



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Bakalářská práce

Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetřovatelskou péčí

Vypracovala: Adéla Morongová

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Současný stav: Spokojenost pacientů představuje důležitý faktor v kvalitě ošetrovatelské péče. Měla by být zaměřena hlavně na uspokojování potřeb pacientů, což ovlivňuje např.: chování zdravotnického personálu, jeho zevnějšek, vstřícnost, laskavý přístup apod. Pacient je aktivním účastníkem ošetrovatelské léčby, ne pasivním příjemcem. Měření spokojenosti pacientů je mimo jiné jedním z požadavků na akreditaci nemocnic.

Cíl výzkumu: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Dalším cílem bylo statisticky prokázat významnou souvislost mezi spokojeností s ošetrovatelskou péčí a faktory, které ji ovlivňují: pohlaví, věk, vzdělání, prostředí a režim na standardním oddělení, komunikace sestry s pacienty a postoj sester k pacientům.

Metodika: Výzkumná část byla realizována pomocí kvantitativní metody. Pro výzkumné šetření byl použit standardizovaný dotazník Kvalita Očima Pacientů – hodnocení lůžkové péče, který obsahoval 34 otázek. Dotazník pro hodnocení spokojenosti pacientů byl sestaven do několika oblastí: spokojenost pacientů s pobytem v nemocnici, s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, s propuštěním z nemocnice, s obecným hodnocením poskytovatele zdravotní péče. Výzkumné šetření probíhalo v období leden až březen 2015 na standardním chirurgickém a interním oddělení v Nemocnici České Budějovice a v Nemocnici Český Krumlov. Pro dotazníkové šetření byli vybráni pacienti, kteří byli na těchto odděleních hospitalizováni alespoň 3 dny. Získaná data kvantitativního výzkumu byla testována v programu SPSS. Pro statistické testování byl zvolen chí-kvadrát a znaménkové schéma. Hladina významnosti byla stanovena na hodnotě 5 %.

Výzkumný soubor: V rámci výzkumného šetření bylo celkem osloveno 200 pacientů. Z toho 100 pacientů bylo osloveno v Nemocnici České Budějovice na chirurgickém a interním oddělení. Zbýlých 100 dotazníků bylo rozdáno pacientům v Nemocnici Český Krumlov opět na interním a chirurgickém oddělení. Celková návratnost dotazníků byla 100% (200).

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že na spokojenost pacientů působí řada faktorů. Kromě toho bylo zjištěno, že muži jsou méně spokojeni poskytnutou péčí než ženy. Jako důležitý faktor ve spokojenosti pacientů se ukázalo vzdělání respondentů. Vysokoškolsky vzdělaní pacienti byli statisticky výrazně méně spokojeni s ošetrovatelskou péčí než respondenti se středoškolským a základním vzděláním.

Dalším zkoumaným faktorem byl spánkový režim. Přibližně pětina oslovených pacientů (22 %) uvedla, že je rušil hluk ostatních pacientů, a v důsledku toho hůře hodnotili spokojenost s ošetrovatelskou péčí. Naopak pacienti vyjadřovali spokojenost s dobou ranního buzení. Prostředí, ve kterém jsou pacienti hospitalizováni, velmi ovlivňuje jejich spokojenost s ošetrovatelskou péčí. Dalším důležitým faktorem pro spokojenost pacientů je také komunikace a postoj sester k nim. Je-li postoj sester soucitný, uklidňující, pokud dokážou podat pacientům informace pro ně srozumitelným způsobem, pak i pacienti k nim mají větší důvěru a jsou spokojenější. Toto tvrzení platí, i pokud jsou naplněny jejich potřeby a cítí, že jsou léčeni s úctou a respektem.

Závěr: Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny uvedené faktory ovlivňují spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí a v kontextu těchto výsledků nabývá na významu vysoce individualizovaná péče. Sestry se významnou měrou musejí podílet na zlepšování spokojenosti pacientů, a to tím, že k nim změní svůj postoj, ujistí se, že pacienti rozuměli předávaným informacím zcela chápou jejich význam. Výsledky studie budou poskytnuty jako doporučení ke zlepšení poskytnuté ošetrovatelské péče managementu obou zainteresovaných nemocnic.

Klíčová slova: spokojenost pacientů, faktory ji ovlivňující, zdravotnický personál, sestra, pacient.

Abstract

Current state: The satisfaction of patients is an important factor for the quality of nursing care. Nursing care should be mainly focused on meeting the needs of patients and many other factors, e.g. behaviour of the medical staff, their appearance, etc. This greatly affects the patient's subjective feeling of satisfaction or dissatisfaction with either the proper nursing care, or other factors. The patient is an active participant in the treatment, not a passive recipient of nursing care. Measuring the satisfaction of patients is one of the requirements for the accreditation of hospitals.

Research objective: The aim of the research was to determine the satisfaction of patients with the provided nursing care. Another objective was to demonstrate a statistically significant relationship between the satisfaction with nursing care and the impact factors: sex, age, education, environment and the routine on a standard ward, communication with patients and nurses attitude of nurses to patients.

Methodology: The research was realized using quantitative methods. For my research I used a standardized questionnaire called Quality seen by patients - evaluation of inpatient care, which included 34 questions. The questionnaire for the assessment of patient satisfaction was compiled into several areas: satisfaction of patients with the hospital stay, with the nursing care provided, with leaving the hospital, with the general assessment of the health care provider. The survey covered the period from January to March 2015 at the standard surgery and internal medicine department in the hospitals of České Budějovice and Český Krumlov. For the survey I selected the patients who were hospitalized in these departments for at least 3 days. The data obtained by a quantitative research were later tested by SPSS software. For statistical testing we selected the chi-square and the tick chart. The significance level was set at 5%.

Participants: As part of the survey, a total of 200 patients were approached. 100 patients were interviewed in the hospital of České Budějovice in surgery and internal medicine departments. The remaining 100 questionnaires were distributed to patients in the hospital of Český Krumlov, again on the internal and surgical wards. The total return of the questionnaires was 100% (200).

Results: The research suggests that the satisfaction of patients is influenced by a number of factors. The research shows that men are less satisfied with the received care than women. An important factor in patient satisfaction showed to be the education of the respondents. University-educated patients were significantly less satisfied with nursing care than respondents with secondary and primary education. Another examined factor was the sleep schedule. Approximately one fifth of the surveyed patients (22%) stated that noise caused by other patients was disturbing. The respondents who indicated that were disturbed by the noise in the department, rated the satisfaction with nursing care significantly worse. Conversely, the patients expressed satisfaction with the wake-up time. In the area of the patient satisfaction with the cleanliness of the rooms and toilets, the research survey showed that satisfaction decreases significantly if the patients are not satisfied with the cleanliness of the toilets and rooms. The environment, in which the patients are hospitalized, greatly influences their satisfaction with nursing care. Another important factor for the patient satisfaction is also the communication and the attitude of the nurses to them. If the attitude of the nurses is compassionate, soothing and they pass information to the patients in an understandable way, the patients have more confidence and are more satisfied. This is true when the patients meet their needs and feel that they are treated with dignity and respect.

Conclusion: The research shows that these factors affect the satisfaction of patients with nursing care and in the context of these results the importance of highly individualized care is increasing. Nurses must significantly contribute to improving patient satisfaction by changing the position of the patient, making sure that patients understand the transmitted information and its importance and by ensuring the cleanliness of the environment in which patients are hospitalized. The results of the study will be provided as recommendations for improving nursing care to the management of both involved hospitals.

Keywords: patient satisfaction, factors affecting it, medical staff, nurse, patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské 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 databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 04. 05. 2015

.....

Adéla Morongová

Poděkování

Děkuji Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a trpělivost při psaní mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat českobudějovické a českokrumlovské nemocnici za umožnění výzkumu a mé rodině za velkou podporu.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Definice a historie ošetrovatelské péče.....	13
1.2 Charakteristika kvality ošetrovatelské péče.....	17
1.3 Měření kvality ošetrovatelské péče.....	18
1.3.1 Ošetrovatelské doporučené postupy	18
1.3.2 Ošetrovatelský audit	20
1.3.3 Akreditace.....	21
1.4 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí.....	23
1.4.1 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů.....	26
1.4.2 Metody měření spokojenosti pacientů.....	27
1.4.3 Pickerův institut a projekt Kvalita očima pacientů.....	30
1.5 Ošetrovatelská etika	32
1.5.1 Práva pacientů.....	34
1.5.2 Etický kodex sester	35
1.5.3 Komunikace sestry s pacientem	36
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy.....	38
3 METODIKA	39
3.1 Použitá metodika.....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	39
3.3 Způsob statického zpracování dat.....	40

4 VÝSLEDKY	41
4.1 Identifikační údaje	41
4.2 Vyhodnocení dimenze „Spokojenost s pobytem v nemocnici“	43
4.3 Vyhodnocení dimenze „Spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí“	48
4.4 Vyhodnocení dimenze „Spokojenost s propuštěním z nemocnice“	54
4.5 Vyhodnocení dimenze „Obecné hodnocení spokojenosti s poskytnutou péčí“ ...	57
4.6 Statistické vyhodnocení	59
5 DISKUZE	83
6 ZÁVĚR	89
6.1 Doporučení pro praxi	90
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	95

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace
ISO	International Organization for Standardization – Mezinárodní organizace pro normalizaci
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations – Spojená mezinárodní akreditační komise
JCI	Joint Commission International
ISQua	International Society for Quality in Healthcare – Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
QA	Quality Assurance
FG	Focus Groups
KOP	Kvalita očima pacientů
ECOSOC	Ekonomická a sociální rada
ILO	Mezinárodní organizace práce
ČR	Česká republika
ČAS	Česká asociace sester
ICN	Mezinárodní rada sester

ÚVOD

V současnosti se stává pacient aktivní součástí ošetrovatelského procesu. Je kladen důraz na jeho práva, potřeby, spolupracuje s ošetrovatelským týmem a podílí se na své léčbě. Je chápán jako bio-psycho-sociální bytost, která má své potřeby ve všech těchto oblastech, a sestry k pacientům přistupují holisticky. Poskytovatel zdravotní péče se zaměřuje na pacienta, snaží se vyhovět jeho přáním a dosáhnout tak jeho spokojenosti. Míra spokojenosti pacientů je významným ukazatelem kvality ošetrovatelské péče v daném zdravotnickém zařízení (Payne, 2005). Pacienti hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče v souvislosti s uspokojením svých základních potřeb. Prioritou ošetrovatelství je rozebrat potřeby nemocného člověka a identifikovat ty, s jejichž naplněním potřebuje pacient pomoci (Šimek, 2006). Všeobecné sestry by se měly zajímat o potřeby pacienta, které souvisejí s onemocněním, ale i s pobytem v nemocnici. Jak všeobecné sestry, tak i ostatní zdravotnický personál musí podporovat a upevňovat zdraví pacienta, podílet se na jeho navrácení, zmírňovat jeho utrpení, rozpoznat a uspokojit všechny jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Záměrem výzkumného šetření je zmapovat spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí ve vztahu k faktorům, které ji ovlivňují. Cílem bakalářské práce je zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí ve vztahu k pohlaví, věku, vzdělání, prostředí a režimu na standardním oddělení, komunikaci sestry s pacientem, chování sester k pacientům. Spokojenost pacientů je aktuální a velmi rozsáhlé téma, proto jsem se zaměřila na to, jak pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči na interním a chirurgickém oddělení, jak hodnotí komunikaci sester a jejich neverbální projev.

Toto téma jsem si zvolila, protože při výkonu své praxe jsem se setkala s mnoha ukazateli, které ovlivňují pobyt pacienta v nemocnici, tím i jeho spokojenost s tímto zařízením. Zajímalo mě vztah mezi zkoumanými faktory celkový dojem pacienta z pobytu na standardním oddělení, plnění jeho potřeb ze strany všeobecných sester a jeho spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

V hodnocení spokojenosti se vyskytují určité rozdíly způsobené např. věkem pacienta. Mladší pacienti lépe snášejí pobyt v nemocnici, ošetrovatelské i léčebné výkony pro ně nepředstavují takové riziko jako pro věkově starší pacienty. Právě tyto rozdíly jsem chtěla potvrdit, nebo zamítnout vlastním výzkumným šetřením.

Výsledky výzkumu bych chtěla použít ke zlepšení poskytované ošetrovatelské péče na vybraných odděleních a k minimalizaci faktorů, které negativně ovlivňují spokojenost pacientů. Výsledky budou poskytnuty vedení Nemocnice České Budějovice a Nemocnice Český Krumlov.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Definice a historie ošetrovatelské péče

Pojem ošetrovatelství má mnoho definic. Dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je ošetrovatelství „systém typických ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.“ (Šamánková, 2006, s. 25). Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka, je zaměřeno na vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Obor ošetrovatelství se zaměřuje především na udržení a podporu zdraví, navrácení a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocného člověka, zabezpečení klidného umírání a smrti, péči o rodinu pacienta, na zabezpečení kvalitní a kvalifikované péče v domácím prostředí a na péči o pozůstalé. Hlavními cíli ošetrovatelství je pomáhat lidem k dosažení celkového zdraví a pohody, zapojit jednotlivce do péče o své zdraví, pomoci najít každému jednotlivci správný životní styl, ukázat prevence onemocnění, předcházet komplikacím (Šamánková, 2006).

WHO, která vznikla v roce 1948 a od té doby také podporuje mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, vytváří programy na odstranění vybraných nemocí a snaží se o celkové zlepšení kvality života. Mezi hlavní strategické záměry této organizace patří omezování úmrtnosti a nemocnosti především u sociálně slabších skupin populace, podpora zdravé životosprávy, omezení zdravotních rizik souvisejících s ekonomickými, ekologickými a sociálními podmínkami (WHO, 2007).

S oborem ošetrovatelství úzce souvisí ošetrovatelská etika. Dle Šamánkové (2006, str. 31) se ošetrovatelská etika zabývá etickými problémy všech ošetrovatelských aktivit a je součástí zdravotnické a společenské etiky. Její zásady jsou uvedeny v Etickém kodexu sester, který stanovila Mezinárodní rada sester. Zajišťuje, aby zdravotnický personál akceptoval pacienty, respektoval jejich individualitu, dostatečně a srozumitelně poučil pacienty o léčebných postupech (Šamánková, 2006).

