřeby, jsou zdravější, šťastnější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami. Všechny naše potřeby se daleko lépe uspokojují, když je člověk zdravý. Při nemoci existuje celá řada faktorů, které znemožňují nebo znesnadňují uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy vývojové stádium člověka, okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

Richard Kalish (1970) upravil Maslowovu hierarchii potřeb a mezi fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí navrhl další kategorii ta zahrnuje sex, činnost, zkoumání, manipulaci a novost.

Halbert Dunna (1958) představuje spoustu potřeb, které musí být uspokojeny, aby člověk dosáhl stav blaha. Mezi základní potřeby řadí přežití komunikaci přátelství, růst, představitost, lásku, vyrovnanost, prostředí, komunikaci s vesmírem, filosofii života, důstojnost, svobodu a prostor.

Podle Jourarda (1963) lidé řadí své potřeby podle toho, jakou důležitost mají v jejich životě. K potřebám Maslowa řadí potřebu zdraví, potřebu svobody, popudů, kognitivní jasnosti a zážitkové rozmanitosti (6, 17, 30, 31).

1.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je vědní disciplína. Věda v ošetřovatelství vystupuje jako jednota dvou stránek. Jako systém teoretických poznatků a jako metoda praxe. Obě složky jsou neoddělitelné. Cílem ošetřovatelství je upevňovat zdraví, navracet zdraví a zmírňovat utrpení nemocného člověka. Ošetřovatelská péče je

prováděna pomocí ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces má 5 fází: **zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení**. Je to soubor činností prováděných sestrou, jimiž pomáhá jednotlivci, rodině a komunitě udržet zdraví a pečovat o fyzickou a psychickou pohodu. Sestra vede nemocné k sebeděči. Nemocným, kteří se o sebe nemohou, nechtějí či neumějí postarat, zajistí profesionální ošetrovatelskou péči. Profesionální funkce sestry v ošetrovatelství se za poslední dobu rozšířily. Sestra se v ošetrovatelství stále více stává samostatným odborníkem, specialistou na uspokojování potřeb nemocného (1, 12, 22, 23, 27).

1.3.1 Definice

„Ošetrovatelství má pomáhat nemocným i zdravím vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, které by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu a vědomosti. Stejně tak je úlohou sester pomoci nemocným získat co nejrychlejší soběstačnost“ (6, s. 11).

„Ošetrovatelství je humanitní věda, jejíž schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznatcích. Ošetrovatelská praxe a nezávislé a kooperativní funkce, které pomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimální biologický, sociální, osobní a duchovní stav“ (1, s. 12).

„Ošetrovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat“ (6, s. 11).

Základním požadavkem současného ošetrovatelství je kvalitní ošetrovatelská péče. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je podmíněno kvalitní ošetrovatelskou praxí. Kvalitní péče je vyjádřena ve standardech, podle nich se potom ošetrovatelská péče posuzuje.

Ošetrovatelství je jednou z nejčastějších činností v lidské společnosti. Obsahuje velký rozsah a různý odborný stupeň činností. Ošetrovatelská péče má být poskytována na základě vědeckých poznatků zjištěných výzkumem (6, 9, 29).

1.4 KVALITA

Kvalita slovo, které je dnes skloňované ve všech pádech, má svou dlouholetou historii. Už při první výrobě nástrojů se sledovala kvalita pro použití toho nástroje. Prvními organizacemi, které hodnotili kvalitu, byly jednotlivé cechy. Stanovily pravidla, sledovaly jejich plnění, a za neplnění dokonce trestaly. Kvalita má dvě dimenze subjektivní, jak já, jako jedinec jsem spokojen, nebo nespokojen, a objektivní která představuje sledování určitých přesně nastavených a dohodnutých kritérií (2, 7, 19).

„Kvalita je způsobilost pro užití“ (21, s.83).

„Kvalita je shoda s požadavky“ (21, s.83).

„Kvalita je to, co za ni považuje zákazník“ (21, s.83).

Je spousta definic dle jednotlivých autorů a také i podle toho, na co se zaměřují. Ale ve všech definicích je vidět jedna společná věc. Je to pacient a jeho požadavky na službu, jsou tím hlavním hodnotitelem kvality. Je to hodnocení velmi subjektivní. Dalším, kdo dává požadavek na kvalitu, je stát ve formě zákonů, nařízení a vyhlášek, které musí firmy bezpodmínečně plnit (5, 9, 21, 29). Asi nejlepší obecnou definici najdeme v normě ISO 9001:2000. *„Kvalita je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků“.*

Nejdůležitější je to, že pro kvalitní výrobek či službu je nutné sledovat kvalitu systémově v celé firmě a na všech úrovních. Hovoříme tak o kvalitě výrobku, služby, procesů, zdrojů a systému managementu (9).

Ve zdravotnictví mluvíme o kvalitě služby. Služba je produkt v nehmotné podobě. Je to činnost odehrávající se přímo mezi pacientem a poskytovatelem. Je charakteristická tím, že těžištěm jsou vždy pracovníci v první linii (lékaři, sestry) a má lepší možnost pružněji reagovat na přání pacientů. Pacient je také ten, kdo především formuluje požadavky na službu. Služba má ale proti výrobku jednu nevýhodu. Mnohem obtížněji se požadavky pacientů plní a hlavně se hůře stanovují měřitelná kritéria služby (8, 9, 21).

WHO definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“.

V roce 1982 jako „*stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje*“(WHO).

Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „*takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu*“.

1.4.1 Kvalita ve zdravotnictví

Zdravotnictvím rozumíme uspořádanou jednotku odborných zdravotnických činností a institucí, které jsou zřizovány k poskytování odborné zdravotnické péče, jejímž cílem je odbornými opatřeními a činnostmi napomáhat při udržení zdraví a odvracení jeho poruch, při zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, jehož cílem je prodloužit život lidí, zlepšovat jeho kvalitu, přispívat k zlepšování zdraví budoucích generací a ke zvyšování pracovního potenciálu obyvatelstva. Představa kvality péče ve zdravotnictví, je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají. (7, 11).

Kvalita se týká celé soustavy zdravotnictví, což jsou zákonodárné a exekutivní orgány, které vytvářejí obecný rámec pro kvalitní úroveň poskytované zdravotní péče. Týká se všech zdravotnických pracovníků a jednotlivých pracovišť, poskytujících služby jednotlivým pacientům v primární, sekundární i terciální sféře zdravotnictví. Zlepšování kvality není možno sledovat bez komunikace a spolupráce s obyvatelstvem a pacienty (10, 29).

Ve zdravotnictví je zákazníkem pacient, zdravotní pojišťovny, samoplátci. Rozhodující roli mají pracovníci v první linii (lékaři, sestry), klienti mají různé individuální požadavky, na které musíme reagovat a plnit je (21, 25).

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je zajímavým a citlivým tématem, který nezajímá jen provozovatele zdravotnických zařízení. Zajímá státní správu, plátce zdravotního pojištění a hlavně veřejnost, tedy naše pacienty.

Kvalita zdravotní péče musí být chápána jako komplexní služba. Můžeme na ní koukat z různých úhlů (11, 21).

Kvalita produktu- RTG snímky, jídlo, léky, prádlo, SZM, dokumentace. **Kvalita péče-** rehabilitace, diagnostické služby, ošetrovatelská péče, lékařská péče, odběry krve, chování. **Kvalita kvalifikace zaměstnanců-** lékaři, sestry, ostatní zaměstnanci, dodavatelé. **Kvalita prostředí-** budovy, osvětlení, hluk, parková úprava, nábytek, pracovní prostředí (9).

Kvalita zdravotnické péče obsahuje 3 vzájemně spjaté prvky je to struktura péče což je souhrn zdrojů a podmínek. Vlastní proces kam zahrnujeme diagnostické a léčebné postupy. A výstupy to je počet provedených vyšetření a ošetření (9, 21, 29,32).

Při vnímání kvality zdravotní péče je základním hlediskem kvalita vlastního zdravotnického úkonu, to je co poskytujeme a nezanedbatelnou roli mají i doprovodné služby jako je organizace příjmu pacienta, podávání informací a mnoho dalších, to je to jak službu či péči poskytujeme (9, 21).

V dnešní době je sledování kvality rozmanité a každý používá jiná kritéria. Stát sleduje základní demografické ukazatele. Zdravotní pojišťovny sledují nejvíce náklady na zdravotní péči. Svaz pacientů sleduje hlavně úspěchy a neúspěchy v poskytování péče. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb může být stručně vyjádřena také jako „*konat správné věci ve správném čase, a to již na poprvé*“ (9, s. 283).

Odpovědnost za kvalitu služeb, poskytovaných v celé instituci spočívá na vrcholovém a středním managementu, zatím co odpovědnost za kvalitu péče poskytovanou jednotlivým pacientům náleží příslušným odborným pracovníkům (9, 11, 15, 21).

1.4.2 Znaky kvalitní ošetrovatelské péče

Velký význam pro hospitalizované pacienty má kvalita ošetrovatelské péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je nejčastěji charakterizována následujícími znaky.

V zemi, ale i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství. Péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu a je odvozená od potřeb pacienta. Ošetrovatelský personál pracuje týmově je dobře motivovaný a odborně připravený. Na začátku ošetrovatelského procesu si tým stanoví reálné cíle. Ošetrovatelský personál vždy dodržuje profesionální etický kodex. Poskytovaná péče je vědecky podložená a pacienti jsou aktivně zapojeni do ošetrovatelské péče. V daném zařízení by měla být účinná mezioborová spolupráce (6, 24).

Na tyto oblasti se také z pravidla zaměřuje hodnocení kvality péče, a proto se pro ně vytvářejí standardy, které se snaží konkrétně vymezit, co je v dané oblasti pokládáno za kvalitní. Důležitou částí zvyšování kvality je rozvoj komunikace zdravotnických pracovníků uvnitř zdravotnických týmů a komunikace s pacienty. Různé výzkumy prováděné v nemocnicích ukazují, že v této oblasti se vyskytují nedostatky, i když se celkový stav v poslední době hodně zlepšil (9).

1.4.3 Dimenze kvality

Kvalita péče má několik dimenzí, podle kterých je hodnocena. Ty se postupně vyvíjely. Uvádí se 11 dimenzí kvality.

Bezpečnost- možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena. **Kompetence**- znalosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky. **Přijatelnost**- veškerá péče a služby jsou přijatelné pro zákazníky, obci a plátce a odpovídají jejich požadavkům. **Efektivnost**- péče, služby, zákrok a veškeré procedury mají za účel dosažení očekávaných výsledků. **Vhodnost**- veškerá péče a služby jsou vhodné a relativní vůči potřebám pacientů a jsou založeny na uznávaných standardech. **Ekonomičnost**- očekávaných výsledků je dosaženo s neekonomičtějším využitím zdrojů. **Dostupnost**- možnost zákazníka získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem. **Kontinuita**- schopnost nabízet nepřerušované, koordinované služby překračující bariéry programů,

oddělení, lékařů a organizací, návazné v prostoru a čase- tzv. „bezešvou péčí“. **Včasnost**- stupeň v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější. **Přiměřenost**- péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta. **Úcta a vnímavost**- stupeň zapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob, jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů (29, 21).

1.4.4 Základní řízení kvality zdravotnických služeb

V poslední době se objevují nejrůznější přístupy, které se snaží o hodnocení kvalitativní úrovně zdravotnických činností. Můžeme je rozdělit následovně, jsou to dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení **směřující k získání ceny za kvalitu**- prestižního označení, které se uděluje po splnění podmínek vyhlašovaných většinou organizací pro národní cenu za kvalitu. Dále máme dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení **směřující k získání certifikátu kvality**, který zaručuje, že systém řízení kvality odpovídá požadavkům daným ISO 9001:2000. A jako poslední jsou dobrovolné, nebo vynucené přístupy k hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb ve smyslu podmínek akreditace zdravotnických zařízení, jejichž důsledkem je povolení činnosti, nebo zařazení do akreditačních stupňů (6, 9, 18, 21, 29).

1.5 HODNOCENÍ KVALITY

Jednou ze začleněných dimenzí kvality je její měření a vyhodnocování. Nemůžeme-li vybrané parametry procesu měřit, je velice těžké rozhodnout, zda se daný proces nebo výstup zlepšuje, zhoršuje a také jej nelze porovnávat s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením.

Měření je tedy jedním z důležitých prvků. Vedoucí sestra by měla pravidelně a průběžně hodnotit ve svém zařízení a na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup sester k nemocným,

organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí (21, 9).

Hodnocení kvality péče v celé instituci i na jednotlivých odděleních by mělo být prováděno podle následně zmíněných zásad. Jádrem systému hodnocení kvality na pracovištích lékařské a ošetrovatelské péče a jiných zdravotnických i nezdravotnických činností by měl být odborný audit prováděný týmem vedoucích pracovníků a dalších odborníků. Na hodnocení péče by se měli podílet všichni účastníci procesu poskytování zdravotní péče. Před hodnocením mají být vypracovány standardy, které zahrnují různé stránky poskytované péče a ji zabezpečujících činností. Tyto standardy by měli obsahovat hlavní aspekty struktury podmínek, procesu i dosahovaných výstupů a výsledků poskytované péče a dalších činností. Pro hodnocení kvality je nutno vytvořit informační a monitorovací systém, vycházející z řady informačních zdrojů. Např. statistické a ekonomické výkazy, stanovené indikátory, lékařské a ošetrovatelské dokumentace, šetření mezi pacienty, evidence stížností a pochval. Značný význam pro zvyšování kvality má i systém „peer review“ což je vzájemné posuzování diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů a činností kolegů z jiných odborných pracovišť. Tento systém je velmi dobře použitelný u nemocničních ale i ambulantních služeb. Systém by měl být tvořen tak, aby vedoucí pracovníci v případě, že dochází k zhoršování kvality a že se v systému vyskytují závažnější pochybení, obdrželi informace včas. Vybudovaný systém musí plnit úlohu včasné zpětné vazby. Při hodnocení kvality péče je možné využívat implicitních i explicitních kritérií. Podle implicitních kritérií se posuzuje, zda je péče poskytována „lege artis“. Explicitní kritéria mají často formu organizačních, diagnostických, léčebných a ošetrovatelských indikátorů nebo standardů. Systém hodnocení a jeho hlavní kritéria by měla být projednána s týmem odborníků a s programem hodnocení by měli být seznámeni všichni pracovníci na pracovišti. Systém hodnocení kvality by měl být pravidelně kontrolován a zlepšován (3, 5, 20, 8).