Ošetrovatelská péče sahá daleko do naší historie. Dříve byla nemoc přisuzována nadpřirozeným silám a lidé nemoci léčili pomocí bylin. Tyto zkušenosti si předávaly ústně z generace na generaci. Od 10. století vznikaly řády, které se věnovaly ošetřování nemocných. Význam těchto kongregací spočívá v praktické činnosti a veshromazďování zkušeností předchozích generací. Mezi tyto kongregace patřily např. Řád milosrdných bratří, Alžbětinky, Diakonky. Řád milosrdných bratří pochází ze Španělska, zakladatelem byl Jan z Boha, který budoval útulky pro nemocné, a je považován za průkopníka ošetrovatelské péče. Zakladatelkou řádu Alžbětinky byla Apolonie Radermacherová a jeho patronkou byla sv. Alžběta Durynská, která provedla reformu špitálu, při kterém stál kostel sv. Alžběty. Cílem bylo povznést ošetřování nemocných službou řeholních sester. Historie Diakonek sahá do raných křesťanských dob. Diakonky provozovaly v 15. století návštěvní opatrovnictví a byly pro svou opatrovnickou činnost školené. Denně chodily za nemocnými a pečovaly o ně. Po vydání tridentského dekretu, který zmařil péči o potřebné mimo špitály, se tovaryšstvo Panny Marie postavilo na odpor a zdůrazňovalo potřebnost návštěvního opatrovnictví. Církev jim v této činnosti nedovolila pokračovat, a tak řád zanikl. V 10. století byl také postaven špitál v Týně (dnes Staroměstské náměstí), který byl pro dvanáct nemocných, jež opatrovalo sedm žen. Počet špitálů se zvýšil v průběhu 13. a 14. století. Některé špitály byly pro pcectné a sloužily jako útulky a jiné sloužily pro nemocné a chudé měšťany. Velkou postavou z historie českého ošetrovatelství je Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava I. První klášter založila v roce 1233 v Praze, kde byl umístěn i špitál. Ten se později přestěhoval do kláštera sv. Františka, kde ošetrovatelky poskytovaly péči chudým a nemocným. K tomuto klášteru bylo později přičleněno několik špitálů v Čechách, ve Slezsku a v Polsku. Anežka Přemyslovna založila také klášter klarisek a chudobinec křížovníků. Pro ně také vypracovala etická pravidla pro opatrování chudých a nemocných. Byla pokládána za zakladatelku českého ošetrovatelství. Její záslužná činnost byla oceněna ve 20. století svatořečením. I na jiných místech byly zakládány špitály a lazarety. Chudině poskytovaly to nejzákladnější, co k životu potřebovala, jako je přístřešek, jídlo a koupel. K opatrovnické službě ve špitálech se dostávaly i osoby civilní – sluhové a služebné.

Za svou práci byli ohodnocováni velmi skromně. Byli to lidé poznamenaní hanbou, uvězněním nebo prostitucí a většina z nich neuměla číst ani psát. Od roku 1389 byla stanovena lékařům povinnost navštívit špitál vždy, když je špitální správce zavolá. K opatrovnictví přiváděly ženy také náboženské pohnutky. Náboženství určovalo postoj člověka ke zdraví, prohlubovalo a upevňovalo víru v boha. Proto i nemoc člověk přijímal pokorně jako boží rozhodnutí (Kafková, 1992; Kutnohorská, 2010).

Koncem prvního tisíciletí vznikaly první lékařské školy. Členové univerzity založené roku 1348 Karlem IV. se zasloužili o rozvoj lékařského a zdravotnického písemnictví, které směřovalo k rozvoji vzdělávání v lékařství a v přírodních vědách. Univerzita měla při svém vzniku čtyři fakulty a jedna z nich byla lékařská. V období krymské války se rozhodlo o potřebě odborně připravené ženy pro péči o raněné a nemocné. Nikolaj Ivanovič Pirogov přišel s myšlenkou uplatnit na bojišti ženy jako ošetřovatelky. Proto také z vlastních prostředků vycvičil prvních třicet ruských dobrovolných ošetřovatelek. Přibližně v této době Florence Nightingalová přispěla k rozvoji ošetřovatelství v Anglii. Po návratu z krymské války, kde ošetřovala raněné a nemocné, založila v roce 1860 první ošetřovatelskou školu v Londýně, která se stala vzorem pro ostatní země. Od té doby začaly být ošetřovatelky systematicky vzdělávány a ošetřovatelství se stalo z charitativní služby skutečným odborným povoláním. Proto je Florence Nightingalová celým světem pokládána za zakladatelku ošetřovatelství. V roce 1872 založily bojovnice za ženská práva, české spisovatelky Eliška Krásnohorská a Karolína Světlá, Ženský výrobní spolek český. Hlavním posláním byla výchova žen k určitému povolání. Za pomoci Vítězslava Janovského založily první českou ošetřovatelskou školu roku 1874 v Praze (Kafková, 1992).

K výraznému pokroku došlo až v osvícenském období. Byl zaveden ucelený systém státní zdravotní správy a zdravotnických zákonů, provedeny reformy systému, výuky a výchovy lékařů a ostatních zdravotníků. Podle zdravotního řádu pro země české vydaného Marií Terezií v roce 1753 byly ustanoveny funkce krajských a městských fysiků. Veškerý zdravotnický personál byl podřízen jedné osobě – předsedovi zdravotní říšské komise. Od poloviny 18. století byly zakládány první všeobecné nemocnice. Například v Brně byla založena roku 1785, v Praze roku 1790. Zhruba o dva roky

později byly založeny i porodnice. Začaly se vydávat odborné knihy, například v roce 1770 vyšla na Starém Městě pražském kniha Výborné naučení pro báby a jiné při porodech pomáhající osoby od Jindřicha Jana Nepomuckého Krance. Z jednotlivých kapitol učení vyplývá konkrétní poučení, například jak má opatrovník nemocného pozorovat a toto pozorování sdělovat, jak se má opatrovník chránit před nákazou a jak má podávat léky a stravu nemocnému a podobně (Kafková, 1992).

Mezi další důležité osobnosti patřil Henri Dunant, který díky své aktivitě založil v Ženevě Stálý mezinárodní výbor pro pomoc raněným (Výbor pěti). Úkolem tohoto Výboru bylo svolat mezinárodní konferenci k péči o raněné ve válkách. Dunant je považován za zakladatele Mezinárodního červeného kříže v roce 1864. Jde o organizaci, která zajišťuje první pomoc raněným a odbornou přípravu ošetřujících osob. Cílem této organizace je poskytování humanitární pomoci v oblastech, kde je jejich pomoc potřeba.

Po druhé světové válce se změnil pohled na zdravotnictví, ukázal se nedostatek kvalifikovaných ošetřovatelek, tudíž vzrostly požadavky na přípravu zdravotnického personálu. V roce 1953 přešly zdravotnické školy do resortu ministerstva zdravotnictví. Hlavním cílem ošetřovatelství ve 20. století bylo systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, což vedlo k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. Zdravotnický personál musí umět řídit a poskytnout ošetřovatelskou péči a zvládnout edukaci pacientů (Kafková, 1992; Kutnohorská, 2010).

V dnešní době je ošetřovatelství uznáváno jako profese s přesně definovanými kompetencemi, vycházejícími z Evropské strategie WHO pro vzdělávání, v rámci zdravotní péče. Je orientováno na péči ve zdraví i v nemoci. Ošetřovatelství se stalo vědní disciplínou a zdravotnický personál se stal edukátorem pacientů. V dnešní době je pro odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry nutné absolvovat minimálně bakalářský studijní program v oboru všeobecná sestra. Zdravotnická profese se řadí mezi regulovaná povolání v rámci EU, což znamená, že zákon určuje to, jak má být jedinec připravován a jak má získat oprávnění ke svému výkonu. Po získání oprávnění k výkonu povolání je jedinec povinen během výkonu své profese se neustále vzdělávat formou celoživotního vzdělávání (Kutnohorská, 2010; Kafková, 1992).

1.2 Charakteristika kvality ošetrovatelské péče

Velký význam pro pacienty má kvalita ošetrovatelské péče. Dle Gladkije (2006, str. 292) je kvalita ošetrovatelské péče: *„Stupeň, v němž péče poskytována zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotnických výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků.“* Za kvalitní ošetrovatelskou péči je považována taková péče, která je účinná ke zdravotnímu stavu pacienta a je pacientem pozitivně hodnocena (Beňadíková, 2013).

Kvalita ošetrovatelské péče je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají a také individuálními hodnotami těch, kteří kvalitu péče definují. Kvalitu ošetrovatelské péče posuzuje každý jinak. Lékař hodnotí práci sester podle toho, jak plní jeho ordinace. Jiná kritéria používají pracovníci ošetrovatelského managementu, kteří za kvalitu ošetrovatelské péče nesou osobní odpovědnost. Sestra sama pak hodnotí kvalitu péče a své vlastní práce podle koncepce ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče vnímá pacient podle toho, do jaké míry jsou uspokojovány jeho základní potřeby, podle vnímavosti sester k jeho problémům, podle toho, jak s pacientem komunikuje, a také podle kultivovanosti jejího projevu. Pohled pacienta na kvalitu ošetrovatelské péče také ovlivňují vědomosti, zkušenosti, sociální prostředí, věk, pohlaví a vzdělání. Protože pacient sám nedokáže posoudit, zda byly výkony provedeny podle standardů, hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle vystupování a chování zdravotnického personálu. V dnešní době sestra zaujímá čtyři profesní role. První z nich je pečovatelka při uspokojování potřeb nemocného, mezi další profesní role patří asistentka lékaře, edukátorka, obhájce nemocného (Lávičková, 2006; Beňadíková, 2013).

Kvalitu ošetrovatelské péče je ovlivňována mnoha faktory, přičemž jedním ze základních faktorů ovlivňujících ošetrovatelskou péči je nepochybně kvalifikace a osobnost zdravotnického personálu. Existují kritéria, kterým by měl zdravotnický personál odpovídat. Je to kontinuální vzdělávání, medicínské myšlení, schopnost pracovat v týmu, schopnost správného rozhodnutí, profesionální a osobní odpovědnost, správné vedení zdravotnické dokumentace. Kvalitní ošetrovatelská péče je výsledek

„dohody“ mezi zdravotníky, pacienty a vládou. Má několik charakteristických znaků, jako jsou poskytování péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, týmová práce zdravotnického personálu, aktivní zapojení pacienta do ošetrovatelské péče (Gladkij a kol., 2003).

1.3 Měření kvality ošetrovatelské péče

Kvalitu ošetrovatelské péče měří vedoucí ošetrovatelského týmu, zajišťuje dodržování etické normy a týmovou spolupráci, pacient posuzuje kvalitu ošetrovatelské péče subjektivně (Šamánková, 2006). Způsob měření kvality ošetrovatelské péče je prostřednictvím hodnocení celé instituce (akreditací), postup lege artis (poskytování péče za určitých podmínek), měření výsledků ve vztahu k užítku pacientů (Gladkij, 2003). Kvalitní péče lze dosáhnout, pokud bude vytvořen určitý systém, který je zaměřený na neustálé zlepšování poskytované péče. Systém zajišťování kvality ošetrovatelské péče je proces, který zahrnuje tři významné kroky. Prvním z nich je monitorovat skutečnou praxi, je potřeba průběžně odstraňovat vzniklé problémy tak, aby praxe odpovídala dohodnuté normě. Druhý krok je stanovit konkrétní kroky v systému. Důležitou součástí tohoto kroku je ošetrovatelský audit. Třetím krokem tohoto systému je stanovení doporučených postupů, které konkrétně vymezují cíl péče, způsob jeho dosažení a měření. Nedílnou součástí zlepšení ošetrovatelské péče je ošetrovatelská dokumentace. Umožňuje zdravotnickému personálu sledovat celý průběh léčby pacienta. Kritéria kvalitní ošetrovatelské péče jsou zaznamenávány v standardech, podle nichž se pak poskytovaná péče posuzuje (České ošetrovatelství 2: zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charta práv pacientů, 2006).

1.3.1 Ošetrovatelské doporučené postupy

Doporučené ošetrovatelské postupy definují kvalitní ošetrovatelskou péči. Určují závaznou normu, umožňují objektivní hodnocení a poskytují pocit bezpečí pacientům. Ošetrovatelské postupy by měly obsahovat všechny aspekty ošetrovatelství, včetně interpersonálních a komunikativních dovedností. Každá země má svá vlastní pravidla

pro vytváření standardů, která zpracovávají instituce, jejichž formální autorita zajišťuje, že jsou v praxi dodržována. Tyto instituce mají možnost postihovat jejich nedodržení. V případě, že doporučený postup není dodržen, je ošetrovatelská péče riziková a ohrožuje zdravotní stav pacienta (České ošetrovatelství 2: zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester, Charta práv pacientů, 2006; Vašátková a Ulrychová, 2007).

První ošetrovatelské a léčebné postupy vznikly v 70. letech v USA jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv nemocných. Určovaly správnou zdravotnickou praxi a konkretizovaly, na jakou péči měl pacient právo. Standard je nástrojem, kterým můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni.

Existuje několik typů standardních ošetrovatelských postupů. Centrální doporučené postupy určují společné normy kvality a základní cíle oboru, např. kompetence ošetrovatelských pracovníků a jejich vzdělání. Vydává je centrální řídicí orgán, tj. Ministerstvo zdravotnictví. Určují naprosto zásadní směrnice pro výkon ošetrovatelského povolání. Jde například o zákony a podzákoné normy týkající se ošetrovatelství a ošetrovatelských pracovníků. Lokální standardy vycházejí z potřeb konkrétních pracovišť. Každý pracovník by s nimi měl být seznámen a měl by je dodržovat. V rámci zlepšení dodržování těchto standardů jsou do vytváření zapojeny i samy řádové sestry. Tyto standardy nesmějí být v rozporu s centrálními standardy (Šamánková, 2006).

Mezi další typy standardů patří strukturální, procesuální a standardy hodnocení výsledků. Strukturální standardy stanovují optimální, personální, technické, hygienické a organizační prostředky umožňující dosahovat stanovenou kvalitu. Zahrnují např. organizaci služeb zdravotnického personálu, poskytnutí nezbytného vybavení a legislativní záležitosti. Procesuální standardy se týkají ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Dle jejich zaměření se dělí na dvě oblasti: standardy ošetrovatelských postupů – při výkonech a standardy ošetrovatelských činností – jednotlivé ošetrovatelské problémy. Tyto standardy zahrnují také měřítko spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Každý obsahuje několik kritérií, která

je potřeba splnit, aby bylo dosaženo cíle standardu. Standardy hodnocení výsledků se týkají celkového hodnocení kvality poskytované péče v daném zařízení. Každý pacient je jedinečný a má svůj vlastní hodnotový systém. Nemocnice, které péči poskytují, musí směřovat k tomu, aby byla otevřena vzájemné komunikaci mezi jejich zaměstnanci a pacienty. Všichni zaměstnanci by měli znát a chránit kulturní, psychosociální a spirituální hodnoty každého pacienta. Pacienti by měli být informováni o svých právech a o tom, jak se jich mají dožadovat. Zaměstnanci by měli vytvářet podmínky pro poskytování ohleduplné péče, která respektuje důstojnost pacienta. Pro zjištění úrovně poskytované péče včetně spokojenosti pacientů lze použít standardizovanou metodiku (ošetřovatelský audit); (České ošetřovatelství 2: zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charta práv pacientů, 2006).

1.3.2 Ošetřovatelský audit

Nástrojem pro vyhodnocení úrovně poskytnuté ošetřovatelské péče je ošetřovatelský audit, což je systematický a dokumentovaný proces. Jeho cílem je zajištění zpětné vazby, kontrola funkčnosti systému a analýza rizik. Hodnocení se zaměřuje převážně na objektivně měřitelné stránky kvality ošetřovatelské péče. Používáme tzv. objektivní měřicí techniky. Jsou to např. měření rizika vzniku dekubitů, stupeň soběstačnosti a prožívání bolesti. Náročnější je pak objektivní hodnocení subjektivních hledisek kvality, jako je např. spokojenost pacientů, vztahy mezi sestrou a pacientem. Kvalitu ošetřovatelské péče hodnotíme ze dvou hledisek. Prvním z nich je ošetřovatelský audit, který hodnotí plnění jednotlivých cílů ošetřovatelských standardů, druhým hlediskem je ošetřovatelský audit, který hodnotí celkovou kvalitu ošetřovatelské péče. Celková kvalita ošetřovatelské péče se hodnotí pomocí několika metod, např. pozorováním sestry při práci, kontrolováním ošetřovatelské dokumentace, dotazováním se pacientů, kteří využívají ošetřovatelských služeb (Vašátková a Ulrychová, 2007).

Význam auditů pro monitorování a ověřování kvality je uveden v mezinárodních normách řady ISO 9000 a ISO 14000. Existuje mnoho druhů auditů. Prvním možným typem je kombinovaný audit. Ten provádí jak audit systému managementu kvality, tak i

systemu environmentálního managementu. Na společném auditu se podílejí dvě nebo více auditujících organizací. Audit má zvolená kritéria, která jsou používána jako základ, se kterým se porovnávají důkazy z auditu. Důkazem z auditu se rozumí nějaký záznam, skutečnost nebo informace, které jsou ověřitelné a musejí souviset s kritérii. Zjišťuje rozdíl mezi skutečností a ošetřovatelským standardem. Posuzuje, zda je standard platný a zda není nutné provést změny. Závěrem z auditu rozumíme výstup poskytnutý auditním týmem (Bednářová, 2013).

Mezi základní druhy auditů patří interní a externí audit. Interní audit je prováděn organizací nebo kvalifikovaným týmem pracovníků obvykle z prověřovaného pracoviště. Cílem tohoto auditu je posoudit chod systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Výsledky jsou využívány pouze uvnitř zdravotnického zařízení, bez vnějších dopadů. Audity mohou být plánované nebo neplánované. Neplánované audity se zpravidla provádějí na základě stížnosti nebo při mimořádné události. Dle plánu auditů se provádějí plánované audity. Ty provádějí vyškolení auditoři (Bednářová, 2013).

Audity provádějí pouze osoby, které splňují předepsané požadavky. Tyto požadavky vyznačuje norma ISO 19011. Prvním z požadavků je vzdělání. Auditoři musejí mít minimálně středoškolské vzdělání a pět let praxe. Další z požadavků na auditora je znalost managementu a norem. Kromě toho musí být objektivní, samostatný a rozhodný. Výcvik auditora musí zahrnovat rozvoj jeho schopností v řízení auditu. Pracovník oddělení kvality sestavuje plán auditu. Pravidelně je vyhodnocována výkonnost auditora (Bednářová, 2013; Švecová, 2010).

1.3.3 Akreditace

Akreditace je proces, kdy externí organizace hodnotí, do jaké míry nemocnice postupují ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je obvykle dobrovolná a poskytovatel zdravotní péče slouží k tomu, aby se zavázal ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajištění bezpečnosti prostředí a ke snaze o snižování rizik pro pacienty i zdravotníky. Při akreditaci se hodnotí dodržování standardů a plnění jejich indikátorů, přičemž toto hodnocení se provádí pomocí rozhovorů se zdravotníky

a pacienty, posouzením vnitřních předpisů zpracovaných posuzovaným zařízením a pomocí výsledků vlastního hodnocení institutu. Cílem akreditace je zvýšení kvality a bezpečnosti, snížení nákladů na zdravotní péči, zlepšení správy zdravotnického systému a v neposlední řadě posílení důvěry veřejnosti. Úkolem inspektorů, kteří akreditaci provádějí, je kontrola dodržování akreditačních standardů a plnění jejich indikátorů a edukace zdravotnického personálu s cílem podpořit zvyšování kvality zdravotní péče. Podmínkou pro získání akreditace je dosažení přijatelné úrovně při plnění akreditačních standardů. Při splnění této podmínky nemocnice obdrží akreditační certifikát. Akreditace platí tři roky, po ukončení této doby musí být organizace reakreditována (Staněk, 2004; FN v Motole, 2012).

Největší akreditující organizací v USA je Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (dále jen JCAHO). Jde o nezávislou neziskovou organizaci, která vznikla v roce 1951. JCAHO ovlivnila a do dnes ovlivňuje akreditační modely zdravotnických systémů v ostatních zemích světa. Tato organizace akredituje v oblastech ambulantní a primární péče, domácí péče a péče hospiců, nemocnic, laboratoř a zařízení dlouhodobé péče. Její dceřinou společností je Joint Commission International (dále jen JCI), která vznikla jako odpověď na narůstající požadavky na ustanovení hodnotícího systému založeného na standardech. Jejím cílem je zvyšovat kvalitu péče pomocí mezinárodní akreditace. Akreditační výbor JCI rozhoduje o udělení akreditace. JCI má také právo udělenou akreditaci předčasně odejmout, a to v případě, že zdravotnické zařízení neplní akreditační standardy. Po přihlášení organizace k akreditaci JCI společně se žadatelem stanoví termín akreditačního šetření a společně připraví jeho program. JCI přidělí organizaci pracovníka, který koordinuje plánování termínu akreditačního šetření a připravuje jeho program na základě informací o organizaci a rozsahu poskytované zdravotní péče. V průběhu šetření v nemocnici může inspektor hovořit s jakýmkoliv zaměstnancem anebo navštívit jakékoliv pracoviště daného institutu. Tento institut musí s inspektory spolupracovat a podávat přesné a pravdivé informace o své činnosti a rozsahu plnění standardů.

Další významnou akreditační organizací je International Organization for Standardization (dále jen ISO). Jedná se o mezinárodní organizaci pro

normalizaci. Nejvýznamnější standardy jsou známy pod názvem ISO 9000: systém řízení kvality – základy a terminologie, ISO 9001: systém řízení kvality – požadavky, ISO 9004: systém řízení kvality – návod ke zlepšování výsledků. V roce 2000 byly všechny tyto standardy sjednoceny a dnes jsou známé pod názvem 9001:2000. Jádrem této série standardů je zaměření na procesy, na pacienty, na dokumentaci a na zaměstnance. Získání této certifikace znamená, že všichni pacienti mohou vždy očekávat stejné služby (Petr a Magda Škrlovi, 2003; Marx, 1999).

Další důležitou organizací je International Society for Quality in Healthcare (dále jen ISQua). Jedná se o mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Standardy ALPHA byly touto organizací vyvinuty pro vedení akreditace. Pomáhají vytvářet nebo zlepšovat akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Jsou založena na uznávaných mezinárodních konceptech, jako je např. zaměření na pacienta, monitorování kvality a řízení rizik. Je jasně definován rozsah standardů. Záměrem je pokrytí a zlepšení zdravotní péče v rámci celé organizace. Standardy se mohou vztahovat na základní struktury, oddělení nebo k procesu péče o pacienta. Umožňují měření výkonu. Jsou aktuální a založené na solidních informacích a praxi (Jurásková a kol., 2004).

1.4 Spokojenost pacientů s ošetřovatelskou péčí

Pojem spokojenost pacientů nelze přesně definovat či vymezit. Míra spokojenosti je výsledkem porovnání očekávání hodnotitele s tím, jak vnímá skutečnou hodnotu. Pojem spokojenost pacientů můžeme definovat i jako vzorec. Spokojenost = vnímaná hodnota – očekávání. Je-li tedy očekávání větší než vnímaná hodnota, jde o spokojenost do záporných hodnot. Naopak je-li očekávání nižší než hodnocení skutečného vztahu, jsou pacienti spokojeni. Působenímna obě veličiny lze spokojenost samozřejmě ovlivnit. Vnímanou hodnotu lze zvýšit zlepšováním kvality poskytovaných služeb a očekávání pacientů lze zlepšit vhodnou a přiměřenou informovaností (Exner a kol., 2005). Existuje ovšem několik modelů, které spokojenost pacientů také definují. První model je označován jako model postavený na dosažení spokojenosti v definovaných dimenzích péče. Spokojenost je definována jako „pozitivní ohodnocení vymezených dimenzí

zdravotní péče.“(Payne a kol., 2005, s. 265). Teorie různých badatelů se liší v tom, kolik a jaké dimenze považují za důležité. Druhý model se nazývá model postavený na splnění přání pacienta. V tomto modelu je spokojenost definována jako „vztah mezi tím, co si pacient přál a očekával, a tím, co se domnívá, že mu bylo poskytnuto.“ (Payne a kol., 2005, s. 265). Prvotním významem v tomto modelu je očekávání pacientů, jejich zkušenosti jsou až na druhém místě. Třetím modelem je pragmatický model spokojenosti pacientů. V něm jsou zachyceny důležité faktory, které ovlivňují spokojenost pacientů. Jde o snahu propojit tyto faktory a sledovat vztahy mezi nimi v nemocnici. Důležitým faktorem je charakter nemoci. Od toho se odvíjí poskytnutá léčebná péče. Dalšími důležitými faktory ovlivňujícími spokojenost pacientů je věk, vzdělání a sociální postavení a neméně důležité jsou zkušenosti pacienta s poskytovatelem zdravotní péče. Míra spokojenosti pacientů určuje další chování pacientů. Pokud jsou spokojeni s poskytnutou péčí, vyjadřují souhlas, pokud nejsou spokojeni, hledají změnu (lékaře či nemocnice). (Payne a kol., 2005; Ondriová a kol., 2013).

Na počátku 90. let minulého století se v ČR začala sledovat spokojenost pacientů. Bylo vyhodnocováno, jak pacienti subjektivně vnímají léčbu a jak jsou s léčbou spokojeni. Spokojenost pacientů je nyní velkou součástí managementu kvality zdravotní péče a je jedním z ukazatelů kvality zdravotních služeb. Že spokojenost pacientů má v současnosti velký význam, podtrhuje i změna v chápání pojmu pacienti. Dnes jsou pacienti chápáni spíše jako klienti, konzumenti či spotřebitelé péče. Snahou je vyhovět jejich přáním a tím docílit jejich spokojenosti. Vychází z přesvědčení, že ošetrovatelská a léčebná péče by měla být zaměřena na upokojování především těch potřeb pacientů, které souvisejí s aktuálním onemocněním. Výsledky spokojenosti pacientů slouží jako zpětná vazba pro lékaře a ošetřující personál pro zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Samotná spokojenost péče může i negativně ovlivnit efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni s léčbou i službami v nemocnici, zdravotnickému personálu více věří, což ovlivňuje míru spolupráce s léčebnou a ošetrovatelskou péčí a to v konečné fázi může ovlivnit i dosažené klinické výsledky. Proto jsou dnes pacienti žádáni, aby kvalitu péče hodnotili prostřednictvím programů „Quality Assurance“ (QA), které mají několik

podob. První je komplexní řízení kvality, které se zabývá převážně zjišťováním kvality řízení celé organizace a kvality neklinických provozů, např.: laboratoří, stravování, praní prádla. Druhý, novější program je označován jako program kontinuálního zlepšování kvality a dnes v organizacích upřednostňuje. Snaží se o průběžné zlepšování kvality komplexní péče. V rámci obou programů je spokojenost pacientů důležitým požadavkem (Payne a kol., 2005).

Cílem všech nemocnic je, aby byl pacient spokojen s poskytovanou péčí. Z lékařského pohledu je spokojený pacient ten, který má dobře provedený lékařský zákrok. Ale většina pacientů si nestěžuje na špatně provedenou operaci, ale spíše na kvalitu stravy, nedostatek informací o svém zdravotním stavu, dlouhé čekání na lékaře či sestru, na čistotu toalet apod. Podstatou spokojeného pacienta je, aby zdravotnický personál byl přesvědčen, že udělal vše pro jeho správné ošetření. Spokojenost je subjektivní pocit, který na jeho ošetření už nic nezmění. V roce 2003 společnost STEM/MARK ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví realizovala projekt Kvalita očima pacientů (Exner a kol., 2005).

Zájem o to, aby byl pacient spokojen, mají tři účastníci systému zdravotní péče, mezi kterými vznikají vztahy. Prvním je samozřejmě pacient (konečný spotřebitel), druhým účastníkem je organizace (poskytovatel zdravotní péče) a třetím je zdravotní pojišťovna (plátce). Pacient má právo na to, aby si vybral nemocnici, kde chce být hospitalizován. Před výběrem by měl být informován o její kvalitě. Soubor veřejně dostupných informací o kvalitě nemocnice může tvořit řada ukazatelů např.: akreditace a technické vybavení nemocnice. Informace mohou mít tedy různou podobu a zahrnují spoustu jak objektivních, tak subjektivních ukazatelů. Tyto ukazatele lze zařadit do dvou dimenzí. První souvisí s profesionální kompetencí, technickou kvalitou diagnostických a terapeutických procesů, s vhodností a účinností léčby a celkovou efektivitou poskytování zdravotní péče. Do této dimenze patří objektivně měřitelné ukazatele výkonu. Kvalita péče je měřena profesionálními standardy, klinickými postupy, technickým měřením nebo ekonomickým vyhodnocením. Do druhé dimenze lze zařadit osobní zkušenosti pacienta a péče je hodnocena pacientem. Do této dimenze patří subjektivní pocity pacienta, které v něm zanechal kontakt s nemocnicí a jeho

personálem. Spokojenost pacientů se organizací ovlivňuje a předurčuje to, jak lidé zdravotní péče využívají. Tam, kde existuje možnost volby, se lidé rozhodují více podle svých zkušeností než podle objektivních ukazatelů. Z těchto důvodů má zásadní význam systematické měření spokojenosti pacientů a využívání získaných informací ke zlepšení poskytované zdravotní péče (Exner a kol., 2005).

1.4.1 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů

Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí je ovlivňována mnoha faktory. Tyto faktory nejčastěji souvisí s lékařem, sestrou, samotným pacientem, poskytovanou zdravotní péčí, prostředím nemocnice a zdravotnickým systémem. Spokojenost pacientů je ovlivněna osobou lékaře, časem věnovaným pacientovi a celkovým vystupováním. Zdá se, že spokojenější pacienti jsou u zkušenějších lékařů, u lékařů, kteří jim věnují dostatek času a zabývají se i jejich psychosociální stránkou. I všeobecná sestra může ovlivnit pozitivně spokojenost pacienta tím, že bude trpělivá, empatická, že ovládá efektivní komunikaci s pacienty, edukuje pacienta, zná a respektuje jeho práva. Pokud sestra jedná neosobně a direktivně, ovlivňuje tím negativně spokojenost pacienta. V případě porušení doporučených postupů sestrou může dojít k psychickému nebo tělesnému poškození pacienta. Poškození pacienta chybou sestry se nazývá sorogénie. Pacientova spokojenost je ovlivněna i jeho věkem, pohlavím, dosaženým vzděláním, socioekonomickým postavením a příslušností k národní či náboženské minoritě. Z výsledků studií vyplývá, že starší pacienti jsou spokojenější než pacienti mladší, majorita je spokojenější než minorita. Spokojenost také závisí na charakteru osobnosti pacienta, na tom, s jakým typem onemocnění se léčí, na výsledcích poskytované péče a na celkovém vybavení a čistotě oddělení. Spokojenost se zdravotnickým systémem úzce souvisí s finanční dostupností péče pro pacienta (Mareš, 2009).

Důležitým faktorem ve spokojenosti pacientů je uspokojování jejich potřeb. Z holistického pohledu dělíme potřeby na biologické, psychické, sociální a duchovní. Uspokojování biologických potřeb je důležité pro zachování života. Patří mezi ně potřeba potravin, tekutin a vzduchu. Psychické, sociální a duchovní potřeby nejsou

nezbytné pro zachování života, ale vedou k rozvoji osobnosti. K psychickým potřebám patří potřeba péče, jistoty a lásky. Mezi sociální potřeby patří potřeba sociálního kontaktu, komunikace a informovanosti. K duchovním potřebám řadíme potřeby hodnotového systému, cílů života a náboženských tradic. Nejznámějším dělením potřeb je hierarchické uspořádání potřeb dle Maslowa. Maslow dělí potřeby na vývojově nižší a vývojově vyšší. Mezi vývojově nižší patří fyziologické potřeby a potřeba bezpečí. Mezi vývojově vyšší patří potřeby styku a náležitosti. Toto znázorňuje Maslowova pyramida potřeb. Uspokojování potřeb ovlivňuje individualita jedince, vývojové stádium člověka, jeho kultura, rodina a onemocnění (Plevová, 2011).