V poskytování ošetrovatelské péče má největší význam sestra. Při hodnocení kvality ošetrovatelské péče má každý jiná kritéria. Záleží především na tom kým je hodnocení vykonáváno (6).

Lékař hodnotí práci sestry podle toho, jak zajišťuje diagnosticko-terapeutický plán pacienta (6).

Sestra hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle koncepce, s kterou se ztotožnila. Dává-li si za své hlavní povinnosti plnění ordinací lékaře, hodnotí podle toho. Ztotožňuje-li se s koncepcí ošetrovatelského procesu a individualizovanou péčí, jsou kritéria jejího hodnocení o mnoho větší a složitější (6).

Pacient většinou hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle toho, jak jsou uspokojovány jeho základní potřeby. Týká se to nejen pacienta, který je imobilní a částečně nebo úplně závislý na svém okolí, ale i pohyblivých pacientů, kteří by si uspokojovali své potřeby sami, ale nemocniční prostředí jim to neumožňuje. Kromě toho není zajištěno dostatečné soukromí během hospitalizace při vyšetřeních a ošetřeních. Hodnocení může být ovlivněno i tím, jak sestra komunikuje s pacientem. Vliv na hodnocení pro pacienta může mít i úprava sester a kultivovanost jejich projevu. Můžou hodnotit i podle míry profesionální citlivosti a všímavosti sester k problémům vlastním nebo spolupacientů. Hodnotí činnosti jednotlivých sester, a to i v čase, kdy s nimi nejsou v přímém kontaktu (6).

1.5.1 Spokojenost pacientů

V poslední době je mimořádná pozornost věnovaná spokojenosti pacientů což je důležitou součástí hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Spokojenost pacienta je subjektivní, souvisí s uspokojením či neuspokojením pacientových potřeb. Spokojenost je skutečnost oproti očekávání klienta. Pokud je skutečnost lepší než to co pacient očekával, spokojenost bývá vysoká, je-li tomu naopak spokojenost je nízká a pacient je frustrován. Spokojenost pacientů může do určité míry ovlivnit efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni, důvěřují lékařům i

sestrám a věří v jejich snahu a kompetenci. Tyto aspekty mohou pozitivně ovlivnit míru spolupráce pacienta při léčbě. Z těchto důvodů je dnes pacient žádán, aby ohodnotil kvalitu péče. Míra celkové spokojenosti i spokojenost v určitých oblastech péče jsou důležitými informacemi o kvalitě péče v daném zdravotnickém zařízení.

V dnešním ošetřovatelství je kvalita kontaktu a práce s pacientem součástí komplexní péče a míra jeho psychické a fyzické pohody je stejně důležitým kritériem celkové úrovně péče jako kvalita diagnosticko-terapeutické péče. Od začátku setkání sestry s pacientem začíná komunikace a začíná se vyvíjet jejich vztah. Nesetkáváme se s izolovanou nemocí, nacházíme však nemocného pacienta. Proto se s pacientem zabýváme jako celkem, porucha jedné části celku zákonitě vede k poruše jiné části. Holistický pohled na člověka nám ukazuje vzájemné interakce jednotlivých složek. Například, sociální prostředí působí na psychiku člověka, může být příčinou negativních emocí a dlouhodobá psychická zátěž může být faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění (29, 6, 25).

Pracovníci ošetřovatelského managementu se snaží stanovit kritéria, která jim pomohou objektivně hodnotit a kontrolovat kvalitu ošetřovatelské péče, případně porovnat různá pracoviště (9, 6, 21).

1.5.2 Indikátory kvality

Ve zdravotnictví je užívána celá řada nejrůznějších indikátorů, ať již generických, nebo vytvořených „na míru“. Tyto indikátory mohou být měřitelnými kritérii, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality se mohou vztahovat na strukturu, proces nebo výstup důležitého aspektu procesu nebo péče (8, 21, 29).

1.5.2.1 Vlastnosti indikátorů

Indikátory jsou smysluplné, pomáhají zvyšovat kvalitu. Indikátor je vždy kvantita, která nám říká o kvalitě, je to vždy číslo. Mohou to být výstražné

značky, které nás varují, že něco není v pořádku. Indikátory samozřejmě nejsou neomylné, mohou být zaměřené na pozitivní nebo negativní jevy. Mohou být zaměřeny na sestru, lékaře, klinickou událost, proces nebo systém. Výsledek indikátoru musí být dosazen do numerického kontextu, který umožní porovnat něco s něčím. Bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou, ne nástrojem rozvíjení kvality (8, 21, 29).

1.5.2.2 Druhy indikátorů

Indikátory vztahu/ poměru- poměrové indikátory- tyto indikátory jsou zakládány na sběru a agregaci dat o jevech, které se vyskytují opakovaně a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry (císařské řezy, rentgenové snímky, komplikace s portem, dekubity a tak dále). Aby se daly porovnat, musí obsahovat číselník a jmenovatel. Indikátor, který obsahuje pouze číselník, pro nás nemá velkou cenu, protože toto číslo nemůžeme porovnat s celkovým počtem a vyjádřit tak sledovaný jev procenty nebo grafem.

Příkladem poměrového indikátoru je třeba rehospitalizace pacientů/celkový počet propuštěných pacientů (29).

Strážní (sentinelové) indikátory kvality- vztahují se převážně na mimořádné události. Jsou typem indikátorů, které mají definovat ty jevy nebo fenomény, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Tyto jevy jsou kritické ojedinělé události a jsou vždy nežádoucí. Například to může být smrt pacienta během chirurgického zákroku, požár, soudní proces a jiné. Těchto indikátorů používáme většinou v managementu rizik. Při výběru strážních indikátorů využíváme jako zdroj knihu mimořádných událost, knihu stížností nebo použijeme brainstormingu ke zvolení nejčastějších nebo nejzávažnějších rizik, s nimiž se setkáváme na oddělení (8, 21, 29).

Indikátory se mohou týkat: **Struktury**- kvalifikace sester/ lékařů, počet zaměstnanců zdravotnického zařízení, technické vybavení, prostorové nároky na péči, protipožární vybavení. **Procesu**- měření jeho správnosti nebo efektivity, např. čekací doba na příjem, procento postižených nozokomiálními nákazami,

fyzický stav oddělení podle specifických kritérií, úroveň zdravotnické dokumentace- shoda/ neshoda se specifickými akreditačními standardy, úroveň ošetrovatelské péče. **Výstupů**-náklady na lůžko/den, počet stížností na kvalitu péče na 1000 lůžek, korektní určení hlavní diagnózy, počet readmitací se stejnou diagnózou na 1000 hospitalizací, mobilita po propuštění v porovnání s příjmem (10, 28).

1.5.2.3 Příklad generických indikátorů

Na ekonomickém oddělení bude indikátor náklady na lůžko/den. Chirurgické oddělení má jako indikátor například pooperační infekce jako % z celkového počtu operací. Na interním oddělení stanoví indikátory jako počet medikačních chyb, počet dekubitů, počet nespokojených pacientů, počet pádů (21, 29).

1.5.2.4 Používání indikátorů

Je třeba zamyslet se nad tím, zda nám vybraný indikátor opravdu o kvalitě něco podstatného říká a zda nám pomůže kvalitu péče a práce opravdu zlepšovat. Měli bychom indikátory kategorizovat do skupin. Je třeba stanovit limit a množství indikátorů kvality, s kterými budeme pracovat. Nutné je celý proces výběru indikátorů chápat (29,21).

1.5.2.5 Skupiny indikátorů

Indikátory rizik- musí být dokumentovány a vyhodnoceny co nejdříve (pacientova smrt, požár). **Klíčové indikátory**- vypovídají o práci oddělení (počet stížností, nemocnost zaměstnanců). Měli by být sledovány každý měsíc. **Popisné indikátory**- řadíme sem užitečné, ale ne tak důležité indikátory. **Nedůležitá data**- patří sem indikátory, které nabízejí informace, jež neříkají nic důležitého (29,28).

1.5.2.6 Výběr indikátorů

K výběru indikátorů můžeme používat následujících kritérií. **Důležitost**- data musí být pro oddělení důležitá. Musí se slučovat s praxí na oddělení. **Validita**- data musí měřit to, o čem mají vypovídat. **Senzitivita**- indikátor by měl být senzitivní na změny ve výkonu, ze kterého získává data. Změn, ke kterým dochází, musí být spojeny s kvalitou poskytované péče. **Profesionální respekt**- indikátor vytvořený oddělením může být nejcitlivější k práci oddělení, ale je důležité také využít indikátorů, které jsou nabídnuty profesionální organizací, nebo které jsou všeobecně užívány (29, 9).

Všichni poskytovatelé péče by rádi měli nějaký univerzální metr kvality, který by jim okamžitě nabídl skóre, které je smysluplné a platné. Škrlovi uvádí 10 generických/ globálních indikátorů kvality, s jejichž pomocí lze porovnat kvalitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, jsou to nozokomiální infekce, infekce operačních ran, mortalita hospitalizovaných pacientů, mortalita novorozenců, perioperativní mortalita, císařské řezy, neplánované znovupřijetí pacienta, neplánované přijetí pacienta po ambulantním chirurgickém zákroku, neplánovaný návrat na jednotku intenzivní péče, neplánovaný návrat na operační sál (29).

Indikátory kvality nabízejí efektivní monitorování výkonu. Jsou podkladem pro další šetření a zlepšování kvality. Indikátory kvality nám slouží k dlouhodobému sledování kvality poskytování ošetrovatelské péče, poslouží nám k porovnání zdravotníků, oddělení, nemocnic. Může sloužit k identifikaci odchylek. Dále je můžeme využít, jak již bylo zmíněno k porovnání se standardy a ke zjišťování jak dalece byl standard splněn.(29).

1.5.3 Standardy ošetrovatelské péče

Standardy ošetrovatelské péče vznikly v 70. letech minulého století v USA jako odezva zdravotníků na Chartu práv nemocných. Při tvorbě standardů vychází každý stát z vlastních podmínek, ale pro všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvím jsou společné všeobecné normy pro poskytování ošetrovatelské

péče. Jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací a transformovány do koncepcí rozvoje ošetrovatelství v jednotlivých zemích (29, 26, 27, 21).

Ošetrovatelským standardem se tedy rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality. Standard je takzvanou normou, podle které můžeme hodnotit, zda ošetrovatelská péče odpovídá požadované úrovni. Ošetrovatelské standardy jsou základním kamenem pro plánování, realizaci a prověřování kvality služeb. Mají klíčový význam pro zlepšování kvality péče, neboť vymezují minimální úroveň péče, která musí být poskytnuta (29, 26, 27, 21).

Ošetrovatelské standardy určují normu, pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Umožňují objektivní hodnocení poskytnuté péče. Poskytují pocit bezpečí nemocným, kterým zajišťují minimálně nejmenší standard kvalitní péče. Chrání sestry před neoprávněným postihem. Ošetrovatelské standardy vypracovává a upravuje tým pro kvalitu práce. Tým vede náměstek ošetrovatelské péče (29, 21).

1.5.3.1 Typy standardů

Strukturální standardy- stanovují personální, technické, hygienické a organizační prostředky umožňující dosahovat určitou předem stanovenou kvalitu. **Procesuální standardy**- týkají se specificky ošetrovatelských činností. Lze je rozdělit na standardy ošetrovatelských postupů při výkonech a na standardy ošetrovatelských činností v ošetrovatelském procesu. Tyto standardy zahrnují měřítko spokojenosti pacienta s poskytnutou péčí. Každý standard obsahuje kritéria, která je třeba splnit, aby bylo dosaženo cíle. **Standardy hodnocení výsledků**- týkají se celkového hodnocení kvality poskytované péče. Pro zjištění skutečné úrovně poskytované péče včetně spokojenosti nemocných lze užívat mnoha metodik, můžeme je obecně označit jako ošetrovatelský audit (21, 29, 11).

Centrální standardy vydává je Ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy. Centrální standardy jsou rámcové, např. Typy a kompetence zdravotních pracovníků, jejich vzdělání, pracovní náplně atd. Většinou nejsou označovány termínem standard, ale určují naprosto přesné směrnice pro výkon ošetrovatelské péče. Centrálním standardem je oficiální

koncepce ošetrovatelství, vyhlášky a směrnice Ministerstva zdravotnictví, hygienické předpisy, etický kodex (21, 29, 11).

Lokální standardy jsou většinou vytvořené a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, nebo na konkrétním pracovišti. Vycházejí z centrálních standardů. Všichni pracovníci na oddělení by s nimi měli být seznámeni a podpisem se zavázat k jejich dodržování. Do vytváření lokálních standardů by měli být co nejvíce zapojeny řadové sestry. Standardy tvořené nadřízenými a učitelkami ošetrovatelství, nemají takovou odezvu jako ty, na jejichž vytváření se podílejí samy sestry (21, 29, 11).

1.5.3.2 Závaznost ošetrovatelských standardů

O standardech v ošetrovatelství se v dnešní době velice diskutuje. Ošetrovatelské standardy v jednotlivých zemích zpracovávají instituce, jejichž autorita zajišťuje, že v praxi budou respektovány a dodržovány. Tyto instituce mají možnost udělovat sankce za nedodržování standardů (21, 29, 10).

Závaznost ošetrovatelských standardů může být daná zákonem- např. vzdělání sester. Podzákonnými normami, vyhláškami- např. hygienické standardy. Zdravotnickým zařízením- např. pravidla pro příjem pacientů do zdravotnického zařízení. Konkrétním pracovištěm- např. způsob ošetrování pacientů s daným onemocněním (21, 29, 10).

1.5.3.3 Proces tvorby standardů

Proces tvorby standardů v ošetrovatelské praxi musí probíhat postupně v těchto fázích, nejdříve probíhá identifikace klíčových oblastí- analýza problémů ve vybraných oblastech. Následuje tvorba standardu- zaměření, závažnost, cíl. Poté si stanovíme kritéria- struktura, proces, výsledek. Důležité je ověření standardu v praxi- monitorování a hodnocení standardu za určité období, diskuse o funkčnosti vytvořeného standardu, zjištění problémových oblastí a následné upravení standardu. Modifikace standardu v praxi- realizace korekcí. A jako

poslední a nejdůležitější je hodnocení upraveného standardu v praxi- opakovaná kontrola (6, 9, 16, 26).

Standard by měl obsahovat následující části, měl by mít zaměření- je to zpravidla vyjádřeno v názvu standardu. Je to oblast, které se daný standard týká. Musí mít míru závaznosti- komu je standard určen a pro koho je povinné dodržovat ho a řídit se jím. Každý standard musí mít **cíl**- požadovaná kvalita, cíl musí být jasný, reálný, srozumitelný a hlavně měřitelný. Dále vždy obsahuje kritéria- a ty se následně rozdělují na **kritéria strukturální**- stanovují přiměřené personální, technické, hygienické a organizační prostředky umožňující dosahovat danou kvalitu. Jsou spojena s ošetrovatelskou praxí a zahrnují organizaci ošetrovatelských služeb, příjem, výběr pracovníků, obsazení pracovišť, poskytnutí vybavení, všechny legislativní záležitosti. Nejčastěji určují nejnižší požadavky na úroveň poskytovaných služeb. **Kritéria procesuální**- určují způsob poskytování ošetrovatelské péče. Jde o komunikaci a aktivity mezi poskytovatelem a příjemcem ošetrovatelské péče. Tato kritéria tvoří nejpodrobnější část standardu. Vymezuje co je potřeba udělat, jaké činnosti má ošetrovatelský personál vykonat a v jakém pořadí, aby byl splněn cíl. **Kritéria výsledku**- hodnotí jestli byly uspokojeny potřeby pacienta, jaká byla pacientova reakce na sesterské intervence, jak je sám pacient a pacientova rodina spokojena s ošetrovatelskou péčí. Kritéria mohou být formulována tak, že mohou sloužit jako kritéria hodnotící. Ty jsou pak ale opatřeny škálovací stupnicí nebo záznamem ano-ne. Dále standard obsahuje hodnocení- měření dosažené kvality. Pokud k hodnocení dosažené kvality mohou sloužit kritéria jeho zajištění, lze je při hodnocení změnit v otázku. A velmi důležitou součástí standardů je kontrola- určení kdo je oprávněn provádět kontrolu, jak často, případně sankce při nedodržení standardu (6, 9, 16, 26).

1.5.4 Audity

Při formulaci standardu je základ určit způsob jeho hodnocení. Hodnocení neboli audit se zaměřuje převážně na objektivně měřitelné stránky kvality

ošetřovatelské péče. Nejnáročnější je objektivně hodnotit subjektivní hlediska jako je třeba spokojenost pacientů. U hodnocení kvality ošetřovatelské péče nelze všechny aspekty matematicky vyjádřit (14, 15, 19, 26, 27).

Kvalita ošetřovatelské péče se dá hodnotit ze dvou hledisek, jako ošetřovatelský audit, který hodnotí plnění jednotlivých standardů. Nejdůležitějším ukazatelem kvality jsou dosažené cíle a výsledky. Neoddělitelnou součástí standardu je ošetřovatelský audit. Ten obsahuje metodu sledování a kontrolní kritéria. V průběhu auditu se výsledky hodnotí a zapisují. Zapisují se do sloupců pomocí ano ne. Standard se považuje za splněný když všechny odpovědi na kladné otázky je ano. A z druhého hlediska jako ošetřovatelský audit, který hodnotí celkovou kvalitu ošetřovatelské péče (16, 15, 21, 28, 29).

1.5.4.1 Metody ošetřovatelského auditu

Pozorujeme sestry při práci. Kontrolujeme ošetřovatelskou dokumentaci. Sbíráme statické údaje. Dotazujeme se pacientů, kteří využívají ošetřovatelských služeb. Zjistíme, jak je péče hodnocena spolupracovníky. Zjistíme, jak sestra hodnotí vlastní práci. Sledujeme, jak si sestry předávají nemocné a služby. Měříme účinnost péče třeba podle délky jeho trvání nebo podle frekvence kontaktů mezi pacientem a sestrou. Zjistíme, jak hodnotí ošetřovatelskou péči rodina klienta. Provádíme inspekční kontroly.

Cílem auditu je zlepšování poskytované ošetřovatelské péče. U kvality služeb je nutné mít systém řízení a monitorování kvality poskytované ošetřovatelské péče. Základem kvalitní ošetřovatelské péče je audit, má rozpracované kroky, které zaručují kvalitu ošetřovatelských služeb a rozvoje ošetřovatelství jako vědního oboru (6, 16, 15, 21, 28, 29).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na gastroenterologickém oddělení.

2.2 Hypotézy práce

- 1) Pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí na gastroenterologickém oddělení.
- 2) Pacienti na gastroenterologickém oddělení jsou spokojeni s přístupem ošetrovatelského personálu.
- 3) Pacienti na gastroenterologickém oddělení jsou spokojeni s dostupností ošetrovatelské péče.

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky

Práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Dotazníkem byli osloveni pacienti. Dotazníky byly anonymní a byly sestaveny z otázek uzavřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí.

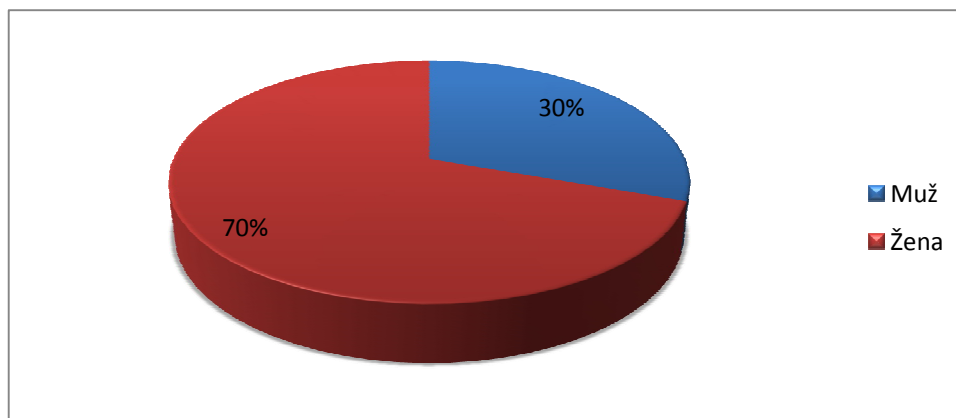
Dotazník obsahoval celkem 28 otázek. U většiny otázek byla použita Likertova pětistupňová škála Ano, Spíše ano, Nevím, Spíše ne, Ne. U zbylých otázek byla použita pětistupňová číselná škála 1- výborně, 2- chvalitebně, 3-dobře, 4-dostatečně, 5-nedostatečně. První a druhá otázka byly identifikační. Otázky 3–19 byly zaměřeny na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Na dostupnost ošetrovatelské péče byly zaměřeny otázky 20-23. Na přístup ošetrovatelského personálu se zaměřují otázky 24-27 a otázka 28 byla zaměřena na celkovou spokojenost s prací lékařů, sester a ošetrovatelek na tomto oddělení.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výzkumný soubor tvořili hospitalizovaní pacienti gastroenterologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. se souhlasem managementu nemocnice. V březnu 2011 bylo rozdáno 100 dotazníků, z toho 16 dotazníků nevyplněno. Návratnost z celkového počtu byla 84%. Dále byly vyřazeny 2 dotazníky pro neúplné vyplnění. Celkem bylo ke zpracování údajů zařazeno 82 dotazníků. Výzkumný soubor tvořil 82 pacientů. Výběr respondentů byl náhodný, vyplnění dotazníků bylo dobrovolné.

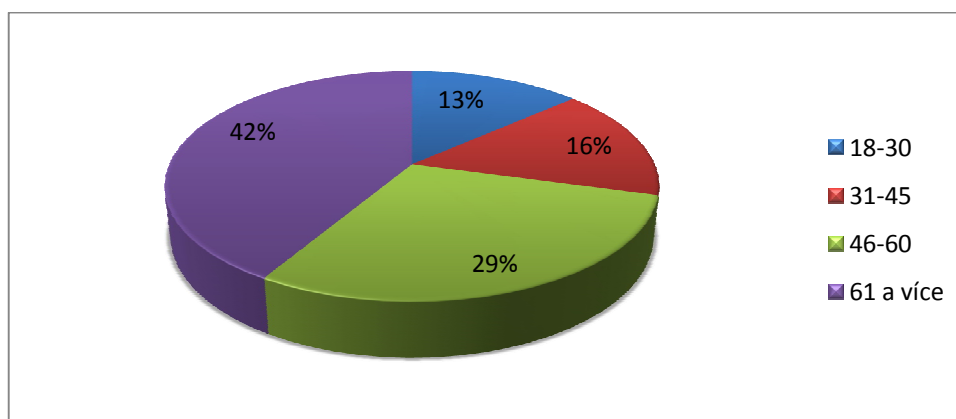
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Pohlaví pacientů



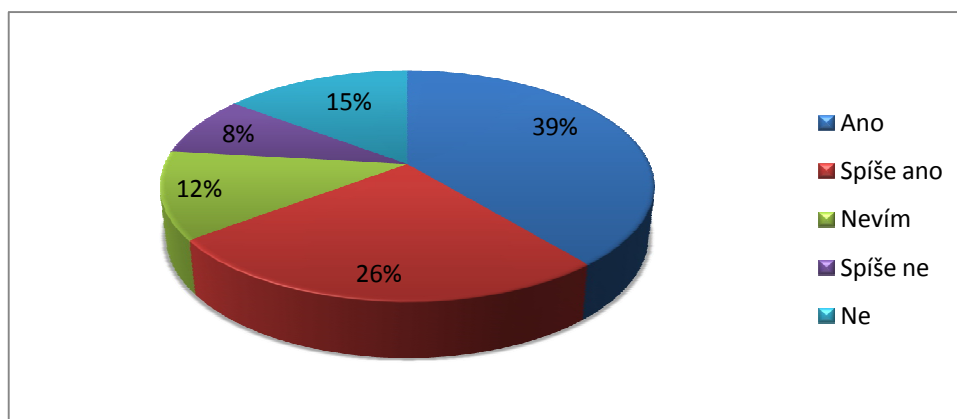
Graf ukazuje, že z celkového počtu pacientů 82 (100%), bylo 25 mužů (30%) a 57 žen (70%).

Graf 2 Věk pacientů



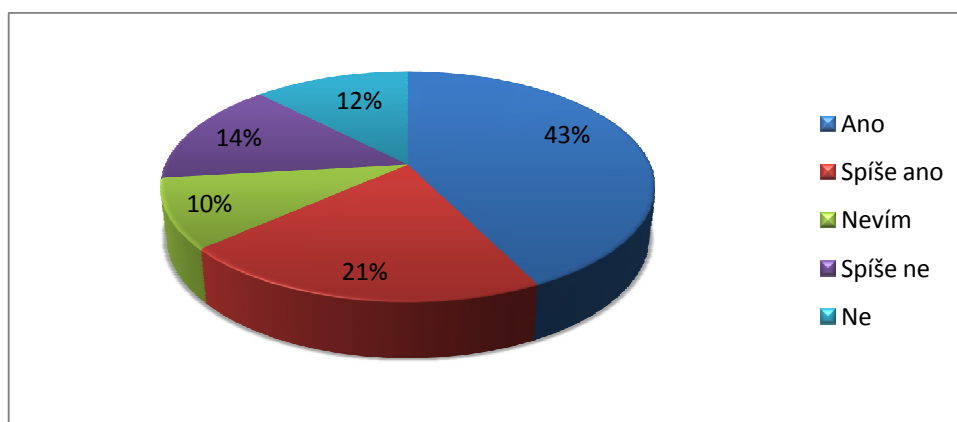
Graf ukazuje, že z celkového počtu pacientů bylo 34 pacientů (42%) ve věku 61 a více let, ve věku 46-60 bylo 24 pacientů (29%), 13 pacientů (16%) se pohybovalo ve věku mezi 31-45 let a mezi věkovou kategorií 18-30 se pohybovalo 11 pacientů (13%)

Graf 3 Práva pacientů



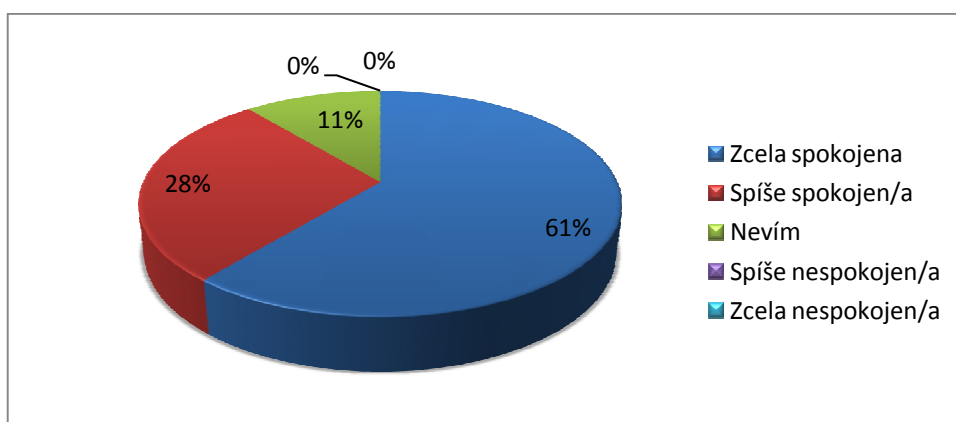
Graf znázorňuje, že z celkového počtu pacientů udává 32 pacientů (39%) že s právy pacientů seznámeni byli, spíše ano odpovědělo 21 pacientů (26%), 10 pacientů (12%) nevědělo, 7 pacientů (8%) odpovědělo spíše ne, a 12 pacientů (15%) uvedlo, že nebylo s právy pacientů seznámeno.