Výsledné hodnocení spokojenosti pacientů lze pozitivně ovlivňovat jak monitorováním a zlepšováním kvality poskytované zdravotní péče, tak i přiměřeným usměrňováním očekávání pacienta a to tím, že pacientovi poskytneme dostatek informací o jeho zdravotním stavu a následné léčbě či ošetřovatelské péči (Exner a kol., 2005).

1.4.2 Metody měření spokojenosti pacientů

Metodami měření spokojenosti pacientů se zabývá marketingový výzkum, který vychází z poznatků řady vědních oborů, např. sociologie, psychologie, statistiky. Kvalitativní výzkumné metody se vyznačují větším detailem poznání a nižší obecností. Uplatňují se více při hledání vhodné struktury a vývoji výzkumných nástrojů pro monitoring spokojenosti pacientů se službami organizace. Kvantitativní výzkumné metody se vyznačují menším detailem poznání a vyšší obecností. Tyto metody se uplatňují při srovnatelnosti výsledků mezi různými organizacemi. Podle charakteru kontaktu s respondentem rozlišujeme osobní, telefonické, písemné a elektronické dotazování.

Osobní dotazování je založeno na přímé komunikaci, osobním kontaktu s dotazovaným (z anglického face to face). U nás je stále nejvýznamnější dotazovací technikou. Výhodami této metody je přímá vazba mezi tazatelem a respondentem, tudíž vysoká návratnost. Nevýhodami jsou především vysoké náklady při sběru dat a časová náročnost.

Telefonické dotazování spočívá v tom, že pomocí telefonu dotazovaný okamžitě reaguje na otázky tazatele. Dotazování je efektivnější, rychlejší a méně nákladné. Mezi nevýhody patří absence osobního kontaktu, nemožnost používat další pomůcky pro dotazování a rozhovor musí být kratší.

Při písemném dotazování poštovní anketou respondent dostává dotazník poštou a po vyplnění jej odesílá zpět. Výhodou je, že respondent má čas si odpověď promyslet, je zcela vyloučen vliv tazatele na respondenta. Mnohdy soukromí při vyplňování dotazníků může zvýšit upřímnost dotazovaných pacientů. Hlavní nevýhodou je menší návratnost dotazníků, zpravidla pod 30 %.

Anketní dotazování přímo v nemocnici se snaží eliminovat nevýhody poštovní ankety. Dotazníky rozdává tazatel všem pacientům. Metoda umožňuje výrazně eliminovat nízkou návratnost a ztrátu kontroly nad strukturou vzorku (Exner a kol., 2005; AUGUR Consulting, 2015).

Důležitým manažerským nástrojem k získávání kvalitativních informací či zpětné vazby od klientů je metoda tzv. Focusgroups (FG). Cílené rozhovory ve zdravotnictví hrají důležitou roli hlavně v programu kontinuálního zvyšování kvality. Zároveň metoda FG ovšem nenahrazuje jiné formy průzkumu, jako jsou třeba dotazníky. Naopak FG je do jisté míry efektivnější metodou vyhodnocování spokojenosti pacientů než letáčky nebo formuláře běžně rozdávané pacientům. Průzkumy formou dotazníků nám pomáhají získat spíše kvantitativní data od větší skupiny pacientů. FG na rozdíl od dotazníků představuje získání zpětné vazby od citlivě vybrané skupiny pacientů, kteří jsou o rozhovor požádáni až na konci své hospitalizace. FG nabízí hlubší kvalitativní informace a postřehy pacientů. Nejlepším místem pro vedení cílových rozhovorů je neutrální půda, např. zasedací místnost. Během rozhovoru jde o neformální, ale cíleně vedenou diskusi. FG by neměla být pro pacienty nepříjemným zážitkem. Pro tuto metodu jsou vybíráni pacienti přibližně stejné věkové skupiny, komunikativní a neagresivní. Vhodné je vybrat si 6- 12 pacientů. Výběr účastníků a vedení rozhovorů má na starosti moderátor/ka, může to být sestra, sociální pracovník/ce, psycholog/žka nebo jiný člen multidisciplinárního týmu. Moderátorka musí být zkušenou a efektivní

komunikátorkou a musí mít základní znalosti o metodě FG. Musí umět vytvořit a udržet skupinovou dynamiku, musí naslouchat, interpretovat správně odpovědi a vhodně předávat získané výsledky poskytovateli zdravotní péče. Prvním krokem k úspěšnému vedení FG je výběr moderátorky. Moderátorka vypracuje plán setkání a s jehoharmonogramem seznámí vrchní nebo staniční sestru oddělení, která následovně vybere 6-12 pacientů těsně před ukončením jejich hospitalizace. Musí se zachovat homogenita účastníků. Dalším bodem je seznámení pacientů s významem metody FG a základními otázkami. Tento bod se nejčastěji provádí pozvánkami, kde je uveden cíl, datum a místo setkání a tři základní otázky. Co se vám na oddělení nejvíce líbilo, s čím jste nejvíce spokojeni, co vás mile překvapilo? Co vám nejvíce vadilo, co se vám nelíbilo? Jaká zlepšení navrhuje? Při prvním setkání by měla být navozena příjemná atmosféra a všem zúčastněným je dobré poděkovat za jejich účast, protože setkání je dobrovolné. Při diskusi je úlohou moderátorky naslouchat a získávat informace. Nikdy nevyvrací názor pacientů, a to i v případě, že ví, že tento požadavek není v nemocnici možné realizovat. Pacienty ale ujišťujeme, že jejich nápady na zlepšení ošetrovatelské péče se bude nemocnice zabývat (Petr a Magda Škrlovi, 2003; Ondriová a kol., 2013).

Cílem měření spokojenosti pacientů se zdravotní péčí je poskytnutí nezávislých informací veřejnosti. Důležitým cílem je také poskytnout informace manažerům organizací k řízení procesů vedoucích ke zlepšení kvality služeb. Pravidelnost monitorování spokojenosti pacientů zajišťuje akreditace nemocnic. Je to jeden z hlavních požadavků pro její získání. Monitoring kvality péče přináší rychlé výsledky, které pomáhají odhalovat nedostatky v nemocnicích a přispívají ke zlepšení kvality zdravotní péče (Payne a kol., 2005).

Zda marketingové strategie nemocnice jsou úspěšné, nejlépe zjistíme zpětnou vazbou od pacienta. Nejspolehlivější metodou posuzování kvality zdravotní péče je systematické monitorování spokojenosti pacientů. Pokud se spokojenost pacientů zlepšuje, lze usuzovat, že strategická opatření nemocnice jsou správná. Správnost managementu nemocnice však můžeme vyhodnotit více způsoby, např. vyhodnocením názorů zdravotnického personálu a hospodářských výsledků. Výhodou je poměrně rychlá odezva na provedená opatření a minimální možnost nežádoucího ovlivnění

výsledků měření zainteresovanými pracovníky organizace. Měření spokojenosti pacientů je tedy jedním z kritérií, která rozhodnou, zda je management nemocnice úspěšný, či nikoliv (Exner a kol., 2005).

1.4.3 Pickerův institut a projekt Kvalita očima pacientů

Nejznámější mezinárodní autoritou je Pickerův institut. V polovině 80. let minulého století přišli Harvey a Jean Pickerovi se zásadní změnou způsobu zjišťování spokojenosti pacientů v USA. Dr. Harvey Picker spolupracoval s výzkumníky z HarvardMedicalSchool s cílem zjistit, které okolnosti při poskytování zdravotní péče jsou zásadní a mohou změnit spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Na základě této aktivity byl v roce 1987 založen Pickerův institut jako nezisková instituce, zaměřená na zlepšování kvality zdravotní péče prostřednictvím systematického výzkumu spokojenosti pacientů. Institut se věnoval rozsáhlému šetření, z něhož vyplynula definice osmi nejdůležitějších dimenzí, které zásadním způsobem ovlivňují kvalitu zdravotní péče a spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Tyto dimenze slouží jako výsledek hledání odpovědí na čtyři obecné otázky: Co pacienti chtějí? Co pacienti oceňují? Co pomáhá a brání schopnosti pacientů zvládat zdravotní potíže? Jaké aspekty zdravotní péče jsou pro pacienty a jejich rodiny nejdůležitější? Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí v jednotlivých dimenzích je vyjádřena procentem pozitivních hodnocení (Ondriová a kol., 2013). Rozlišujeme osm dimenzí spokojenosti pacientů s péčí: přijetí do nemocnice, respekt - ohled-úcta, koordinace - integrace - péče, informace- komunikace- edukace, tělesné pohodlí, citová opora, zapojení rodiny, propuštění z nemocniční léčby -pokračování péče.

Dimenze první je „Přijetí do nemocnice“. Výsledky průzkumu uvádějí jako zdroj nespokojenosti pacientů opoždění zahájení péče.

Dimenze druhá je „Respekt, ohled, úcta“. Pacienti popisují ztrátu identity v nemocnici a v klinickém prostředí. Mají potřebu být léčeni s úctou a respektem jako jedinci. Pacienti mají strach, že nemoc a následná léčba ovlivní jejich životy, proto chtějí být informováni a zahrnuti do lékařského rozhodování.

Dimenze třetí je „Koordinace, integrace, péče“.

„Pacienti mají jedinečný pohled na proces péče. Vytvořili si představu o kompetenci a schopnosti poskytovatelů péče a o usprádaní klientské péče, pomocných služeb a o péči první linie.“ (Exner a kol., 2005, str. 142).

Dimenze čtvrtá je „Informace, komunikace, edukace“. Pacienti se obávají, že jim budou odepřeny informace a že nebudou kompletně a upřímně informováni o nemoci nebo prognóze. Také zdůrazňují potřebu informace o klinickém stavu a vývoji. Požadují informace, jak se chovat po propuštění z nemocnice.

Dimenze pátá je „Tělesné pohodlí“. Jedním z důsledků nemoci je fyzické nepohodlí a neschopnost, kterou přináší. Fyzická péče, která pomáhá pacientům, je jednou z nejzákladnějších služeb, kterou poskytovatelé zdravotnických služeb mohou poskytnout z pohledu pacienta. Pacienti oceňují čistotu, pohodlí a příjemné prostředí.

Dimenze šestá je „Citová opora, zmírnění strachu a úzkosti“. Pacienti projevují úzkost z nemoci a strach z možných důsledků a dlouhodobých prognóz. Obávají se účinku nemoci na jejich schopnost postarat se o sebe a na jejich rodinný příjem.

Dimenze sedmá je „Zapojení rodiny a přátel“. Pacienti se spoléhají na rodinné příslušníky a své nejbližší přátele v případě sociální a citové podpory. Mohou se stát prvními poskytovateli zdravotní péče po propuštění z nemocnice.

Poslední, osmá dimenze je „Propuštění a pokračování péče“. Ukazuje se, že někteří pacienti nevědí, jaké mají sledovat příznaky, které by mohly signalizovat nestandardní průběh doléčení, a leckdy nevědí, jak užívat léky nebo neznají jejich vedlejší účinky.

„Základní prvky filosofie, se kterou přistupuje k výzkumu spokojenosti Pickerův institut, se staly také základními stavebními kameny projektu Kvalita očima pacientů, který u nás od roku 2001 podporuje Sdružení fakultních nemocnic a Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s nezávislou výzkumnou společností STEM/ MARK, a.s.“ (Exner a kol., 2005, str. 152).

Pacienti si sami začali vynucovat vyšší kvalitu péče, postupně na tuto situaci reagovala většina nemocnic nastavením systému hodnocení spokojenosti pacientů. Cílem projektu Kvalita očima pacientů bylo vyvinout profesionální metodické nástroje a provést v nemocnicích nezávislé šetření, které by ověřilo metodiku použitelnou pro monitoring spokojenosti s kvalitou zdravotní péče. Projekt měří kvalitu zdravotní péče

na základě zkušeností a spokojenosti pacientů. Poskytuje objektivní informace o kvalitě různých nemocnic v ČR. Pacient, který se chystá na konkrétní zákrok nebo léčbu, může nahlédnout do výsledků a zjistit, jak byli spokojeni pacienti se zdravotními službami na různých pracovištích různých nemocnic, ústavů či léčeben a zohlednit tyto informace při rozhodování, kde se bude léčit. Projekt zkoumá kvalitu zdravotní péče jak v lůžkové, tak i ambulantní péči. Při hodnocení lůžkové péče bylo použito osm Pickerových dimenzí kvality péče (Exner a kol., 2005).

Řešitelem projektu KOP je RNDr. Tomáš Raiter. Je to výzkumný pracovník a člen Světové asociace profesionálů ve výzkumu ESOMAR, je také spoluzakladatelem a bývalým prezidentem SIMAR (Asociace předních výzkumných agentur, působících v České republice). RNDr. Tomáš Raiter úzce spolupracoval s výzkumnou společností STEM/MARK, což je agentura zabývající se marketingovým výzkumem. Propagátorem byl PhDr. Miroslav Bílek z Centra pro řízení kvality ve fakultní nemocnici Plzeň (Raiter, 2010).

1.5 Ošetrovatelská etika

Dle Kutnohorské (2007, str. 11), je etika „filosofická disciplína a byla nazývána praktickou filosofií“. Etika je naukou o lidských ctnostech a užívá se pro vědecké zkoumání morálních obsahů. Předpokládá, že rozumná volba je důležitou podmínkou morální odpovědnosti. Mezi lékařskou a ošetrovatelskou etikou by měl být interaktivní vztah. Ošetrovatelská etika vychází z lékařské etiky, protože se konstituovala ve stejné kulturní tradici. Ošetrovatelská etika zkoumá kvalitu vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem, formuluje povinnosti a odpovědnosti sester, analyzuje eticky komplikované situace, studuje pravidla interpersonálních vztahů na pracovišti. Důležitým etickým požadavkem na sestry při poskytování ošetrovatelské péče je zachování úcty a respektování lidské důstojnosti pacienta. Zdrojem etického přístupu sestry k pacientovi je filozofie holismus. Dle Kutnohorské (2007, str. 34-35) je holismus, *„idealistická filozofie celistvosti. Idealistickým názorem je, že celek jako souhrn jednotlivých částí nabývá nových vyšších vlastností, nezávislých na jeho částech. Podle tohoto názoru tedy v přírodě existují jen hmotné celky, organismy. Právě tento*

přístup se nazývá celostní či holistický“. Člověk je bio-psycho-sociální bytostí. V případě vynechání některé z těchto stránek se dopouštíme tzv. redukcionismu. Filosofie ošetřovatelství reaguje na společenské problémy doby a ty ovlivňují přístup ke zdraví

a nemoci. Vztah sestry a pacienta patří mezi důležitý etický aspekt, protože řeší otázky, které se týkají základních lidských hodnot (život, zdraví, důvěra), je základem celé profesionální ošetřovatelské péče. Povinnosti sester k pacientům tvoří součást etického kodexu sester. Ve vztahu s pacienty mohou sestrám pomoci etické směrnice. Americká asociace nemocnic vydala Listinu práv pacientů a Možnosti pacienta zvolit si léčbu. Dalším předmětem etiky je vztah jedné sestry k druhé a k dalším spolupracovníkům (Grohar – Murray, 2003).