Graf 4 Denní režim



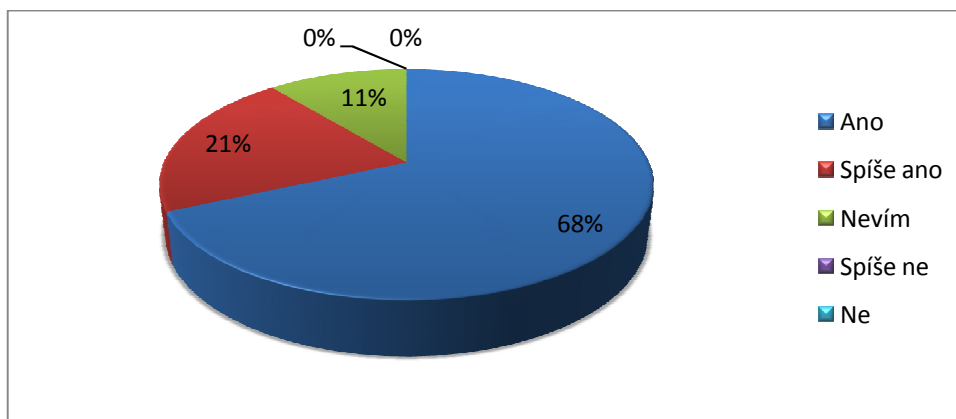
Graf znázorňuje že z celkového počtu pacientů 82 (100%), 35 pacientů (43%) uvedlo, že s denním režimem na oddělení bylo seznámeno, spíše ano odpovědělo 17 pacientů (21%), 8 pacientů (10%) nevědělo, 12 pacientů (14%) odpovědělo spíše ne, a 10 pacientů (12%) uvádí, že nebyli seznámeni s denním režimem na oddělení.

Graf 5 Fyziologické potřeby



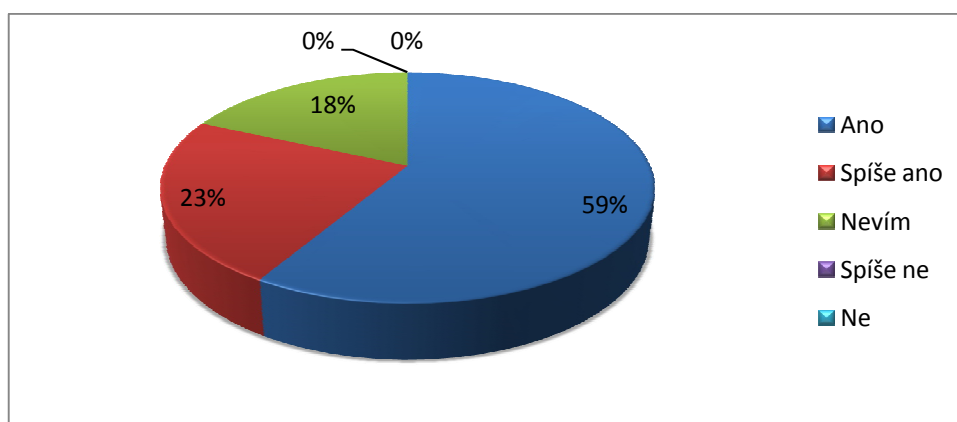
Graf ukazuje, že z celkového počtu pacientů 82 (100%), uvádí 50 pacientů (61%) že bylo zcela spokojeno se zajištěním fyziologických potřeb, spíše spokojeno udává 23 pacientů (28%), 9 pacientů (11%) nevědělo a spíše nespokojen/a a zcela nespokojen/a neodpověděl nikdo.

Graf 6 Pocit jistoty a bezpečí



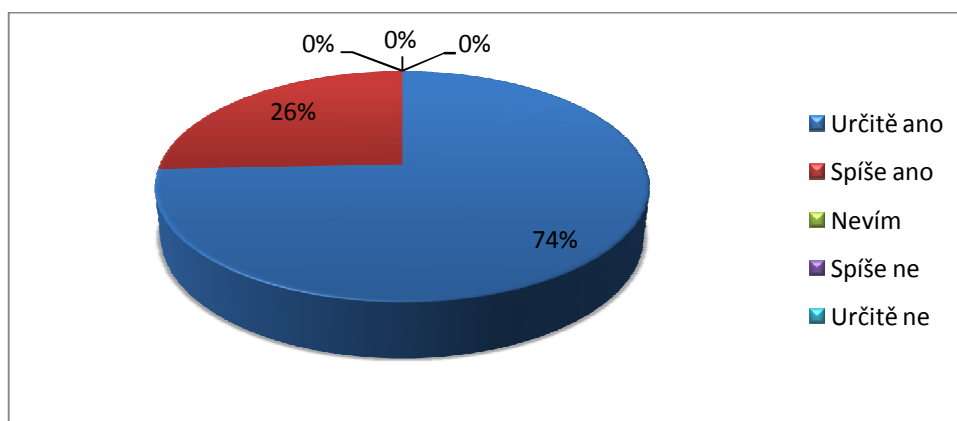
Graf znázorňuje, že z celkového počtu pacientů uvedlo 56 pacientů (68%) že na tomto oddělení pocit jistoty a bezpečí mělo, 17 pacientů (21%) odpovědělo spíše ano, 9 pacientů (11%) nevědělo, jestli měli na tomto oddělení pocit jistoty a bezpečí, spíše ne a ne neodpověděl ani jeden pacient.

Graf 7 Citové a duchovní potřeby



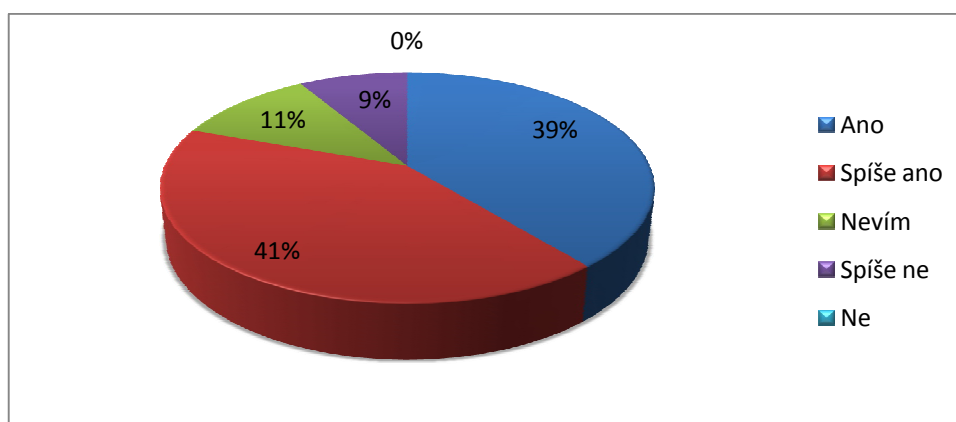
Graf ukazuje spokojenost pacientů se zajištěním citových a duchovních potřeb. Z celkového počtu pacientů udává 48 pacientů (59%) že spokojeno bylo, spíše ano odpovědělo 19 pacientů (23%), 15 pacientů (18%) nevědělo a spíše ne a ne nezaškrtil nikdo z pacientů.

Graf 8 Úcta a respekt



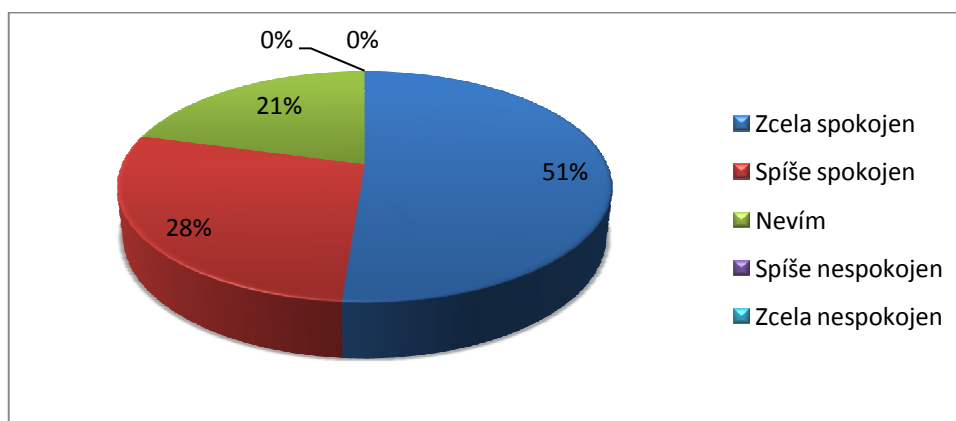
Graf hodnotí vnímání pacientů, jestli s nimi ošetřovatelský personál jednal s úctou a respektem. Z celkového počtu pacientů 82 (100%), udává 61 pacientů (74%) že určitě ano, spíše ano odpovědělo 21 pacientů (26%), neví, spíše ne a ne neodpověděl nikdo.

Graf 9 Edukace



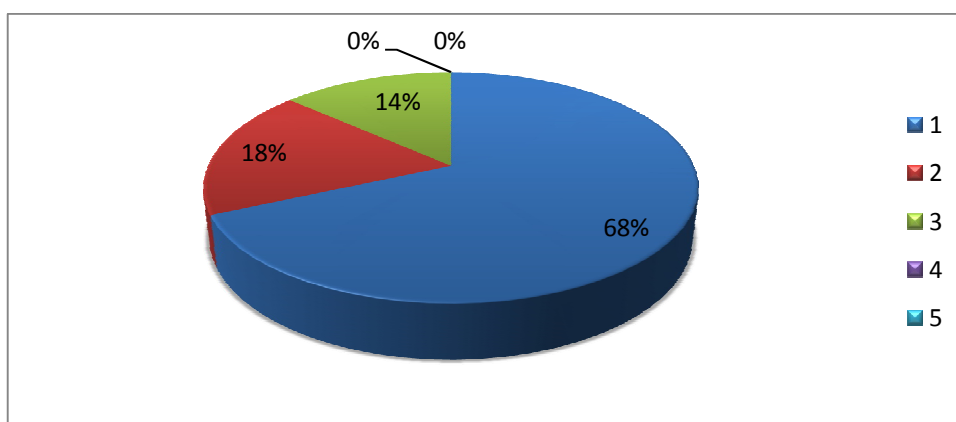
Graf ukazuje že z celkového počtu pacientů 82 (100%), uvedlo 32 pacientů (39%) že bylo od sestry edukováno o jejich ošetrovatelské péči, spíše ano odpovědělo 34 pacientů (41%), nevím odpovědělo 9 pacientů (11%) a odpověď spíše ne udává 7 pacientů (9%), ne neodpověděl ani jeden dotazovaný pacient.

Graf 10 Zapojení do ošetrovatelské péče



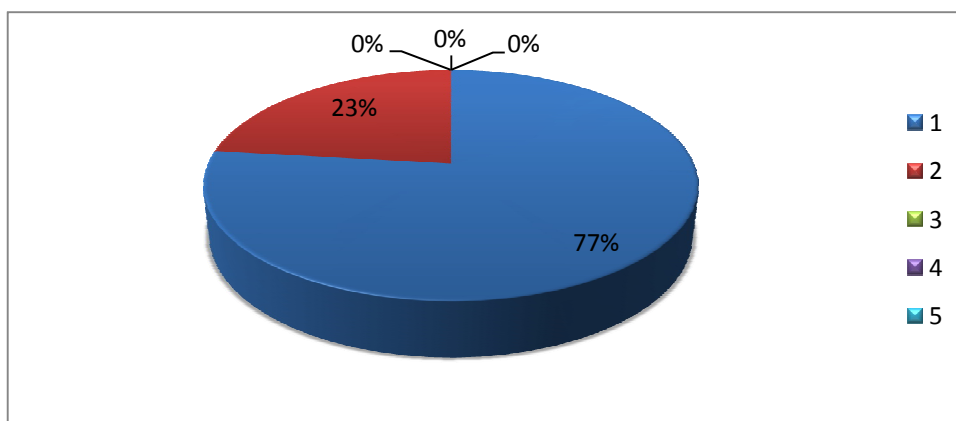
Graf hodnotí spokojenost pacientů se zapojením do ošetrovatelské péče. Z celkového počtu pacientů udává 42 pacientů (51%) že bylo zcela spokojeno, spíše spokojeno udává 23 pacientů (28%), 17 pacientů (21%) nevědělo jestli bylo spokojeno se zapojením do ošetrovatelské péče, spíše nespokojen/a a zcela nespokojen/a neodpověděl nikdo.