Etické povinnosti má každá sestra, která vykonává svoji profesi. Základní úlohou sestry je péče o pacienty. Sestra je obhájkyň pacienta. V právním kontextu tento termín můžeme vysvětlit jako obranu lidských práv jménem těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. Koncepce morální odpovědnosti je stále velmi aktuální. Některé etické kodexy jsou zaměřeny na odpovědnost jako na centrální koncepci morálky. Tím, že sestra vykonává své povolání, zavazuje se k odpovědnosti, že ho bude vykonávat v souladu se standardy praxe a s morálními hodnotami profese.

Povinnost sester je poskytování ošetřovatelské péče jednotlivcům, rodinám a komunitám a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů. Mezi povinnosti sestry patří např.: podpora zdraví, prevence chorob, návrat zdraví a zmírnění utrpení (Endokrinologický ústav, 2011).

Koncepce multidisciplinární spolupráce má velkou podporu jako morální aspekt ošetřovatelské praxe. Spolupráce ve zdravotní péči má velký vliv na pacientovu pohodu a právě sestra je primárním odborníkem pro vytvoření spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu.

Etické zásady se uplatňují ve zdravotnictví a ošetřovatelství a při řešení morálních dilemat. Mezi tyto zásady patří autonomie, která se uplatňuje při rozhodování o tom, co se v rámci zdravotní péče stane s mým tělem. Tato zásada vyžaduje, aby měl pacient kvalitní informace o možnostech léčby. Další zásadou je směřování k dobru, kdy

poskytovatelé péče přispívají ke zdraví a pohodě pacientů, nesnaží se pouze zabránit jejich poškození. Nepoškození zvažuje rizika a výhody léčby a předchází úmyslnému poškození pacienta. Mezi poslední zásady patří spravedlnost, která zajišťuje to, aby pacienti dostali to, na co mají právo nebo na co mohou vznést nárok (Grohar – Murray, 2003).

1.5.1 Práva pacientů

Do druhé světové války byla ochrana lidských práv doménou vnitrostátních právních řádů. V roce 1948 byla založena Organizace spojených národů a přijata Všeobecná deklarace lidských práv. Právo člověka na život, na jeho ochranu, na autonomii a na soukromí byly velkým přínosem pro zdravotnictví. Dalším přínosem pro zdravotnictví je činnost specializovaných organizací. V rámci Organizace spojených národů působí několik organizací, které se zabývají problematikou zdravotnictví, např. Ekonomická a sociální rada Economic and Social Council (ECOSOC), s níž spolupracuje Mezinárodní organizace práce International Labour Organization (ILO) a Světová zdravotnická organizace (WHO), která je v oblasti zdravotnictví nejaktivnější, realizuje programy na potírání a odstranění některých nemocí a usiluje o zlepšení kvality lidského života. K oblasti práv pacientů vydala WHO několik dokumentů, např. Zdraví pro všechny z roku 1977, Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě z roku 1994 (Doležal a Doležal, 2007).

Práva pacientů nalezneme v ústavních zákonech a mezinárodních smlouvách. Z mezinárodních smluv je nejvýznamnější Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny a zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (Ministerstvo zdravotnictví, 2011). „Práva pacientů znamenají respektování práv jednotlivce na svobodné rozhodování o své osobě.“ (Kutnohorská, 2007, str. 56). Tato práva může pacient při pobytu v nemocnici vyžadovat a v případě nedodržení ze strany zdravotnického personálu má právo požadovat odškodnění za jejich porušení, ať už se jedná o nedostatečnou informovanost pacienta nebo o chybné poskytnutí zdravotní péče (Kopecká a Korcová a kolektiv, 2008).

Mimo práv má pacient také určité povinnosti. Mezi ně patří, že udělí-li souhlas k léčbě, má povinnost souhlas dodržet, musí dbát na doporučenou životosprávu, má povinnost se seznámit s provozním řádem nemocnice a dodržovat ho. Práva pacientů dle zákonů mohou být omezena. Omezení je uplatňováno v situacích, kde je jeho účelem předejít vážnému poškození pacienta nebo třetí osoby. Samotní pacienti by si měli být vědomi, že mohou prakticky přispět k optimálnímu poskytování zdravotnické péče a měli by zaujmout aktivní postoj k léčbě. Více než v jiných profesích je ve zdravotnictví kladen důraz na dodržování etických norem, protože hlavně sestra, která primárně poskytuje ošetrovatelskou péči, musí dodržovat a ctít právní a etické normy (Kutnohorská, 2007).

1.5.2 Etický kodex sester

Dle Ivanové (2006, str. 63) lze obecně etické kodexy definovat jako „systematické soubory norem a předpisů, které upravují vztahy mezi členy určité společnosti tak, aby odpovídaly uznávaným morálním hodnotám. Etický kodex může být vytvořen pro každou organizaci. Závisí na jejím poslání, cílech a na politice. Práva a povinnosti musí být vyvážené, musí zahrnovat postup řešení konfliktů. Ve zdravotnictví se uplatňuje americký model, kdy kodex vytvářejí manažeři institutu.“(Ivanová, 2006).

Všeobecné sestry z ČR se k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (dále jen ICN) hlásí prostřednictvím České asociace sester (dále jen ČAS). Tento kodex byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionu ČAS a byl přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je v České republice platný od 29. března 2003. V etickém kodexu sester jsou vyjmenovány úkoly a povinnosti, které pomáhají sestřím poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (Kutnohorská, 2007; Kopecká, Korcová a kol., 2008).

Etický kodex sester obsahuje pět hlavních článků, mezi které patří oblastisestra a pacient, sestra a praxe, sestra a společnost, sestra a spolupracovníci a sestra a profese. Všeobecná sestra se podílí na vytváření prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty a zvyky, zajišťuje, aby těmto osobám byly poskytnuty dostatečné informace, posuzuje a dodržuje povinnost mlčenlivosti. Porušením mlčenlivosti může dojít jak k poškození pacienta, tak k poškození zdravotnického personálu. Povinná

mlčenlivost je udávána v zákoně č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách (Ministerstvo zdravotnictví, 2011). Mezi ostatním zdravotnickým personálem mlčenlivost neplatí, jenom pokud se společně podílejí na léčení pacienta. Povinná mlčenlivost nezaniká ani v případě úmrtí pacienta. Sestra také nese odpovědnost za udržování svých znalostí a dovedností a zajišťuje služby pro zlepšování kvality péče. Sestra je součástí multidisciplinárního týmu, spolupracuje s ním v případě, že je zdraví pacienta ohroženo spolupracovníkem, sestra rozhodne o postupu k jeho ochraně. Sestra dodržuje standardní ošetrovatelské postupy při poskytování ošetrovatelské péče a je aktivním členem ČAS (Plevová a kol., 2011).

1.5.3 Komunikace sestry s pacientem

Základem pro výkon ošetrovatelské péče je komunikace sestry s pacientem. Sestra pomocí komunikace získává informace o pacientovi, edukuje a navazuje s ním vztah. Sestra musí porozumět verbálním i neverbálním projevům pacienta. Jeho neverbální projevy jsou pro sestru důležitější v tom, že lépe vnímá prožívání pacienta, jeho emoce a postoje. Při správné komunikaci s pacientem musí být informace srozumitelné, musí být zachována důstojnost, pacientům dáváme možnost se ptát a mají právo vyjádřit svůj názor. Rozhovor s pacienty je vhodné provádět v klidném prostředí a ve vhodnou dobu. Rozhodujícím aspektem pro rozhovor s pacienty je individuální přístup, rozhovor přizpůsobit věku a kultuře pacienta, sestra musí umět naslouchat a projevit empatii. Vyhýbáme se také odborné terminologii, informace poskytnuté sestrou musí být srozumitelné, při rozhovoru s pacienty nespěcháme, klademe jednoduché a krátké otázky, mluvíme pomalu a zřetelně.

Během rozhovoru s pacienty rozlišujeme direktivní a nedirektivní postup. Při direktivním postupu sestra sděluje různá rozhodnutí nebo doporučení. Naopak u nedirektivního postupu probíhá diskuze s pacienty, kteří se mohou ptát a vyjádřit svůj názor. Zdravotník klade cílené otázky k nalezení vhodného řešení dané situace (Tutková, 2007; Bláha a Staňková, 2004).

Zásady komunikace se liší podle věku a zdravotního stavu pacienta. Jiné zásady bude mít komunikace např. s dítětem, seniorem nebo sluchově postiženým. Při

komunikaci s dítětem je důležitá znalost vývojových charakteristik. Při této komunikaci sestra není jenom zdravotník, ale i kamarád nebo partner ve hře, velký význam má i její neverbální projev, důležitý je oční kontakt a úsměv a volba vhodného prostředí pro dětského pacienta. Sestra oslovuje dítě vždy křestním jménem, mluví stručně a jasně, motivuje ho ke spolupráci, poskytuje mupravdivé informace o následném úkonu, vhodné je i tento úkon dítěti předem ukázat. Sestra také úzce spolupracuje s rodiči. Nejčastějšíchchyb při komunikaci s dítětem se sestra dopouští tehdy, když mu lže, má autoritativní přístup a její odpovědi jsou neurčité. Senioři mají často porušené smyslové vnímání, což stěžuje komunikaci s nimi. Sestra musí rozpoznat komunikační bariéry, vždy mluví s pacientem a ne s možným doprovodem, zajistí bezpečné prostředí pro seniora, mluví pomalu, srozumitelně a hlasitěji, ale nekřičí, mluví v krátkých větách a artikuluje. Pro uklidnění a povzbuzení pacienta je vhodné pohlazení po ruce nebo podání ruky. Důležité je vyhradit si na rozhovor dostatek času, naslouchat a zásadní informace zopakovat (Pokorná, 2010). Pacienti se sluchovým postižením trpí velkou komunikační bariérou, mají menší slovní zásobu, špatně vyslovují a někdy hůře rozumí obsahu sdělení. S takovýmto pacientem sestra před rozhovorem naváže zrakový kontakt a zajistí tiché prostředí. Domluví se spolu, jaký druh komunikace nemocný upřednostňuje, zda má radši odezírání nebo znakovou řeč, popř. využije tlumočnicka znakového jazyka (Plevová, 2011; Venglářová a Mahrová, 2006).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.
2. Prokázat statisticky významnou souvislost mezi spokojeností s ošetrovatelskou péčí vybranými ukazateli jako je 1) pohlaví, 2) věk, 3) vzdělání, 4) prostředí a režim na standardním oddělení, 5) komunikace sestry s pacienty, 6) chování sester k pacientům.

2.2 Hypotézy

1. Ženy jsou méně spokojeny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí než muži.
2. Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich věku.
3. Pacienti s vyšším stupněm vzdělání jsou méně spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí než pacienti s nižším stupněm vzdělání.
4. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na spánkovém režimu.
5. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na čistotě sociálního zařízení.
6. Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na způsobu komunikace sester s pacienty.
7. Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na způsobu chování sester k pacientům.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

K dosažení cílů práce a potvrzení daných hypotéz byl použit kvantitativní výzkum pomocí metody dotazování technikou dotazníku. Využili jsme modifikovaný dotazník (se souhlasem RNDr. Tomáše Raitera), který vychází ze standardizovaného dotazníku Kvalita Očima Pacientů-hodnocení lůžkové péče, který byl vytvořen v rámci projektu Kvalita Očima Pacientů. Hlavním řešitelem tohoto grantu je RNDr. Tomáš Raiter. Metodika měření kvality zdravotní péče (spokojenost pacientů) se děje prostřednictvím sledování kvality v pěti dimenzích.

Dotazník byl strukturován do čtyř dimenzí se zaměřením převážně na ošetrovatelskou péči:

- 1) Spokojenost pacientů s pobytem v nemocnici.
- 2) Spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.
- 3) Spokojenost pacientů s propuštěním z nemocnice.
- 4) Obecné hodnocení nemocnice.

Dotazníky byly anonymní a dobrovolné. Dotazník obsahoval celkem 34 otázek. První tři otázky byly identifikační, zbylé byly zaměřeny na spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí (viz příloha 1).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni minimálně po dobu tří dnů v Nemocnici České Budějovice a v Nemocnici Český Krumlov. Pro umožnění výzkumného šetření byla oslovena Mgr. Monika Kyselová, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice a Mgr. Dana Podholová, hlavní sestra Nemocnice Český Krumlov (viz příloha 2; 3), následně byly osloveny vrchní sestry každého oddělení, kde byly dotazníky rozdány. Dotazníkové šetření probíhalo na chirurgickém a interním oddělení. Bylo rozdáno celkem 200 dotazníků. Návratnost dotazníků je 100%. Cílem bylo získání co největšího počtu respondentů pro objektivnost výsledků.

3.3 Způsob statického zpracování dat

Výsledky dotazníkového šetření byly realizovány pomocí programu Microsoft Office EXCEL 2007, pomocí standardních statistických metod (software SPSS). Získaná data byla srovnávána pomocí chí kvadrátu a znaménkového schématu. Tato data umožnila sledování signifikantních vztahů v kontingenčních tabulkách. U všech testů byla hranice pro hladinu významnosti stanovena na hodnotě 5 % ($\alpha = 0,05$).

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 Místo výzkumu

Oblast výzkumu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Český Krumlov	100	50,0
České Budějovice	100	50,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 (100%) respondentů 100 (50%) bylo tázáno v Nemocnici Český Krumlov, 100 (50%) respondentů bylo tázáno v Nemocnici České Budějovice.

Tabulka 2 Typ oddělení

Typ oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Interní oddělení	100	50,0
Chirurgické oddělení	100	50,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 (100%) respondentů 100 (50%) respondentů vyplnilo dotazník na interním oddělení, 100 (50%) jich vyplnilo dotazník na chirurgickém oddělení.

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	85	42,5
Žena	105	52,5
Neodpověděl/a	10	5,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) je 85 mužů (42,5 %) a 105 žen (52,5 %), z toho 10 respondentů na otázku neodpovědělo (5 %).

Tabulka 4 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mladší věk	33	16,5
Střední věk	76	38,0
Starší věk	80	40,0
Neodpověděl/a	11	5,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 33 respondentů bylo ve věku od 19 do 42 let (16,5 %), 71 respondentů bylo ve věku od 43 do 66 let (38 %) a ve věku od 67 do 90 let bylo 80 respondentů (40 %). 11 respondentů na otázku neodpovědělo (5,5 %).

Tabulka 5 Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní bez vyučení	42	21,0
Vyučení bez maturity	71	35,5
Maturita	52	26,0
Vysokoškolské	21	10,5
Neodpověděl/a	14	7,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100%) 42 respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je základní bez vyučení (21 %), 71 respondentů je vyučeno bez maturity (35,5 %), 52 respondentů má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou (26 %) a 21 respondentů má vysokoškolské vzdělání (10,5 %), 14 respondentů na otázku neodpovědělo (7 %).

4.2 Vyhodnocení dimenze „Spokojenost s pobytem v nemocnici“

Tabulka 6 Rušení nočního klidu

Rušení nočního klidu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	124	62,0
Ano, hluk ostatních pacientů	44	22,0
Ano, hluk personálu	15	7,5
Hluk z venčí	13	6,5
Neodpověděl	4	2,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 124 respondentů uvedlo, že je v noci hluk nerušil (62 %), 44 respondentů rušil hluk ostatních pacientů (22 %), 15 respondentů rušil hluk zdravotnického personálu (7,5 %), 13 respondentů rušil hluk zvenčí (6,5 %) a 4 respondenti na otázku, zda je v noci rušil hluk, neodpověděli (2 %).