Graf 11 Podávání léků



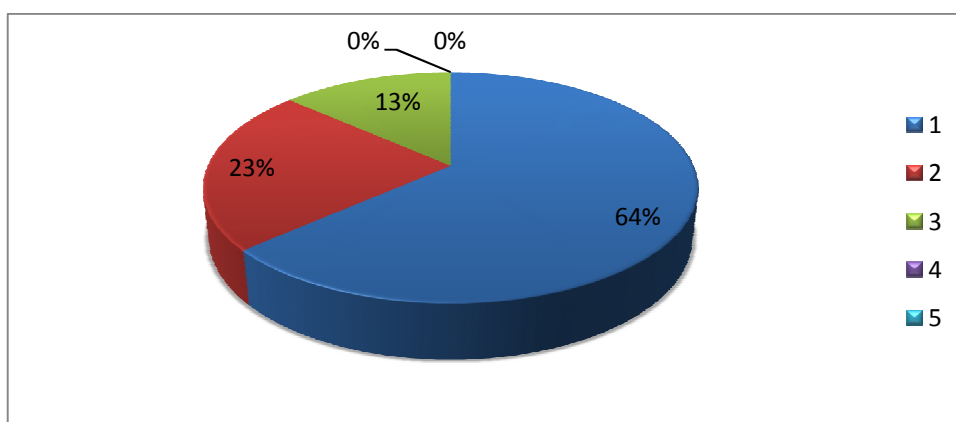
Graf ukazuje spokojenost pacientů s podáním léků od sestry. Z celkového počtu pacientů, hodnotilo 56 pacientů (68%) spokojenost s podáním léků známkou 1- výborná, 2- chvalitebně by výkon označilo 15 pacientů (18%), a 11 pacientů (14%) by výkon ohodnotilo známkou 3 dobrý, 4- dostatečně a 5- nedostatečně nevybral nikdo z pacientů.

Graf 12 Aplikace injekčních a infuzních přípravků



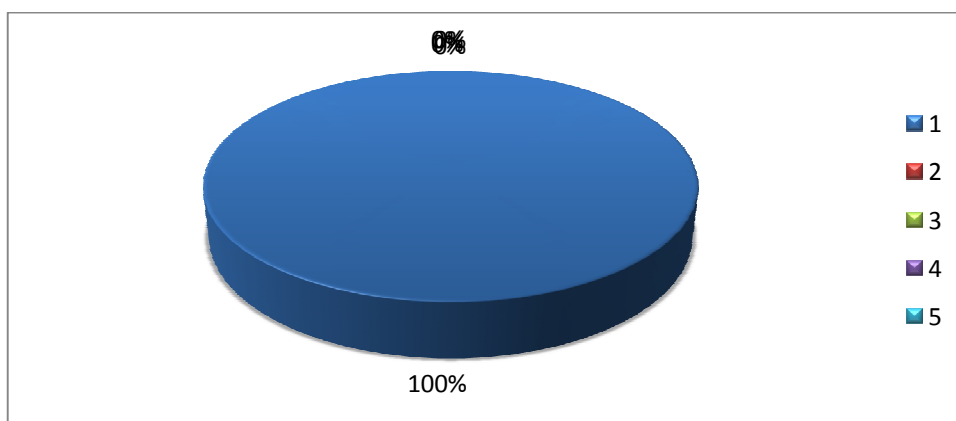
Graf hodnotí spokojenost pacientů s aplikací injekčních a infuzních přípravků od sestry. Z celkového počtu pacientů, 63 pacientů (77%) hodnotí známkou 1- výborně, 2- chvalitebně hodnotilo 19 pacientů (23%), známky 3- dobrý, 4- dostatečný a 5- nedostatečný si nevybral nikdo.

Graf 13 Hygienická péče



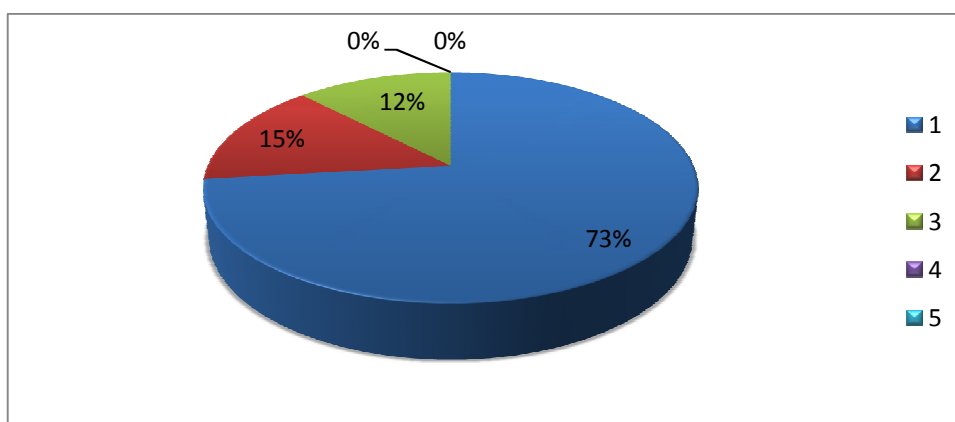
Graf znázorňuje spokojenost pacientů s poskytnutím hygienické péče od sestry. Z celkového počtu 82 pacientů (100%), označilo 52 pacientů (64%) 1-výborně, 19 pacientů (23%) označilo tento výkon 2-chvalitebně, 3-dobře označilo 11 lidí (13%), 4- dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo z pacientů.

Graf 14 Měření fyziologických funkcí



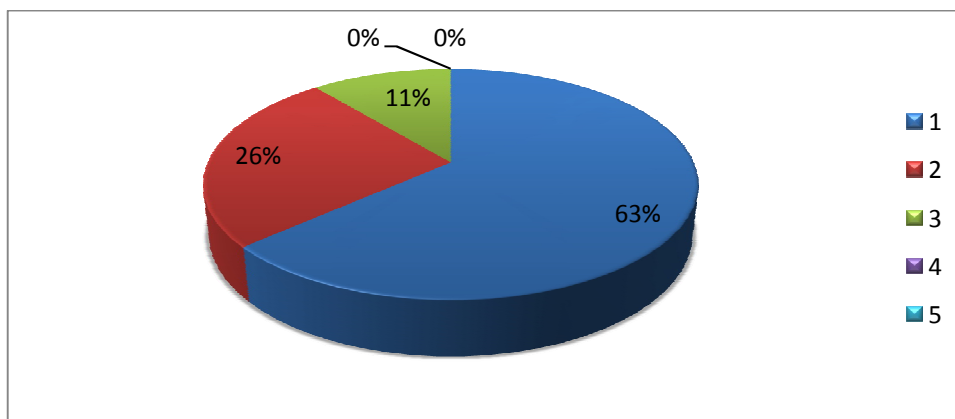
Graf hodnotí spokojenost pacientů s měřením fyziologických funkcí sestrou. Z celkového počtu pacientů 82 (100%) hodnotí všech 82 pacientů (100%) známkou 1-výborně, zbylé možnosti 2-chvalitebně, 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně si nevybral ani jeden pacient.

Graf 15 Odběr krve



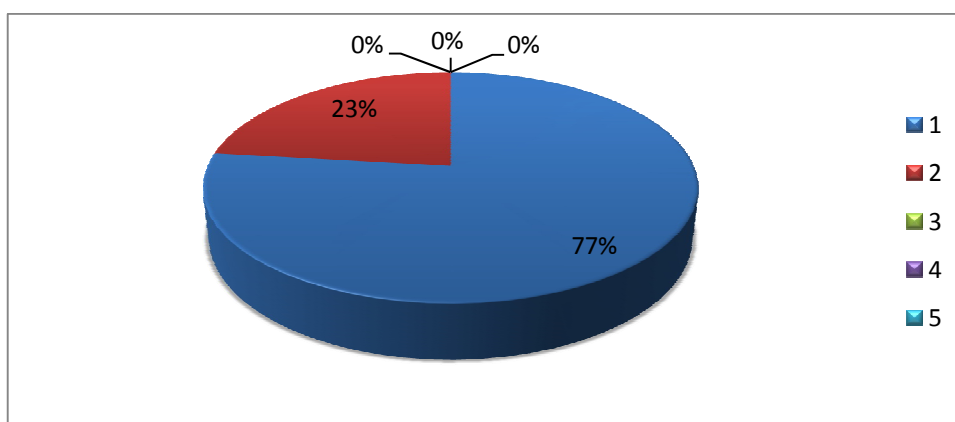
Graf znázorňuje spokojenost pacientů s provedením odběru krve sestrou. Tento výkon ohodnotilo známkou 1-výborně 60 pacientů (73%), možnost 2-chvalitebně označilo 12 pacientů (15%) a 10 pacientů (12%) uvádí známku 3-dobře, možnosti 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo.

Graf 16 Poskytnuté informace



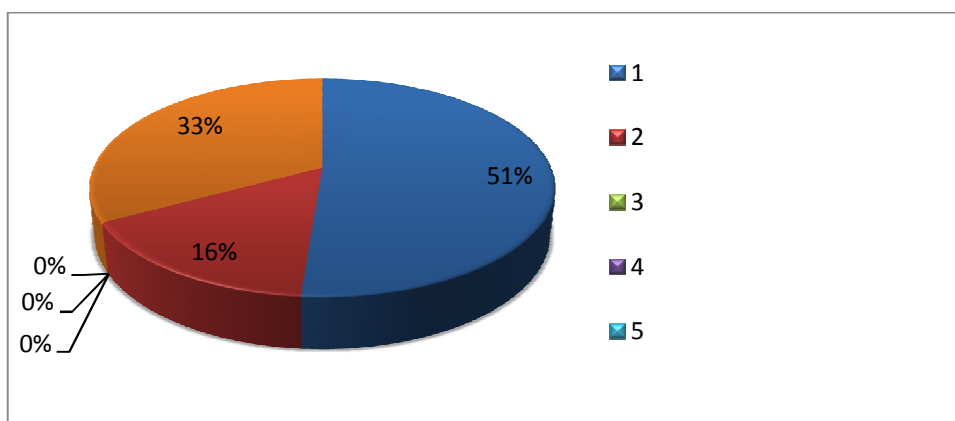
Graf zhodnotil spokojenost pacientů s poskytnutými informacemi od sestry. Z celkového počtu 82 pacientů (100%), označilo 1-výborně 52 pacientů (63%), 21 pacientů (26%) označilo známku 2-chvalitebně a známku 3-dobře označilo 9 pacientů (11%), možnosti 4-dostatečně a 5-nedostatečně si nevybral žádný z pacientů.

Graf 17 Příprava na vyšetření



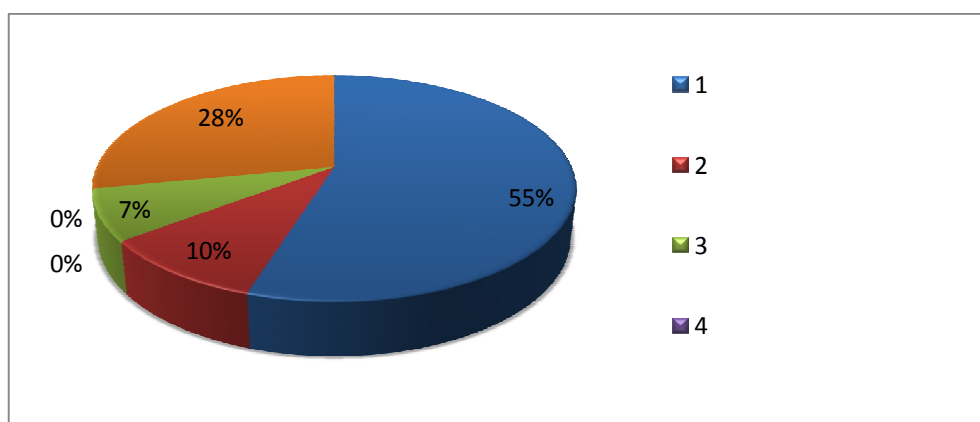
Graf ukazuje spokojenost pacientů s přípravou na vyšetření od sestry, z celkového počtu 82 pacientů (100%), udává 63 pacientů (77%) známku 1-výborně, možnost 2-chvalitebně označilo 19 pacientů (23%), zbylé možnosti 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo.

Graf 18 Tlumení bolesti



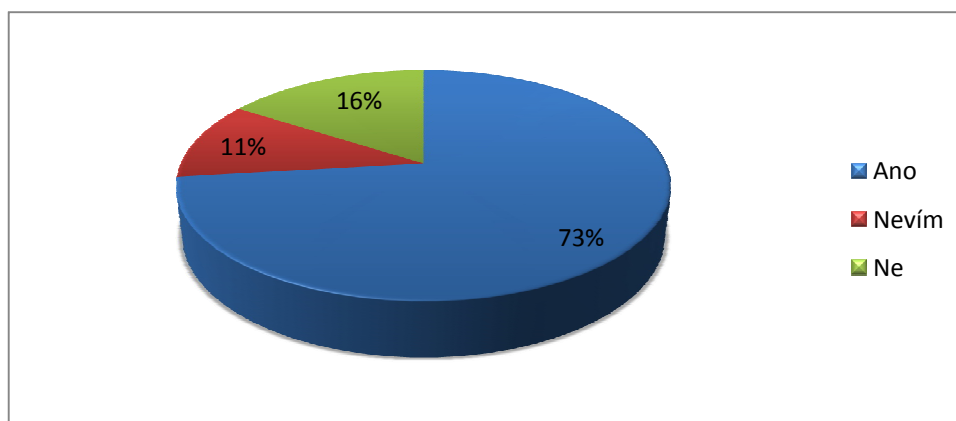
Graf ukazuje spokojenost pacientů s tlumením bolesti sestrou. Z celkového počtu pacientů uvádí 42 pacientů (51%) známku 1-výborně, 13 pacientů (16%) zaškrtnulo možnost 2- chvalitebně, a zbylých 27 pacientů (33%) uvádí že se s tímto výkonem nesetkali, nikdo z pacientů si nevybral možnosti 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně.

Graf 19 Podávání antibiotik



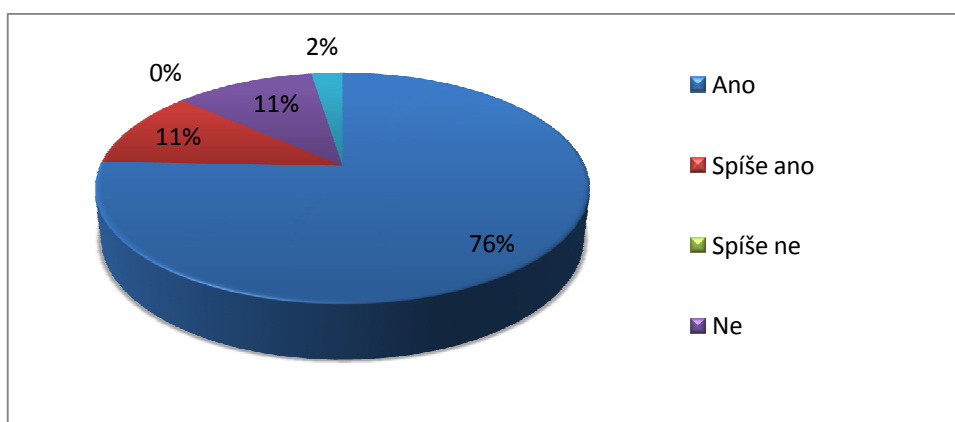
Graf znázorňuje spokojenost pacientů s podáváním antibiotik sestrou, známku 1- výborně označilo 45 pacientů (55%), známku 2-chvalitebně označilo 8 pacientů (10%), za 3-dobře označilo 6 pacientů (7%), možnosti 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo a 23 pacientů (28%) udává že se s tímto výkonem nesetkalo.

Graf 20 Signalizační zařízení



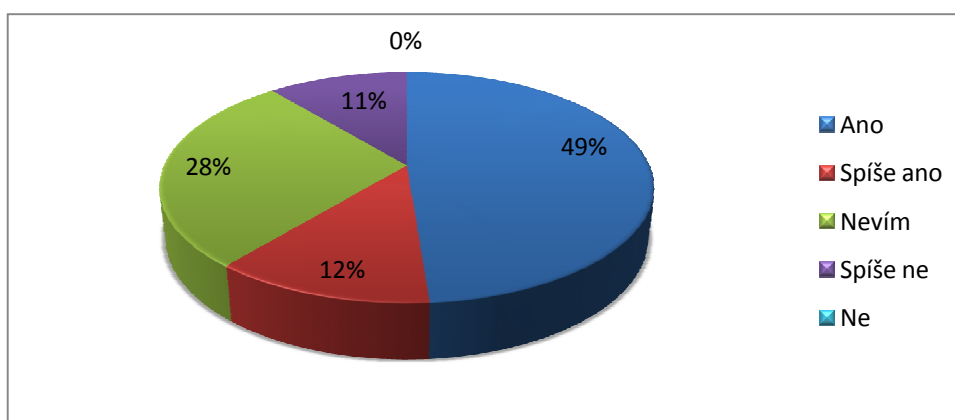
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 82 pacientů (100%), uvádí 60 pacientů (73%) že při uložení na lůžko bylo od sestry informováno kde je umístěno signalizační zařízení, 9 pacientů (11%) neví a 13 pacientů (16%) uvádí že nebylo sestrou seznámeno o umístění signalizačního zařízení.

Graf 21 Pomoc sestry



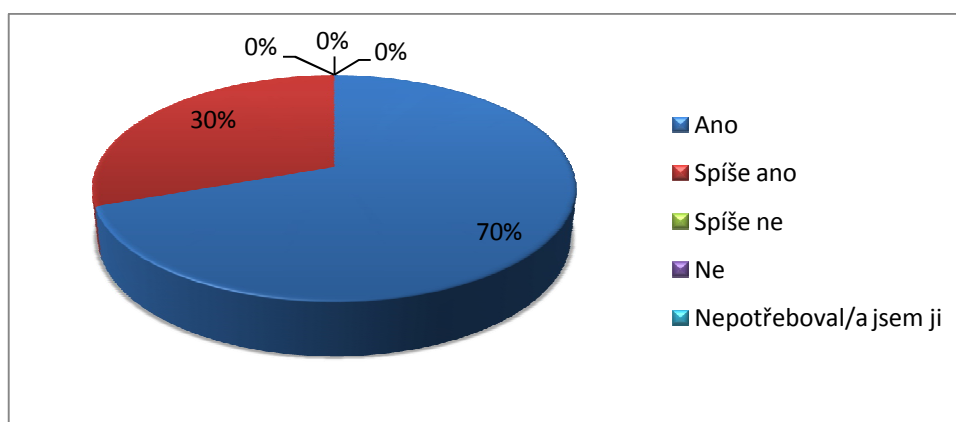
Graf nám ukazuje že z celkového počtu 82 pacientů (100%) uvádí 62 pacientů (76%) že jim sestra pomohla když to potřebovali, spíše ano odpovědělo 9 pacientů (11%), spíše ne si nevybral žádný z pacientů, dle názoru 9 pacientů (11%) jim sestra nepomohla když to potřebovali a 2 pacienti (2%) uvádí že nepotřebovali pomoci.

Graf 22 Dostatek sester na oddělení



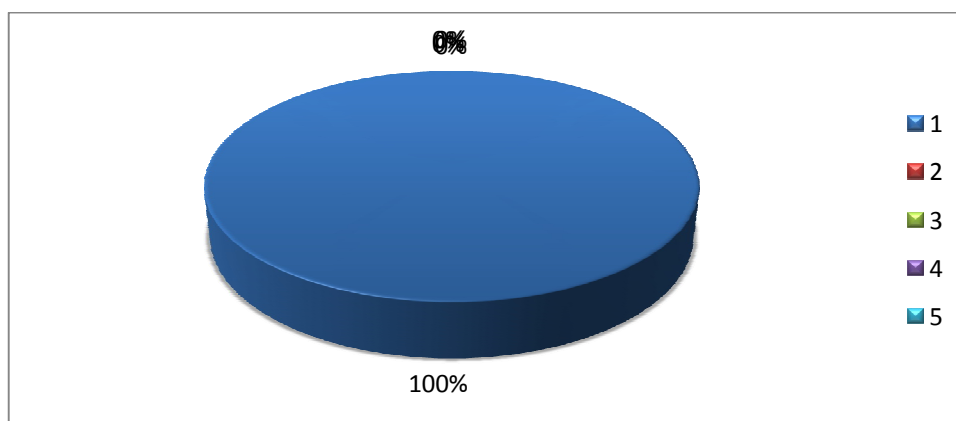
Graf ukazuje že z celkového počtu 82 pacientů (100%), 40 pacientů (49%) uvádí, že dle jejich názoru bylo na oddělení dostatek sester, 10 pacientů (12%) označilo spíše ano, 23 pacientů (28%) neví a 9 pacientů (11%) označilo spíše ne, možnost ne si nevybral nikdo z pacientů.

Graf 23 Dostatek času



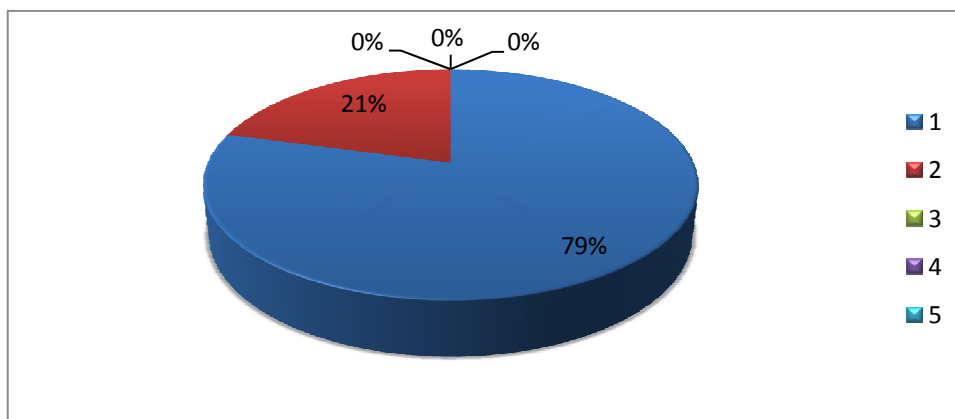
Graf znázorňuje že z celkového počtu 82 pacientů (100%) uvedlo 57 pacientů (70%) že podle jejich názoru na ně měla sestra dostatek času, vždy když to potřebovali, 25 pacientů (30%) označilo odpověď spíše ano, odpovědi spíše ne, ne a nepotřeboval/a jsem ji neoznačil ani jeden pacient.

Graf 24 Postoj sester



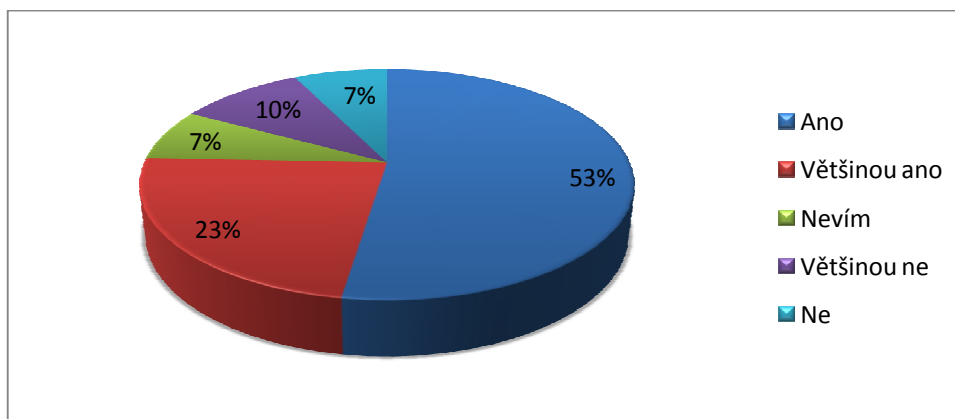
Graf nám ukazuje, že z celkového počtu 82 pacientů (100%) označilo postoj sester vůči pacientům známkou 1-výborně všech 82 pacientů (100%), známky 2-chvalitebně, 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo z dotazovaných pacientů.

Graf 25 Úprava sester



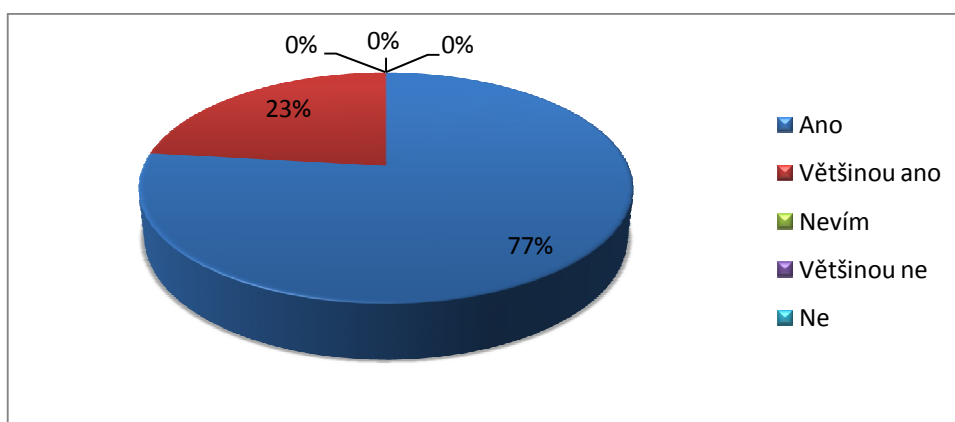
Graf nám ukazuje názor pacientů na úpravu sester na tomto oddělení. Z celkového počtu 82 pacientů (100%), hodnotilo 65 pacientů (79%) úpravu sester známkou 1-výborně, známkou 2-chvalitebně označilo 17 pacientů (21%) a známky 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo z pacientů.

Graf 26 dostatek soukromí



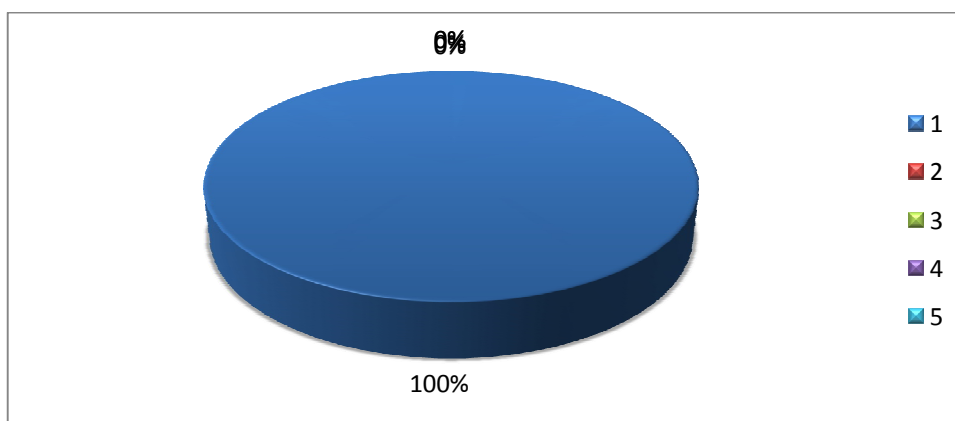
Graf znázorňuje že z celkového počtu pacientů, dostatek soukromí během vyšetření a léčby pocítovalo 43 pacientů (53%), odpověď většinou ano označilo 19 pacientů (23%), 6 pacientů (7%) nevědělo, 8 pacientů (10%) označilo odpověď většinou ne a 6 pacientů (7%) označilo odpověď ne.