Tabulka 7 Spokojenost s čistotou sociálního zařízení

Čistota sociálního zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/a	71	35,5
Spíše spokojen/a	76	38,0
Spíše nespokojen/a	31	15,5
Zcela nespokojen/a	19	9,5
Sociální zařízení jsem nepoužíval/a	2	1,0
Neodpověděl/a	1	0,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 71 respondentů bylo velmi spokojeno s čistotou toalet a sprch (35,5 %), 76 respondentů bylo spíše spokojeno (38 %), 31 bylo

spíše nespokojeno (15,5 %), 19 respondentů bylo zcela nespokojeno (9,5 %), 1 respondent na tuto otázku neodpověděl (0,5 %).

Tabulka 8 Spokojenost s čistotou pokojů

Čistota pokojů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/a	87	43,5
Spíše spokojen/a	81	40,5
Spíše nespokojen/a	22	11,0
Zcela nespokojen/a	8	4,0
Neodpověděl/a	2	1,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 87 respondentů bylo velmi spokojeno (43,5 %), 81 respondentů bylo spíše spokojeno (40,5 %), 22 bylo spíše nespokojeno (11 %), 8 respondentů bylo zcela nespokojeno s čistotou svých pokojů (4 %), 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli (1 %).

Tabulka 9 Spokojenost s dobou ranního buzení

Doba ranního buzení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	90	45,0
Spíše ano	52	26,0
Spíše ne	36	18,0
Ne	17	8,5
Neodpověděl/a	5	2,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100%) 90 respondentů uvedlo, že doba ranního buzení jim vyhovovala (45%), 52 respondentů s touto dobou bylo spíše spokojeno(26 %), 36 respondentů uvedlo, že jim tato doba spíše nevyhovovala(18 %), 17 respondentů bylo s touto dobou zcela nespokojeno(8,5 %), 5 respondentů neodpovědělo (2,5 %).

Tabulka 10 Spokojenost s teplotou v pokoji

Teplota v pokoji	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	118	59,0
Spíše ano	31	15,5
Spíše ne	27	13,5
Ne	20	10,0
Neodpověděl/a	4	2,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 118 respondentů uvedlo, že jim teplota v pokoji vyhovovala(59 %), spíše vyhovovala 31 respondentům(15,5 %), 27 respondentů bylo s teplotou ve svém pokoji spíše nespokojeno(13,5 %), 20 respondentů bylo zcela nespokojeno(10 %), 4 respondenti neodpověděli vůbec (2 %).

Tabulka 11 Spokojenost s dobou návštěv

Návštěvní hodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	126	63,0
Spíše ano	21	10,5
Spíše ne	21	10,5
Ne	26	13,0
Neodpověděl/a	6	3,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 126 respondentů uvedlo, že jim doba návštěv vyhovovala(63 %), 21 respondentů bylo spíše spokojeno(10,5 %), 21 bylo spíše nespokojeno(10,5 %), 26 respondentů uvedlo, že jim návštěvní hodiny nevyhovovaly(13 %), 6 respondentů na tuto otázku neodpovědělo(3 %).

Tabulka 12 Kvalita stravování

Kvalita stravování	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi dobrá	33	16,5
Spíše dobrá	94	47,0
Spíše špatná	39	19,5
Velmi špatná	23	11,5
Nemocniční stravu jsem nejedl/a	7	3,5
Neodpověděl/a	4	2,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 33 respondentů hodnotilo stravu jako velmi dobrou(16,5 %), 94 respondentů jako spíše dobrou(47 %), jako spíše špatnou kvalitu stravování ohodnotilo 39 respondentů (19,5 %), 23 respondentů hodnotilo stravu jako velmi špatnou(11,5 %), 7 respondentů nemocniční stravu vůbec nejedlo(3,5 %), 4 respondenti neodpověděli (2 %).

Tabulka 13 Dietní režim

Dietní režim	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	124	62,0
Ne	69	34,5
Nevím	5	2,5
Neodpověděl/a	2	1,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %)124 respondentů mělo určenou dietu (62 %), 69 nemělo žádnou dietu(34,5 %), 5 respondentů o své dietě nevědělo(2,5 %), 2 respondenti vůbec neodpověděli (1 %).

Tabulka 14 Spokojenost s dobou podávání stravy (se stravovacím režimem)

Stravovací režim	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	163	81,5
Ne	27	13,5
Nemocniční stravu jsem nejedl/a	4	2,0
Neodpověděl/a	6	3,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 163 bylo spokojeno s dobou podávání jídel(81,5 %), naopak 27 respondentů bylo nespokojeno s touto dobou(13,5 %), 4 respondenti nemocniční stravu nejedli(2 %), 6 respondentů neodpovědělo vůbec (3 %).

Tabulka 15 Spokojenost s ostatními službami nemocnice

Spokojenost s ostatními službami nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/a	51	25,5
Spíše spokojen/a	100	50,0
Spíše nespokojen/a	35	17,5
Zcela nespokojen/a	5	2,5
Neodpověděl/a	9	4,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 51 bylo velmi spokojeno s ostatními službami (25,5 %), 100 respondentů bylo spíše spokojeno (50 %), 35 respondentů bylo spíše nespokojeno (17,5 %), 5 respondentů bylo zcela nespokojeno s těmito službami (2,5 %), 9 respondentů vůbec neodpovědělo (4,5 %).

Tabulka 16 Pád z lůžka

Riziko pádu z lůžka	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	2	1,0
Ne	189	94,5
Nevím	2	1,0
Neodpověděl/a	7	3,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) dva respondenti odpověděli, že z lůžka spadli (1 %), 189 respondentů nikdy z lůžka nespadlo (94,5 %) a 2 respondenti (1 %) o pádu neví, 7 respondentů na otázku neodpovědělo (3,5 %).

4.3 Vyhodnocení dimenze „Spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí“

Tabulka 17 Srozumitelnost podávaných informací ze strany sester

Srozumitelnost odpovědí všeobecných sester	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	92	46,0
Spíše ano	54	27,0
Spíše ne	27	13,5
Ne	12	6,0
Neptal/a jsem se	13	6,5
Neodpověděl/a	2	1,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 92 uvedlo, že od sestry dostalo zcela srozumitelnou odpověď (46 %), 54 respondentů uvedlo, že spíše ano (27 %), 27 respondentů spíše nedostalo srozumitelnou odpověď (13,5 %), 12 respondentů uvedlo, že od všeobecné sestry nedostalo srozumitelnou odpověď vůbec (6 %), 13 respondentů se neptalo (6,5 %), 2 respondenti na tuto otázku neodpověděli (1 %).

Tabulka 18 Zmírnění obav pacienta

Zmírnění obav pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	84	42,0
Spíše ano	42	21,0
Spíše ne	24	12,0
Ne	7	3,5
Neměl/a jsem strach ani obavy	39	19,5
Neodpověděl/a	4	2,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 84 respondentů uvedlo, že všeobecná sestra dokázala zmírnit jejich obavy(42 %), byla ochotná si s nimi promluvit a utěšit je, 42 respondentů uvedlo, že byli pouze spíše spokojeni s komunikačními dovednostmi všeobecné sestry(21 %), 24 respondentů bylo spíše nespokojeno (12 %) a 7 respondentů bylo zcela nespokojeno s přístupem všeobecné sestry k obávajícímu se pacientovi(3,5 %). 39 respondentů nemělo obavy ani strach(19,5 %), 4 respondenti neodpověděli (2 %).

Tabulka 19 Neosobní (neetické) chování sester vůči pacientům

Chování všeobecných sester v přítomnosti pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Často	7	3,5
Občas	63	31,5
Nikdy	120	60,0
Neodpověděl/a	9	4,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) sedm respondentů uvedlo, že se často všeobecná sestra chovala tak, jako by nebyli pacienti přítomni (3,5 %), 63 respondentů uvedlo, že se s tímto chováním setkali jenom občas (31,5 %), 120 respondentů

se s tímto chováním nesetkalo nikdy (60 %), 9 respondentů na otázku neodpovědělo (4,5 %).

Tabulka 20 Důvěra pacientů k všeobecným sestřám

Důvěra pacientů k všeobecným sestřám	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	105	52,5
Spíše ano	74	37,0
Spíše ne	14	7,0
Ne	3	1,5
Neodpověděl/a	4	2,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 105 respondentů mělo důvěru k všeobecným sestřám (52,5 %), 74 odpovědělo spíše ano (37 %), 14 respondentů spíše nemělo důvěru k všeobecným sestřám (7 %), 3 respondenti všeobecným sestřám nedůvěřovali (1,5 %), 4 respondenti na tuto otázku neodpověděli (2 %).

Tabulka 21 Rozdílnost podaných informací

Rozdílnost informací od zdravotnického personálu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	20	10,0
Spíše ano	8	4,0
Spíše ne	47	23,5
Ne	122	61,0
Neodpověděl/a	3	1,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 20 respondentů uvedlo, že dostalo protichůdné informace od zdravotnického personálu (10 %), 8 respondentů bylo spíše protichůdně informováno (4 %), 47 respondentů spíše nedostalo protichůdné informace (23,5 %), 122 respondentů žádné protichůdné informace nedostalo (61 %), 3 respondenti na otázku neodpověděli (1,5 %).

Tabulka 22 Spokojenost s dosažitelností sester

Přítomnost zdravotnického personálu v nemocnici	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	97	48,5
Spíše ano	58	29,0
Spíše ne	30	15,0
Ne	10	5,0
Neodpověděl/a	5	2,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 97 respondentů uvedlo, že bylo zcela spokojeno s dosažitelností zdravotnického personálu (48,5 %), spíše spokojeno bylo 58 respondentů (29 %), 30 respondentů hodnotilo dosažitelnost sester spíše negativně (15 %), 10 bylo zcela nespokojeno (5 %), 5 respondentů na tuto otázku neodpovědělo (2,5 %).

Tabulka 23 Spokojenost s rychlostí poskytované péče

Rychlost poskytované péče	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/a	73	36,5
Spíše spokojen/a	83	41,5
Spíše nespokojen/a	28	14,0
Zcela nespokojen/a	8	4,0
Neodpověděl/a	8	4,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů(100 %) 73 respondentů bylo velmi spokojeno s rychlostí poskytované péče(36,5 %), 83 bylo spíše spokojeno(41,5 %), spíše nespokojeno pak bylo 28 respondentů (14 %) a 8 respondentů bylo zcela nespokojeno(4 %), 8 respondentů na tuto otázku neodpovědělo(4 %).

Tabulka 24 Zajištění soukromí pacienta při léčbě či vyšetření

Soukromí pacienta při léčbě či vyšetření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	127	63,5
Spíše ano	41	20,5
Spíše ne	13	6,5
Ne	15	7,5
Neodpověděl/a	4	2,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 127 respondentů uvedlo, že jim bylo zajištěno soukromí při léčbě či vyšetření (63,5 %), soukromí bylo zajištěno pouze zčásti 41 respondentům (20,5 %), spíše nespokojeno bylo 13 respondentů (6,5 %) a 15 respondentů nemělo soukromí při vyšetření vůbec (7,5 %). 4 respondenti neodpověděli (2 %).

Tabulka 25 Přístup sester k pacientovi

Přístup sester k pacientovi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	81	40,5
Spíše ano	85	42,5
Spíše ne	21	10,5
Ne	4	2,0
Odpověděl/a	9	4,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 81 bylo spokojeno s přístupem sester (40,5 %), 85 respondentů bylo spíše spokojeno s tímto postojem (42,5 %), 21 respondentů bylo spíše nespokojeno s přístupem sester ke své osobě (10,5 %) a 4 respondenti byli zcela nespokojeni (2 %). 9 jich na otázku neodpovědělo (4,5 %).

Tabulka 26 Zajištění citových potřeb pacienta

Zajišťování citových potřeb pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velmi spokojen/a	40	20,0
Spíše spokojen/a	100	50,0
Spíše nespokojen/a	35	17,5
Zcela nespokojen/a	7	3,5
Neodpověděl/a	18	9,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 40 respondentů bylo velmi spokojeno se zajištěním svých citových potřeb (20 %), 100 respondentů bylo spíše spokojeno (50 %), 35 respondentů bylo spíše nespokojeno (17,5 %) a 7 respondentů bylo zcela nespokojeno (3,5 %). 18 respondentů na tuto otázku vůbec neodpovědělo (9 %).

Tabulka 27 Celková spokojenost s poskytovanou péčí

Spokojenost s poskytovanou péčí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Výborná	38	19,0
Velmi dobrá	61	30,5
Dobrá	80	40,0
Dostatečná	14	7,0
Nedostatečná	2	1,0
Neodpověděl/a	5	2,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 38 respondentů hodnotilo poskytovanou péči jako výbornou (19 %), 61 respondentů jako velmi dobrou (30,5 %), 80 respondentů pouze jako dobrou (40 %), 14 respondentů ji hodnotilo jako dostatečnou (7 %) a jako nedostatečně poskytovanou hodnotili péči 2 respondenti (1 %). 5 respondentů neodpovědělo na tuto otázku (2,5 %).

4.4 Vyhodnocení dimenze „Spokojenost s propuštěním z nemocnice“

Tabulka 28 Problémy při propuštění

Problémy při propuštění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	119	59,5
Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace	14	7,0
Ano, čekal/a jsem na léky	5	2,5
Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře	10	5,0
Ano, čekal/a jsem na sanitku	21	10,5
Ano, z jiného důvodu	2	1,0
Neodpověděl/a	29	14,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 119 respondentů nemělo žádné problémy při propouštění z nemocnice (59,5 %), 14 respondentům bránilo v bezproblémovém propuštění zdravotní komplikace (7 %), 5 respondentů muselo čekat na léky před propuštěním (2,5 %), 10 respondentů muselo čekat na prohlídku u lékaře (5 %), 21 respondentů bylo nuceno čekat na sanitku (10,5 %) a 2 respondenti měli problémy při propuštění z jiného důvodu (1 %). 29 respondentů na otázku neodpovědělo (14,5 %).

Tabulka 29 Srozumitelnost podaných informací o následné péči

Péče po propuštění z nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jasně a srozumitelně	125	62,5
Málo srozumitelně	20	10,0
Nesrozumitelně	11	5,5
Nevysvětlili vůbec	11	5,5
Neodpověděl/a	33	16,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 125 respondentů bylo jasně a srozumitelně informováno o tom, jak o sebe pečovat po propuštění z nemocnice

(62,5 %), 20 respondentů bylo málo srozumitelně informováno(10 %), 11 respondentů bylo informováno nesrozumitelně (5,5 %) a 11 respondentům nebyla následná péče vysvětlena vůbec(5,5 %). 33 respondentů neodpovědělo (16,5 %).

Tabulka 30 Informování pacientů o nutnosti sledování nežádoucích příznaků onemocnění v domácí péči

Sledování příznak po propuštění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jasně a srozumitelně	76	38,0
Málo srozumitelně	31	15,5
Nesrozumitelně	14	7,0
Informace nebyly podány	42	21,0
Neodpověděl/a	37	18,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) bylo 76 respondentů informováno jasně a srozumitelně o nebezpečných příznacích, které je třeba sledovat po propuštění z nemocnice(38 %), 31 respondentů bylo informováno málo srozumitelně(15,5 %), 14 bylo informováno nesrozumitelně (7 %), 42 respondentům nebyly tyto informace poskytnuty(21 %), 37 respondentů neodpovědělo (18,5 %).

Tabulka 31 Edukace příbuzných při propuštění pacienta

Edukace příbuzných při propuštění pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jasně a srozumitelně	56	28,0
Málo srozumitelně	12	6,0
Nesrozumitelně	7	3,5
Edukace neproběhla	16	8,0
Moji blízcí nebyli přítomni při mém propuštění	71	35,5
Neodpověděl/a	38	19,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 56 respondentů uvedlo, že jejich blízcí byli jasně a srozumitelně informováni o následné péči po propuštění z nemocnice (28 %), 12 respondentů uvedlo, že jejich blízcí byli informováni málo srozumitelně (6 %), 7 respondentů uvedlo, že jejich blízcí byli informováni zcela nesrozumitelně (3,5 %), u 16 respondentů edukace neproběhla (8 %), 71 respondentů uvedlo, že jejich blízcí nebyli přítomni při propuštění (35,5 %), 38 respondentů na tuto otázku neodpovědělo (19 %).