Graf 27 pacient jako rovnocenný partner



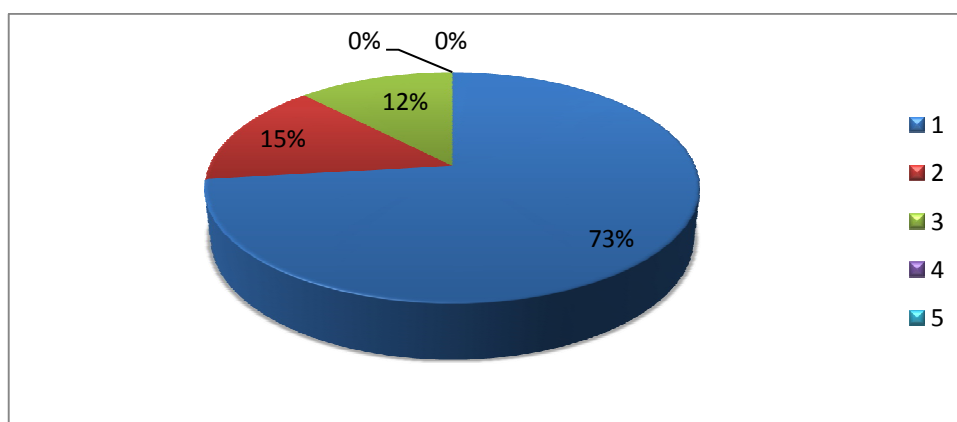
Graf znázorňuje, že z celkového počtu 82 pacientů (100%), uvedlo 63 pacientů (77%) že s nimi sestra jednala jako s rovnocenným partnerem, odpověď spíše ano vybralo 19 pacientů (23%), nikdo z pacientů neoznačil možnosti nevím, většinou ne a ne.

Graf 28 Práce sester



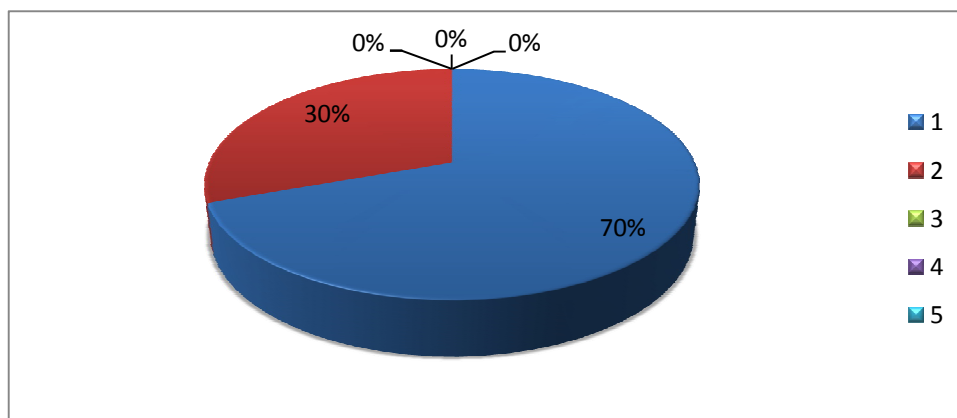
Graf nám ukazuje celkovou spokojenost s prací sester kde všech 82 pacientů (100%) označilo známku 1-výborně, zbylé možnosti 2-chvalitebně, 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil ani jeden pacient.

Graf 29 Práce lékařů



Graf ukazuje celkovou spokojenost pacientů s prací lékařů na tomto oddělení, z celkového počtu 82 pacientů (100%), byla spokojenost s prací lékařů od 60 pacientů (73%) hodnocena známkou 1-výborně, známkou 2-chvalitebně označilo 12 pacientů (15%) a známkou 3-dobře označilo spokojenost s prací lékařů 10 pacientů (12%), odpověď 4-dostatečně a 5-nedostatečně nevyužil ani jeden dotazovaný pacientů.

Graf 30 Práce ošetřovatelek



Graf ukazuje celkovou spokojenost pacientů z hlediska práce ošetřovatelek, z celkového počtu 82 pacientů (100%) označilo známkou 1-výborně 57 pacientů (70%), 25 pacientů (30%) označilo známkou číslo 2-chvalitebně, známkou číslo 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně si nevybral nikdo z dotazovaných pacientů.

5. DISKUZE

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování spokojenosti pacientů na gastroenterologickém oddělení. Našeho šetření se zúčastnilo 82 pacientů hospitalizovaných na gastroenterologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s.

Z uvedených výsledků empirické části vyplývá, že z celkového počtu 82 pacientů (100%), bylo 25 mužů (30%) a 57 žen (70%). Z hlediska věku pacientů se ukazuje, že nejvíce zastoupeni byli pacienti ve věku 61 a více let. Tato skupina byla nejpočetnější, jelikož obsahovala 34 pacientů (42%). Podle mého názoru, podepřené literaturou to může být tím, že s přibývajícím věkem narůstá počet chorob, kdy jedna choroba podmiňuje vznik jiné. Ve věku 18-30 bylo pouze 11 pacientů (13%), ve věku 31-45 bylo 13 pacientů (16%) a ve věku 46-60 bylo 24 pacientů (29%).

Jestli byli hospitalizovaní seznámeni s právy pacientů, nám zhodnotil graf číslo 3. Výsledky byly překvapivé protože 12 pacientů (15%) nám udává, že ne, dalších 7 pacientů (8%) vybralo odpověď spíše ne, 32 pacientů (39%) udává že s právy seznámeni byli, spíše ano odpovědělo 21 pacientů (26%), 10 pacientů (12%) nevědělo. Kutnohorská uvádí, že sestra informuje klienta o jeho právech, její úkol je ujistit se že těmto právům rozumí, informuje pacienta o porušení práv a snaží se jejich porušování předcházet. Práva pacientů znamenají respektování práv jednotlivce na svobodné rozhodování o své osobě (19). Podle mého názoru je velice důležité aby byli hospitalizovaní s právy pacientů seznámeni, je to pro ně odrazový můstek aby věděli, na co mají nárok a mohli se jimi hájit. Jak dále uvádí Kutnohorská, pacienti jsou za své zdraví odpovědni hlavně sami sobě a to vlastním přístupem ke svému zdraví (19). Jedno z práv pacientů je, že pacient má povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (takzvaný nemocniční řád, domácí řád). Jestli s ním byli pacienti seznámeni nám zhodnotil graf číslo 4. 35 pacientů (43%) udává že seznámeno bylo, spíše ano odpovědělo 17 pacientů (21%), 8 pacientů (10%) nevědělo, spíše ne odpovědělo 12 pacientů (14%) a 10 pacientů (12%) uvedlo, že seznámeno s denním režimem

na oddělení nebylo. Podle mého názoru seznámení s denním režimem je pro pacienta důležité pro jeho adaptaci a orientaci na oddělení.

Farkašová uvádí, že cílem činnosti sestry je pomoci pacientovi adaptovat se na změnu prostředí a na samostatnost v uspokojování potřeb (6). Na grafu číslo 5 můžeme zjistit, že 50 pacientů (61%) uvádí, že bylo zcela spokojeno se zajišťováním fyziologických potřeb, spíše spokojeno odpovědělo 23 pacientů (28%) a 9 pacientů (11%) nevědělo. Trachtová uvádí rozdělení potřeb podle A. H. Maslowa, který do fyziologických potřeb zařazuje potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku atd. Objevují se při porušení homeostázy, slouží k přežití organismu. Teprve jsou-li uspokojeny fyziologické potřeby, mohou se uspokojovat potřeby další (31). Archalousová uvádí, že sestra se v ošetrovatelství stále více stává samostatným odborníkem, specialistou na uspokojování potřeb nemocného (1).

U grafu číslo 6 jsme zjistili, že 56 pacientů (68%) uvedlo, že mělo na tomto oddělení pocit jistoty a bezpečí, 17 pacientů (21%) odpovědělo spíše ano, 9 pacientů (11%) nevědělo a nikdo neodpověděl spíše ne a ne. Jak uvádí Trachtová míra jistoty a pocitu bezpečí ovlivňuje fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu, podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů. Nejistota působí u člověka jako stresor. Pokud není potřeba jistoty a bezpečí uspokojena, nemocný psychicky a fyzicky strádá, neuspokojení potřeb pociťuje jako ohrožení své existence. Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb zakotveny i v Listině základních práv a svobod (31). Se zajištěním citových a duchovních potřeb bylo spokojeno 48 pacientů (59%), spíše ano uvedlo 19 pacientů (23%) a 15 pacientů (18%) nevědělo, další dvě odpovědi nevybral nikdo. Jak uvádí Trachtová tak tyto potřeby se objevují v situacích osamocení a opuštění. Proto by měla být sestra empatická a pacientovi potřeby správně rozpoznat a pomoci mu je splnit. Jak dále uvádí Trachtová, člověk touží po respektu druhých (31). Proto jsme se zaměřili na otázku, jestli s klientem ošetrovatelský personál jednal s úctou a respektem. Výsledky byly vyhodnoceny na grafu číslo 8 kde 61 pacientů (74%) odpovědělo určitě ano, spíše ano

odpovědělo 21 pacientů (26%), další odpovědi nevím, spíše ne a určitě ne si nevybral nikdo. Farkašová uvádí, že od začátku setkání sestry s pacientem začíná komunikace a začíná se vyvíjet jejich vztah. Nesetkáváme se s izolovanou nemocí, nacházíme však nemocného pacienta. Proto se s pacientem zabýváme jako celkem (6). Dále jsme se ptali na otázku, jestli byli pacienti od sestry edukováni o své ošetrovatelské péči 32 pacientů (39%) uvádí, že ano, spíše ano odpovědělo 34 pacientů (41%), nevědělo 9 pacientů (11%) a spíše ne odpovědělo 7 pacientů (9%), odpověď ne nezaškrtl nikdo. Kutnohorská uvádí, že sestra profesionálka má mnoho rolí, jedna ze základních je sestra edukátorka. Sestra by měla edukovat ve smyslu zdravotně výchovného působení (19).

Za důležitou otázku považujeme, spokojenost se zapojením do ošetrovatelské péče. Zcela spokojeno bylo 42 pacientů (51%), spíše spokojeno odpovědělo 23 pacientů (28%), 17 pacientů (21%) nevědělo, spíše nespokojen a zcela nespokojen neodpověděl nikdo. V publikaci České ošetrovatelství 2 je uvedeno, že aktivní zapojení klienta do ošetrovatelské péče je jedním ze znaků kvalitní ošetrovatelské péče (4).

Farkašová uvádí, že sestra je povinna realizovat nejvyšší úroveň zdravotní a ošetrovatelské péče, která je možná. Je-li sestra pověřena nějakým úkolem, bere na sebe zodpovědnost za jeho provedení (6). Ptali jsme se na spokojenost klientů s různými ošetrovatelskými výkony, se kterými se na gastroenterologickém oddělení pacienti nejvíce setkávají. (Seznam byl vypracován na základě studia odborné literatury.) Graf číslo 12 nám ukazuje spokojenost s aplikací injekčních a infuzních přípravků. Pacienti hodnotili na číselné škále 1-5, známkovali jako ve škole, 1=výborně a 5=nedostatečně. Znamku číslo 1-výborně dalo 63 pacientů (77%) ostatních 19 pacientů (23%) dali známku 2-chvalitebně. Znamky 3-dobře, 4-dostatečně a 5-nedostatečně nezaškrtl ani jeden z pacientů. Dalším častým výkonem je odběr krve, jak s ním pacienti byli spokojeni se ukázalo na grafu číslo 15, známkou 1-výborně hodnotilo 60 pacientů (73%), 2-chvalitebně hodnotilo 12 pacientů (15%) a 10 pacientů (12%) se rozhodlo dát známku 3-dobře, možnosti 4-dostatečně a 5-nedostatečně neoznačil nikdo.

Zajištění dostatečné hygieny je pro pacienta velice důležité, zvláště pak když si tuto potřebu nemůže uspokojit sám a je závislý na svém okolí. Z grafu 13 víme, že 52 pacientů (64%) ohodnotili spokojenost s hygienickou péčí známkou 1-výborně, 19 pacientů (23%) označili známkou číslo 2-chvalitebně a zbylých 11 pacientů (13%) dali známkou 3-dobře. Znamky 4-dostatečně a 5-nedostatečně nebyly označeny nikým. Trachtová uvádí, že pro většinu lidí je čistota základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Uspokojení potřeby hygieny navozuje spokojenost, příjemnou náladu, člověk prožívá slast, rozkoš. Čistotu každý vnímáme individuálně, u potřeby hygieny je velice důležitý věk. Starší lidé nemají takové nároky na hygienu, ztrácí motivaci, zapomínají. Vlivem zhoršené funkce smyslových orgánů nevidí ušpinění, necítí zápach (31).

Trachtová uvádí, že nedostatek informací je stav, při kterém člověk prokazuje neinformovanost, neznalost nebo neporozumění danému problému. Chybění specifických informací, které pacientovi nebo jeho rodině ztěžuje adekvátní rozhodování nebo může vést k nedodržování léčebného režimu. (31). Proto je velice důležité informace pacientovi vždy poskytnout a ujistit se že jim rozumí. S poskytnutými informacemi jak uvádíme v grafu číslo 16 je spokojeno, na 1-výborně 52 pacientů (63%), 2-chvalitebně označilo 21 pacientů (26%) a 9 pacientů (11%) označilo známkou za 3-dobře. Možnosti 4-dostatečně a 5-nedostatečně si nevybral žádný z pacientů. V současné době používají sestry nepřehledné množství různých hodnotících a měřících technik bolesti, aby pacientovu subjektivní bolest alespoň částečně objektivizovali. Pozitivně se ukázal graf číslo 18, kde byla hodnocena spokojenost s tlumením bolesti sestrou, známkou 1-výborně ohodnotilo spokojenost 42 pacientů (51%), možnost 2-chvalitebně zaškrtnulo 13 pacientů (16%), 27 pacientů (33%) nám udává že se s tlumením bolesti sestrou nesešlo.. Jak uvádí Trachtová, bolest je subjektivní zážitek a existuje vždy když nemocný říká že ji má. Bolest je u každého z nás prožívána individuálně (31). Jak dodává publikace České ošetrovatelství 2, tlumení bolesti patří mezi etická pravidla zdravotní sestry (4). V poslední otázce, na grafu číslo 28 jsme zhodnotili celkovou spokojenost s prací sester, kde nám vyšlo, že 82

pacientů (100%) bylo spokojeno na 1-výbornou, ptali jsme se i na spokojenost s prací lékařů, tam 60 pacientů (73%) vybralo odpověď 1-výborně, 12 pacientů (15%) vybralo odpověď 2-chvalitebně a 10 pacientů (12%) hodnotilo spokojenost s prací lékařů známkou 3-dobře. Naposled jsme se zeptali na spokojenost s prací ošetřovatelek kde 57 pacientů (70%) ohodnotilo známkou 1-výborně a 25 pacientů (30%) vybralo 2-chvalitebně. Po zhodnocení všech grafů, které se týkali spokojenosti pacientů s ošetřovatelskou péčí se nám potvrdila hypotéza „*Pacienti jsou spokojeni s ošetřovatelskou péčí na gastroenterologickém oddělení*“.

Hanzlíková uvádí, že postoj sester vůči pacientům by měl být vždy profesionální, sestra by se o pacienty měla zajímat a mít pochopení pro jejich problémy a snažit se je řešit. Sestra by měla pacienta brát vždy jako sobě rovného jako partnera ne jako podřízeného (12). Toto ostatně potvrzuje i Kutnohorská, která uvádí, že sestra musí při ošetřovatelské péči respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Musí poskytovat zdravotní péči všem stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení (19). Na výbornou vyšel graf 24, kde pacienti hodnotili postoj sester vůči nim a všech 82 pacientů (100%) ohodnotilo známkou 1-výborně. Zbylé možnosti si nevybral ani jeden z pacientů. Na grafu číslo 27 vidíme výsledky, jestli sestra jednala s pacientem jako s rovnocenným partnerem, kdy 63 pacientů (77%) odpovědělo ano a 19 pacientů (23%) odpovědělo spíše ano, zbylé odpovědi neví, spíše ne a ne si nevybral nikdo. Podle Farkašové, vliv na celkové hodnocení pacienta má i úprava sester (6). Tu jsme hodnotili na grafu číslo 25 kde 65 pacientů (79%) hodnotilo známkou 1-výborně a zbylých 17 pacientů (21%) vybralo známkou 2-chvalitebně. Farkašová uvádí, že v nemocnicích většinou není pacientům zajištěno dostatečné soukromí během hospitalizace při vyšetřeních a ošetřeních (6). Podle našeho výzkumu otázka soukromí během vyšetření nebo léčby dopadla kladně. 43 pacientů (53%) uvádí, že jim zdravotnický personál zajistil dostatek soukromí, většinou ano odpovědělo 19 pacientů (23%), 6 pacientů (7%) nevědělo, 8 pacientů (10%) zaškrtnulo spíše ne a možnost ne si vybralo 6 pacientů (7%). Soukromí je pro každého z nás velmi významné proto bychom se

měli snažit ho poskytovat i hospitalizovaným pacientům. Na pokojích tento problém mohou vyřešit plenty dle potřeby mezi jednotlivými pacienty. Po zhodnocení všech grafů které se týkali spokojenosti pacientů s přístupem ošetřovatelského personálu se nám potvrdila hypotéza „*Pacienti na gastroenterologickém oddělení jsou spokojeni s přístupem ošetřovatelského personálu*“.

Dále nás zajímala oblast dostupnosti ošetřovatelské péče. Jak uvádí Škrlovi, dostupnost je možnost pacienta získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem. Dostupnost je jedna ze základních dimenzí kvality (29). Graf číslo 20 nám ukazuje jestli byli pacienti informováni kde je umístěno signalizační zařízení. Je vidět že převaha pacientů informována byla, 60 pacientů (73%) nám udává odpověď ano, 9 pacientů (11%) nevědělo a ostatních 13 pacientů (16%) odpovědělo ne, což považujeme za překvapivé. Na dalším grafu jsme zhodnotili subjektivní názor pacientů, jestli jim sestra pomohla, když to potřebovali. Výsledek grafu číslo 21 je že 62 pacientů (76%) udává že ano, 9 pacientů (11%) odpovědělo spíše ano, spíše ne si nevybral žádný z dotazovaných, odpověď ne uvedlo 9 pacientů (11%) a 2 pacienti (2%) označili odpověď nepotřeboval/a jsem pomoci. Graf číslo 22 nám hodnotí, jestli podle pacientů bylo na oddělení dostatek sester. 40 pacientů (49%) uvedlo že ano, 10 pacientů (12%) uvedlo spíše ano, nevědělo 23 pacientů (28%) a 9 pacientů (11%) označilo spíše ne, možnost ne si nevybral nikdo. Poslední otázka o dostupnosti je zobrazena na grafu 23, na kterém pacienti hodnotí, jestli na ně měla sestra dostatek času, vždy když ji potřebovali. 57 pacientů (70%) uvádí, že podle jejich názoru ano a ostatních 25 pacientů (30%) odpovídá spíše ano, další odpovědi jako spíše ne, ne a nepotřeboval/a jsem ji, nezaškrtl nikdo z pacientů. Čas je nepřítel nás všech, ale pacient má právo na ošetřovatelskou péči a sestra by si měla zorganizovat svou práci tak aby se mohla věnovat každému pacientovi. Po zhodnocení všech grafů týkajících se spokojenosti pacientů s dostupností ošetřovatelské péče se nám potvrdila hypotéza „*Pacienti na gastroenterologickém oddělení jsou spokojeni s dostupností ošetřovatelské péče*“.

6. ZÁVĚR

Ošetrovatelství je jednou z nejčastějších činností v lidské společnosti, je to integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka. Ošetrovatelství má ale také velkou morálně-etickou hodnotu pro člověka jako individuum a to především pro jeho spokojenost, aby mohl žít bez obav o sebe. Spokojenost pacienta je subjektivní, souvisí s uspokojením či neuspokojením pacientových potřeb. Spokojenost je skutečnost oproti očekávání klienta. Pokud je skutečnost lepší než to co pacient očekával spokojenost bývá vysoká, je-li tomu naopak spokojenost je nízká a pacient je frustrován. Spokojenost pacientů může do určité míry ovlivnit efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni důvěřují lékařům i sestřám a věří v jejich snahu a kompetenci. Tyto aspekty mohou pozitivně ovlivnit míru spolupráce pacienta při léčbě. Z těchto důvodů je dnes pacient žádán, aby ohodnotil kvalitu péče. V naší bakalářské práci jsme si dali za cíl zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na gastroenterologické oddělení. Cíl práce byl splněn. Výsledky spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí jsou velmi dobrou zpětnou vazbou pro ošetrovatelský personál. Zjišťování spokojenosti pacientů je v současné době velmi aktuální téma.

Na počátku výzkumu jsme si stanovili tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Pacienti jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí na gastroenterologickém oddělení.

Hypotéza č. 2: Pacienti na gastroenterologickém oddělení jsou spokojeni s přístupem ošetrovatelského personálu.

Hypotéza č. 3: Pacienti na gastroenterologickém oddělení jsou spokojeni s dostupností ošetrovatelské péče. Tyto hypotézy byly potvrzeny.

Výzkumný materiál bychom chtěli publikovat v odborném časopise. Výsledky práce budou poskytnuty managementu gastroenterologického oddělení, staniční sestře a sestřám gastroenterologického oddělení, mohou sloužit

k zamyšlení nad poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Tato práce může posloužit odborné ošetrovatelské veřejnosti k utvoření náhledu o daném tématu.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Zdraví

Ošetřovatelství

Sestra

Kvalita

Hodnocení kvality

Spokojenost pacientů

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, et al. *Ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 295 s. ISBN 80-246-1113-9.
2. BĚLOHLÁVEK, F. *Management*. 1. vydání Brno: Computer Press, 2006. 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
3. BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. Distanční text pro magisterskou formu studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, 2006. 106 s.
4. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
5. DONELLY, J. H. et. al. *Management*. Přel. V. Dolanský, J. Koubek. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 824 s. ISBN 80-7169-422-3.
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
7. GLADKIJ I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání. Olomouc: Polygrafické středisko VUP, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.
8. GLADKIJ, I. et al. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování* 1. vydání Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
9. GLADKIJ, I. et al. *Managament ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Vydavatelství a nakladatelství Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
10. GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika zdraví zdravotnictví*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
11. GROHAR-MURRAY, M., E., DICROCE, H., R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
12. HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vydání. Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

13. HOLČÍK, J., KAŇKOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-1013-417-8.
14. IVANOVÁ, K. et al. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
15. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
16. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
17. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
18. KŘEMENOVÁ, E. *Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení*. Sestra. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
19. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2
20. LEDNICKÝ, V. *Základy managementu*. 3. vydání. Ostrava: OU FZS, 2002. 70 s. ISBN 80-7048-017-3.
21. MADAR, J. et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
22. MAREČKOVÁ J. et al. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. 1. vydání. Velká Bystřice: Galén, 2000. 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
23. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství – II. díl: Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
24. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. 1. vydání. Praha: MZ ČR, 2003. 124 s. ISBN 0-85047-99-3.
25. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I: Koncepce ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
26. Spojená akreditační komise. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 1. vydání. Praha: Tigis, 2009. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.

27. STAŇKOVÁ, M. et al. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II.* 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-300-0.
28. ŠKRLA, P., ŠKRLOV8, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
29. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management.* 1. vydání. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
30. ŠPATENKOVÁ N. *Problematika zdraví a nemoci.* 1. vydání. Olomouc:Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 121 s. ISBN 80-244-0648-9.
31. TRACHTOVÁ E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
32. VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.* 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.

9. PŘÍLOHY

9.1 Dotazník pro pacienty

Vážený kliente, chtěla bych Vás poprosit o laskavé vyplnění tohoto dotazníku. Pomůžete nám tím zjistit spokojenost pacientů na tomto oddělení, které mi slouží pro výzkumu mé bakalářské práce. Vybrané odpovědi zaškrtněte křížkem. U číselné škály 1-5 hodnotěte jako kdyby jste dávali známky ve škole. 1=výborně, 2=chvalitebně, 3=dobře, 4=dostatečně, 5=nedostatečně

Prosím nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné hospitalizace na gastroenterologickém oddělení.

Děkuji za Váš čas, studentka ZSF JU
Eva Sedláčková

Vaše pohlaví:

- Muž
- Žena

Věk:

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 – 60
- 61 a více

Byl/a jste na oddělení sestrou seznámen/a s právy pacientů?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Byl/a jste od sestry informován/a o denním režimu na oddělení?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Byl/a jste spokojen/a s tím jak Vám personál oddělení zajistil Vaše fyziologické potřeby (jídlo, pití, čistota, spánek, vyměšování)?

- Zcela spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Nevím
- Spíše nespokojen/a
- Zcela nespokojen/a

Měl/a jste na tomto oddělení pocit jistoty a bezpečí?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Byl/a jste spokojen/a jak personál oddělení zajistil vaše citové a duchovní potřeby?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Cítíte, že ošetřovatelský personál s Vámi jednal s úctou a respektem?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Určitě ne

Edukovala Vás sestra o Vaší ošetřovatelské péči?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Jak jste byl/a spokojen/a s tím jak Vás sestra zapojila do ošetrovatelské péče?

- Zcela spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Nevím
- Spíše nespokojen/a
- Zcela nespokojen/a

Jak jste byl/a spokojen/a s podáním léků od sestry?

1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jak jste byl/a spokojen/a s aplikací injekčních a infuzních přípravků od sestry?

1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jak jste byl/a spokojen/a s poskytnutím hygienické péče od sestry?

1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jak jste byl/a spokojen/a s tím jak Vám sestra měří fyziologické funkce? (např. tlak, puls, teplota)

1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jak jste byl/a spokojen/a s provedením odběru krve sestrou?

1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jak jste byl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi od sestry?

1 – 2 – 3 – 4 - 5

Jak jste byl/a spokojen/a s přípravou na vyšetření od sestry?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Jak jste byl/a spokojen/a s tlumením bolesti sestrou?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

- S tímto výkonem jsem se nesetkal/a

Jak jste byl/a spokojen/a s podáváním antibiotik od sestry? (dodržování časového intervalu)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

- S tímto výkonem jsem se nesetkal/a

Byl/a jste při uložení na lůžko od sestry informován/a kde je umístěno signalizační zařízení?

- Ano
- Nevím
- Ne

Pomohla Vám sestra, když jste to potřeboval/a?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nepotřeboval/a jsem pomoci

Bylo podle Vašeho názoru na oddělení dostatek sester?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Měla na Vás sestra dostatek času, vždy když jste ji potřeboval/a?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nepotřeboval/a jsem ji

Jak hodnotíte na tomto oddělení postoj sester vůči Vám?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Jak hodnotíte podle Vašeho názoru úpravu sester na tomto oddělení?

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Zajistil Vám zdravotnický personál tohoto oddělení dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Jednala s Vámi sestra jako s rovnocenným partnerem?

- Ano
- Většinou ano
- Nevím
- Většinou ne
- Ne

Jak hodnotíte celkovou spokojenost na tomto oddělení, z hlediska práce sester, lékařů, ošetřovatelek?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 (práce sester)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 (práce lékařů)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 (práce ošetřovatelek)