Tabulka 32Nabídka zajištění služeb agentury domácí péče

Pomoc při zajišťování domácí péče	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	49	24,5
Ne	21	10,5
Můj zdravotní stav to nevyžadoval	94	47,0
Neodpověděl/a	35	17,5
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 49 respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta pomoc při zajišťování domácí péče (24,5 %), 21 uvedlo, že jim tato pomoc nabídnuta nebyla (10,5 %), 94 respondentům nebylo potřeba nabízet tuto pomoc, jelikož jejich zdravotní stav to nevyžadoval (47 %), 35 respondentů neodpovědělo (17,5 %).

4.5 Vyhodnocení dimenze „Obecné hodnocení spokojenosti s poskytnutou péčí“

Tabulka 33 Respekt a úcta při léčbě

Respekt a úcta při léčbě	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	86	43,0
Spíše ano	82	41,0
Spíše ne	21	10,5
Ne	5	2,5
Neodpověděl/a	6	3,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 86 respondentů cítilo, že s nimi bylo jednáno s úctou a respektem(43 %), 82 uvedlo, že bylo pouze spíše spokojeno(41 %), 21 respondentů bylo spíše nespokojeno v tomto ohledu(10,5 %), 5respondentů mělo pocit, že nejsou léčeni s úctou a respektem(2,5 %), 6respondentů neodpovědělo (3 %).

Tabulka 34 Edukace pacienta o jeho právech

Edukace pacienta o jeho právech	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	89	44,5
Ne	39	19,5
Nevím	64	32,0
Neodpověděl/a	8	4,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 89 respondentů bylo informováno o svých právech(44,5 %), 39 respondentů nebylo informováno vůbec(19,5 %), 64 respondentů vůbec nevědělo, zda byli informováni o svých právech, či nikoliv (32 %), 8 respondentů neodpovědělo na tuto otázku (4 %).

Tabulka 35 Změna zdravotního stavu pacienta

Zdravotní stav pacienta při propuštění	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lepší	120	60,0
Stejný	57	28,5
Horší	1	0,5
Neodpověděl/a	22	11,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 120 respondentů uvedlo, že se jejich stav během hospitalizace zlepšil(60 %), 57 respondentů hodnotilo svůj stav jako stejný(28,5 %), 1 respondent uvedl, že jeho stav byl horší při propuštění z nemocnice (0,5 %), 22 respondentů na otázku neodpovědělo(11 %).

Tabulka 36 Hodnocení nemocnice

Doporučení nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	87	43,5
Spíše ano	78	39,0
Spíše ne	20	10,0
Ne	3	1,5
Neodpověděl/a	12	6,0
Celkem	200	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkového počtu 200 respondentů (100 %) 87 respondentů by nemocnici svým blízkým doporučilo (43,5 %), 78 by ji spíše doporučilo (39 %), 20 respondentů by nemocnici spíše nedoporučilo (10 %) a 3 respondenti byli s nemocnicí tak nespokojeni, že by ji svým blízkým vůbec nedoporučili (1,5 %). 12 účastníků na otázku neodpovědělo (6 %).

4.6 Statistické vyhodnocení

Tabulka 37 Celková spokojenost s poskytnutou péčí versus pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		Celková spokojenost				
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Dostatečná	Celkem
Absolutní četnosti	Muž	13	22	39	9	83
	Žena	25	36	38	5	104
	Celkem	38	58	77	14	187
Relativní četnost	Muž	15,7%	26,5%	47,0%	10,8%	100,0%
	Žena	24,0%	34,6%	36,5%	4,9%	100,0%
	Celkem	20,3%	31,0%	41,2%	7,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Muž	0	0	0	0	
	Žena	0	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování byly v otázce spokojenost respondentů s poskytnutou péčí odpovědi rekatégorizovány z 5 kategorií na 4 kategorie 1) výborná, 2) velmi dobrá, 3) dobrá, 4) dostatečná. Přestože nebyly prokázány statisticky významné rozdíly v odpovědích v závislosti na pohlaví ($\chi^2 = 6,043$, $df = 3$, $p = 0,110$), je zřejmé, že ženy vyjadřovaly vyšší spokojenost s poskytnutou péčí než muži.

Tabulka 38 Srozumitelnost podaných informací versus pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		Srozumitelnost odpovědí					
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Neptal/a jsem se	Celkem
Absolutní četnost	Muž	30	24	16	6	8	84
	Žena	55	27	11	6	5	104
	Celkem	85	51	27	12	13	188
Relativní četnost	Muž	35,7%	28,6%	19,0%	7,1%	9,6%	100,0%
	Žena	52,9%	26,0%	10,5%	5,8%	4,8%	100,0%
	Celkem	45,2%	27,1%	14,4%	6,4%	6,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Muž	-	0	0	0	0	
	Žena	+	0	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Přestože nebyly prokázány statisticky signifikantní rozdíly v odpovědích (chí kvadrát / c2 = 7,100, df = 4, p = 0,131), znaménkové schéma zachytilo jeden významný rozdíl. Pro ženy byly podávány informace sestrami více srozumitelné (52,9 %) než pro muže (35,7 %).

Tabulka 39 Zmírnění obav pacientů versus pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		Zmírnění obav pacientů					
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Neměl/a jsem obavy	Celkem
Absolutní četnost	Muž	31	15	13	6	18	83
	Žena	48	25	10	1	20	104
	Celkem	79	40	23	7	38	187
Relativní četnost	Muž	37,3%	18,1%	15,7%	7,2%	21,7%	100,0%
	Žena	46,2%	24,0%	9,6%	1,0%	19,2%	100,0%
	Celkem	42,2%	21,4%	12,3%	3,7%	20,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Muž	o	o	o	+	o	
	Žena	o	o	o	-	o	

Zdroj: Vlastní zpracování

Přestože nebyly prokázány statisticky signifikantní rozdíly v odpovědích v závislosti na pohlaví respondentů (chí kvadrát / c2 = 7,968, df = 4, p = 0,093), z kontingenční tabulky je zřejmé, že sestry vhodnou komunikací dokázaly více zmírnit obavy z hospitalizace u pacientek (46,2 %) než u pacientů (37,3 %).

Tabulka 40 Vztah důvěry mezi pacientem a sestrou v závislosti na pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		Důvěra sester			
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Absolutní četnost	Muž	37	35	7	79
	Žena	62	36	7	105
	Celkem	99	71	14	184
Relativní četnost	Muž	46,8%	44,3%	8,9%	100,0%
	Žena	59,0%	34,3%	6,7%	100,0%
	Celkem	53,8%	38,6%	7,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Muž	0	0	0	
	Žena	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce důvěry k všeobecným sestřám odpověď "ne" ze statistického testování vyřazena. Pohlaví respondentů statisticky významně neovlivňuje důvěru respondentů k sestřám. (χ^2 kvadrát / $c^2 = 2,707$, $df = 2$, $p = 0,258$). Nicméně z tabulky vyplývá, že větší důvěru k sestřám vyjadřovaly ženy (59 %) než muži (46,8 %).

Tabulka 41 Hodnocení dosažitelnosti sester versus pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		Přítomnost zdravotnického personálu				
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Absolutní četnosti	Muž	36	22	19	6	83
	Žena	54	35	9	4	102
	Celkem	90	57	28	10	185
Relativní četnosti	Muž	43,4%	26,5%	22,9%	7,2%	100,0%
	Žena	52,9%	34,3%	8,8%	3,9%	100,0%
	Celkem	48,6%	30,8%	15,2%	5,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Muž	0	0	++	0	
	Žena	0	0	--	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Dosažitelnost sester hodnotili pacienti (muži) 30,1 % jako statisticky významně horší než pacientky (ženy); 11,1 %. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (chí kvadrát / $c^2 = 8,677$, $df = 3$, $p = 0,034$).

Tabulka 42 Spokojenost pacientů s poskytnutou péčí versus věk respondentů

Věk respondentů		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Mladší věk	6	8	14	28
	Střední věk	13	22	32	67
	Starší věk	19	27	31	77
	Celkem	38	57	77	172
Relativní četnosti	Mladší věk	21,4%	28,6%	50,0%	100,0%
	Střední věk	19,4%	32,8%	47,8%	100,0%
	Starší věk	24,7%	35,1%	40,3%	100,0%
	Celkem	22,1%	33,1%	44,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší věk	o	o	o	
	Střední věk	o	o	o	
	Starší věk	o	o	o	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byly v otázce celková spokojenost vyřazeny odpovědi dostatečná a nedostatečná.

V souvislosti s věkem respondentů nebyl zaznamenán žádný statisticky významný rozdíl (chí kvadrát / $\chi^2 = 1,377$, $df = 4$, $p = 0,848$). Můžeme říci, že věk respondentů nemá na jejich spokojenost s poskytnutou péčí statisticky významný vliv. Z kontingenční tabulky však vyplývá, že polovina respondentů mladší generace (od 19 – do 42 let) nebyla zcela spokojena s poskytnutou péčí a naopak nejvíce spokojeni byli věkově starší respondenti (24,7 %).

Tabulka 43 Srozumitelnost odpovědí všeobecných sester pacientovi v závislosti na věku respondentů

Věk respondentů		Srozumitelnost odpovědí sester				
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Absolutní četnosti	Mladší věk	16	9	1	3	29
	Střední věk	30	22	16	5	73
	Starší věk	39	20	10	4	73
	Celkem	85	51	27	12	175
Relativní četnosti	Mladší věk	55,2%	31,0%	3,4%	10,3%	100,0%
	Střední věk	41,1%	30,1%	21,9%	6,8%	100,0%
	Starší věk	53,4%	27,4%	13,7%	5,5%	100,0%
	Celkem	48,6%	29,1%	15,4%	6,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší věk	0	0	-	0	
	Střední věk	0	0	+	0	
	Starší věk	0	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

V kontingenční tabulce pro statistické testování z důvodu malého počtu četností byla v otázce srozumitelnost odpovědí rekatégorizována 5hodnotová škála na 4hodnotovou škálu: 1) Ano, 2) Spíše ano, 3) Spíše ne, 4) Ne.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že respondenti střední generace ve věku od 43 let do 66 let dostali od sester spíše nesrozumitelnou odpověď (21,9%), na rozdíl od respondentů zastoupených ve věkově mladší kategorii (od 19 – do 42 let), kdy více jak polovina dostala od sester zcela srozumitelnou odpověď (55,2 %). Se srozumitelností odpovědí ze strany sester však nejvíce byli spokojeni respondenti starší generace, od 67 do 90 let (53,4 %). Další statisticky významný rozdíl nebyl zaznamenán (chí kvadrát / $\chi^2 = 7,139$, df = 6, p = 0,308).

Tabulka 44 Vztah důvěry mezi pacientem a sestrou versus věk respondentů

Věk respondentů		Důvěra sester			
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Absolutní četnosti	Mladší věk	16	12	4	32
	Střední věk	32	34	7	73
	Starší věk	51	24	3	78
	Celkem	99	70	14	183
Relativní četnosti	Mladší věk	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	Střední věk	43,8%	46,6%	9,6%	100,0%
	Starší věk	65,4%	30,8%	3,8%	100,0%
	Celkem	54,1%	38,3%	7,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší věk	o	o	o	
	Střední věk	-	o	o	
	Starší věk	++	o	o	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování a z důvodu malého počtu četností byla vyřazena v otázce důvěra pacientů k sestram odpověď „ne“.

Zajímalo nás, jak věk působí na důvěru respondentů k sestram. Ukázalo se, že nejvíce sestram důvěřovali respondenti starší generace, ve věku od 67 do 90 let (65,4 %). Další statisticky významné rozdíly nebyly prokázány (chí kvadrát / $\chi^2 = 8,644$, df = 4, p = 0,071).

Tabulka 45 Spokojenost s kvalitou stravy versus věk respondentů

Věk respondentů		Kvalita stravy			
		Velmi dobrá	Spíše dobrá	Spíše špatná	Celkem
Absolutní četnosti	Mladší věk	4	12	8	24
	Střední věk	9	37	17	63
	Starší věk	17	39	13	69
	Celkem	30	88	38	156
Relativní četnosti	Mladší věk	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%
	Střední věk	14,3%	58,7%	27,0%	100,0%
	Starší věk	24,6%	56,5%	18,8%	100,0%
	Celkem	19,2%	56,4%	24,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší věk	0	0	0	
	Střední věk	0	0	0	
	Starší věk	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byly v otázce kvalita stravy vyřazeny odpovědi „ne“ a „nemocniční stravu jsem nejedla“.

Statistické testování nepotvrdilo signifikantní rozdíl v odpovědích respondentů (chí kvadrát / $\chi^2 = 4,002$, $df = 4$, $p = 0,406$). Všichni hodnotili kvalitu stravy podobně. Nejvíce respondentů střední generace (od 43 do 66 let) hodnotilo stravu jako spíše dobrou (58,7 %).

Tabulka 46 Spokojenost s čistotou sociálního zařízení versus věk respondentů

Věk respondentů		Čistota sociálního zařízení				
		Velmi spokojen/a	Spíše spokojen/a	Spíše nespokojen/a	Zcela nespokojen/a	Celkem
Absolutní četnosti	Mladší věk	7	12	7	7	33
	Střední věk	26	28	16	6	76
	Starší věk	33	30	8	6	77
	Celkem	66	70	31	19	186
Relativní četnosti	Mladší věk	21,2%	36,4%	21,2%	21,2%	100,0%
	Střední věk	34,2%	36,8%	21,1%	7,9%	100,0%
	Starší věk	42,9%	39,0%	10,4%	7,8%	100,0%
	Celkem	35,5%	37,6%	16,7%	10,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Mladší věk	o	o	o	+	
	Střední věk	o	o	o	o	
	Starší věk	o	o	o	o	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce čistota sociálního zařízení odpověď „toalety a sprchy jsem nepoužíval/a“ ze statistického testování vyřazena.

Nebyl zaznamenán statisticky významný vliv věku respondentů na hodnocení čistoty sociálního zařízení (chí kvadrát / $\chi^2 = 11,028$, $df = 6$, $p = 0,088$). Relativní rozdíl můžeme vidět v kategorii zcela nespokojen, kdy nejvíce zastoupených respondentů bylo střední generace ve věku od 42 do 66 let (21,2 %). Naopak nejméně respondentů, kterých bylo s čistotou sociálního zařízení zcela nespokojeno, bylo ve věku od 67 let do 90 let (7,8 %).

Tabulka 47 Spokojenost pacientů s poskytnutou péčí versus jejich vzdělání

Vzdělání respondentů		Celková spokojenost				
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Dostatečná	Celkem
Absolutní četnosti	Základní bez vyučení	10	16	14	1	41
	Vyučení bez maturity	12	24	33	1	70
	Maturita	11	14	21	6	52
	Vysokoškolské	4	2	8	6	20
	Celkem	37	56	76	14	183
Relativní četnosti	Základní bez vyučení	24,4%	39,0%	34,2%	2,4%	100,0%
	Vyučení bez maturity	17,1%	34,3%	47,2%	1,4%	100,0%
	Maturity	21,2%	26,9%	40,4%	11,5%	100,0%
	Vysokoškolské	20,0%	10,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	Celkem	20,2%	30,6%	41,5%	7,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní bez vyučení	0	0	0	0	
	Vyučení bez maturity	0	0	0	-	
	Maturita	0	0	0	0	
	Vysokoškolské	0	-	0	+++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování z důvodu malého počtu četností byla v otázce spokojenost pacientů rekatégorizována 5hodnotová škála na 4hodnotovou škálu: 1) Výborná, 2) Velmi dobrá 3) Dobrá, 4) Dostatečná.

Ze statistického testování je patrné, že respondenti s vysokoškolským vzděláním jsou méně spokojeni s poskytnutou péčí než respondenti s jiným nejvyšším dosaženým vzděláním (chí kvadrát / $\chi^2 = 25,149$, $df = 9$, $p = 0,003$).

Velký rozdíl můžeme vidět u vysokoškolsky vzdělaných respondentů a u respondentů, kteří jsou vyučeni bez maturity. 30% respondentů s vysokoškolským vzděláním hodnotí poskytnutou péči jako dostatečnou, zatím co pouze 1,4% respondentů s vyučením bez maturity poskytnutou péči hodnotí stejně. Statisticky významný rozdíl byl prokázán i u kategorie „velmi dobrá“, kdy 10% vysokoškolsky vzdělaných respondentů takto péči hodnotilo na rozdíl od respondentů se základním vzděláním bez vyučení (39%).

Tabulka 48 Srozumitelnost odpovědí ze strany sester versus vzdělání pacientů

Vzdělání respondentů		Srozumitelnost odpovědí sester			
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Absolutní četnosti	Základní bez vyučení	18	15	4	37
	Vyučení bez maturity	35	20	10	65
	Maturita	26	10	7	43
	Vysokoškolské	5	5	6	16
	Celkem	84	50	27	161
Relativní četnosti	Základní bez vyučení	48,7%	40,5%	10,8%	100,0%
	Vyučení bez maturity	53,8%	30,8%	15,4%	100,0%
	Maturita	60,4%	23,3%	16,3%	100,0%
	Vysokoškolské	31,2%	31,2%	37,6%	100,0%
	Celkem	52,2%	31,1%	16,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní bez vyučení	0	0	0	
	Vyučení bez maturity	0	0	0	
	Maturita	0	0	0	
	Vysokoškolské	0	0	+	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování z důvodu malého počtu četností byla v otázce srozumitelnost odpovědí rekatégorizována 5hodnotová škála na 3hodnotovou škálu: 1) Ano, 2) Spíše ano, 3) Spíše ne.

Vzdělání pacientů statisticky významně neovlivnilo spokojenost s podanými informacemi ze strany sester (chí kvadrát / $\chi^2 = 8,912$, $df = 6$, $p = 0,179$).

Zajímavé je, že vysokoškolsky vzdělaní pacienti udávali menší spokojenost s podanými informacemi. Pro tuto skupinu pacientů byly předávané informace nejméně srozumitelné.

Tabulka 49 Zmírnění obav pacienta sestrou v závislosti na vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		Zmírnění obav			
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Absolutní četnosti	Základní bez vyučení	19	10	3	32
	Vyučení bez maturity	30	18	9	57
	Maturita	22	9	4	35
	Vysokoškolské	6	2	7	15
	Celkem	77	39	23	139
Relativní četnosti	Základní bez vyučení	59,4%	31,2%	9,4%	100,0%
	Vyučení bez maturity	52,6%	31,6%	15,8%	100,0%
	Maturita	62,9%	25,7%	11,4%	100,0%
	Vysokoškolské	40,0%	13,3%	46,7%	100,0%
	Celkem	55,4%	28,1%	16,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní bez vyučení	0	0	0	
	Vyučení bez maturity	0	0	0	
	Maturita	0	0	0	
	Vysokoškolské	0	0	+++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Vysokoškolsky vzdělaní respondenti (46,7%) hodnotili zmírnění svých obav sestrou jako spíše nedostatečné a rozdíl od respondentů se základním vzděláním bez vyučení, kdy takové hodnocení uvedlo pouze 9,4%. Mezi jinými kategoriemi nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl ($\chi^2 = 12,552$, $df = 6$, $p = 0,051$).

Podle kontingenční tabulky lze říci, že respondenti s vysokoškolským vzděláním kladou větší důraz na zmírnění svého strachu a nejsou zcela spokojeni s uspokojováním této potřeby ze strany zdravotnického personálu.

Tabulka 50 Vztah důvěry mezi pacientem a sestrou v závislosti na vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		Důvěra sester			
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Celkem
Absolutní četnosti	Základní bez vyučení	26	14	1	41
	Vyučení bez maturity	41	25	3	69
	Maturita	24	21	5	50
	Vysokoškolské	6	10	5	21
	Celkem	97	70	14	181
Relativní četnosti	Základní bez vyučení	63,4%	34,2%	2,4%	100,0%
	Vyučení bez maturity	59,4%	36,3%	4,3%	100,0%
	Maturita	48,0%	42,0%	10,0%	100,0%
	Vysokoškolské	28,6%	47,6%	23,8%	100,0%
	Celkem	53,6%	38,7%	7,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní bez vyučení	o	o	o	
	Vyučení bez maturity	O	O	O	
	Maturita	O	O	O	
	Vysokoškolské	-	o	++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování a z důvodu malého počtu četností byla vyřazena v otázce důvěry pacientů k sestřím odpověď „ne“.

Ze statistického testování je patrné, že mezi vzděláním respondentů a jejich důvěrou k sestře existuje nepřímo úměrný vztah. S vyšším vzděláním klesala důvěra pacientů k sestřím (χ^2 kvadrát / $c^2 = 14,679$, $df = 6$, $p = 0,023$). Necelá čtvrtina vysokoškolsky vzdělaných respondentů nemá důvěru k sestřím (23,8 %) na rozdíl od respondentů se základním vzděláním, kde nedůvěru k sestřím vyjadřovalo pouze 2,4 % z nich.

Tabulka 51 Spokojenost s čistotou sociálního zařízení versus vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		Čistota sociálního zařízení				
		Velmi spokojen/a	Spíše spokojen/a	Spíše nespokojen/a	Zcela nespokojen/a	Celkem
Absolutní četnosti	Základní bez vyučení	15	15	5	6	41
	Vyučen bez maturity	26	28	11	6	71
	Maturita	16	18	11	6	51
	Vysokoškolské	8	8	4	1	21
	Celkem	65	69	31	19	184
Relativní četnosti	Základní bez vyučení	36,6%	36,6%	12,2%	14,6%	100,0%
	Vyučen bez maturity	36,6%	39,4%	15,5%	8,5%	100,0%
	Maturita	31,4%	35,2%	21,6%	11,8%	100,0%
	Vysokoškolské	38,1%	38,1%	19,0%	4,8%	100,0%
	Celkem	35,3%	37,5%	16,8%	10,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní bez vyučení	0	0	0	0	
	Vyučen bez maturity	0	0	0	0	
	Maturita	0	0	0	0	
	Vysokoškolské	0	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

V kontingenční tabulce pro statistické testování a z důvodu malého počtu četností byla rekatégorizována 5hodnotová škála na 4hodnotovou škálu: 1) Velmi spokojen/a, 2) Spíše spokojen/a, 3) Spíše nespokojen/a, 4) Zcela nespokojen/a.

Statistické testování nepotvrdilo signifikantní rozdíl v odpovědích respondentů. Můžeme říci, že vzdělání respondentů nemá vliv na spokojenost s čistotou sociálního zařízení v nemocnici (chí kvadrát / $\chi^2 = 3,521$, $df = 9$, $p = 0,940$). Relativního rozdílu si můžeme všimnout u kategorie „zcela nespokojen“, kdy toto tvrzení uvádělo

4,8% respondentů s vysokoškolským vzděláním a 14,6% respondentů se základním vzděláním bez vyučení.

Tabulka 52 Spokojenost s čistotou nemocničních pokojů versus vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		Čistota pokojů			
		Velmi spokojen/a	Spíše spokojen/a	Spíše nespokojen/a	Celkem
Absolutní četnosti	Základní bez vyučení	16	16	6	38
	Vyučení bez maturity	31	30	9	70
	Maturita	21	23	5	49
	Vysokoškolské	9	8	2	19
	Celkem	77	77	22	176
Relativní četnosti	Základní bez vyučení	42,1%	42,1%	15,8%	100,0%
	Vyučení bez maturity	44,3%	42,9%	12,9%	100,0%
	Maturita	42,9%	46,9%	10,2%	100,0%
	Vysokoškolské	47,4%	42,1%	10,5%	100,0%
	Celkem	43,8%	43,8%	12,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Základní bez vyučení	0	0	0	
	Vyučení bez maturity	0	0	0	
	Maturita	0	0	0	
	Vysokoškolské	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce čistota nemocničních pokojů vyřazena kategorie „zcela nespokojen/a“.

Respondenti hodnotili čistotu pokojů jednotně, nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl v odpovědích (chí kvadrát / $\chi^2 = 0,858$, $df = 6$, $p = 0,990$). Všichni respondenti bez ohledu na své vzdělání hodnotili čistotu pokojů velmi podobně. Nejvíce

spokojeni byli respondenti s vysokoškolským vzděláním (47,4%), naopak nejméně spokojeni byli respondenti s maturitou (10,2%).

Tabulka 53 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus noční buzení

Noční buzení		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ne	32	43	41	116
	Ano, hluk pacientů	3	9	26	38
	Ano, hluk zaměstnanců	1	5	8	14
	Celkem	36	57	75	168
Relativní četnosti	Ne	27,6%	37,1%	35,3%	100,0%
	Ano, hluk pacientů	7,9%	23,7%	68,4%	100,0%
	Ano, hluk zaměstnanců	7,1%	35,7%	57,2%	100,0%
	Celkem	21,4%	33,9%	44,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Ne	++	o	---	
	Ano, hluk pacientů	-	o	+++	
	Ano, hluk zaměstnanců	o	O	O	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byly v otázce celková spokojenost pacientů odpovědi „dostatečná“ a „nedostatečná“ ze statistického testování vyřazeny. V otázce noční buzení pacientů byly rekatégorizovány odpovědi ze 4 na 3 kategorie: 1) Ano, 2) Ano, hluk ostatních pacientů, 3) Ano, hluk ostatních zaměstnanců.

Dle kontingenční tabulky můžeme říci, že celková spokojenost pacientů klesá v případě, že jsou pacienti v noci rušeni (chí kvadrát / $\chi^2 = 15,709$, $df = 4$, $p = 0,003$). 68,4% respondentů uvedlo, že je rušil hluk ostatních pacientů, a celkovou spokojenost ohodnotilo jako dobrou, a pouze 7,9% respondentů péči ohodnotilo jako výbornou, i přestože je v noci rušil hluk ostatních pacientů.

Tabulka 54 Celková spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus ranní buzení

Ranní buzení		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ano	21	31	31	83
	Spíše ano	10	15	24	49
	Spíše ne	5	11	16	32
	Ne	2	2	9	13
	Celkem	38	59	80	177
Relativní četnosti	Ano	25,4%	37,3%	37,3%	100,0%
	Spíše ano	20,4%	30,6%	49,0%	100,0%
	Spíše ne	15,6%	34,4%	50,0%	100,0%
	Ne	15,4%	15,4%	69,2%	100,0%
	Celkem	21,5%	33,3%	45,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	0	0	-	
	Spíše ano	0	0	0	
	Spíše ne	0	0	0	
	Ne	0	0	0	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování byly vyřazeny v otázce celková spokojenost odpovědi „dostatečná“ a „nedostatečná“ z důvodu malého počtu četností.

Nebyl zaznamenán statisticky významný vliv ranního buzení na celkovou spokojenost respondentů ($\chi^2 = 6,215$, $df = 6$, $p = 0,400$).

Tabulka 55 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus čistota sociálního zařízení

Spokojenost s čistotou sociálního zařízení		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Velmi spokojen/a	21	25	23	69
	Spíše spokojen/a	13	27	31	71
	Spíše nespokojen/a	1	6	17	24
	Zcela nespokojen/a	2	3	7	12
	Celkem	37	61	78	176
Relativní četnosti	Velmi spokojen/a	30,4%	36,3%	33,3%	100,0%
	Spíše spokojen/a	18,3%	38,0%	43,7%	100,0%
	Spíše nespokojen/a	4,2%	25,0%	70,8%	100,0%
	Zcela nespokojen/a	16,7%	25,0%	58,3%	100,0%
	Celkem	21,0%	34,7%	44,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Velmi spokojen/a	+	o	-	
	Spíše spokojen/a	o	o	o	
	Spíše nespokojen/a	-	o	++	
	Zcela nespokojen/a	o	o	o	

Zdroj: Vlastní zpracování

V kontingenční tabulce pro statistické testování a z důvodu malého počtu četností byla rekatégorizována 5hodnotová škála na 4hodnotovou škálu: 1) Velmi spokojen/a, 2) Spíše spokojen/a, 3) Spíše nespokojen/a, 4) Zcela nespokojen/a. A v otázce celková spokojenost byly vyřazeny odpovědi „dostatečná“ a „nedostatečná“.

Vztah sledovaných proměnných je přímo úměrný, celková spokojenost s poskytnutou péčí roste v případě, že jsou pacienti spokojeni s čistotou sociálního zařízení a naopak ($\chi^2 = 13,984$, $df = 6$, $p = 0,030$).

Tabulka 56 Celková spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus čistota pokojů v nemocnici

Spokojenost s čistotou pokojů		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Velmi spokojen/a	29	28	23	80
	Spíše spokojen/a	8	28	42	78
	Spíše nespokojen/a	0	5	12	17
	Celkem	37	61	77	175
Relativní četnosti	Velmi spokojen/a	36,3%	35,0%	28,7%	100,0%
	Spíše spokojen/a	10,3%	35,9%	53,8%	100,0%
	Spíše nespokojen/a	0%	29,4%	70,6%	100,0%
	Celkem	21,1%	34,9%	44,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Velmi spokojen/a	+++	o	---	
	Spíše spokojen/a	--	o	+	
	Spíše nespokojen/a	-	o	+	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statické testování a z důvodu malého počtu četností byla v otázce čistota pokojů vyřazena odpověď „zcela nespokojen/a“. V otázce celková spokojenost byla rekatégorizována 5hodnotová škála na 3hodnotovou škálu: 1) Výborná, 2) Velmi dobrá, 3) Dobrá.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že respondenti, kteří jsou zcela spokojeni s čistotou pokojů, jsou i zcela spokojeni s ošetrovatelskou péčí (36,3 %). Pacienti, kteří hodnotili čistotu pokojů jako neuspokojivou, hodnotili celkovou spokojenost nižší hodnotou. Lze tedy říci, že spokojenost respondentů statisticky významně stoupá se spokojeností s čistotou pokojů ($\chi^2 = 25,450$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 57 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus srozumitelnost odpovědi sester

Srozumitelnost odpovědi sester		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ano	33	40	16	89
	Spíše ano	4	13	31	48
	Spíše ne	0	3	21	24
	Celkem	37	56	68	161
Relativní četnosti	Ano	37,1%	44,9%	18,0%	100,0%
	Spíše ano	8,3%	27,1%	64,6%	100,0%
	Spíše ne	0%	12,5%	87,5%	100,0%
	Celkem	23,0%	34,8%	42,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	++	---	
	Spíše ano	--	o	+++	
	Spíše ne	--	-	+++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro statistické testování byly v otázce celková spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí vyřazeny odpovědi „dostatečná“ a „nedostatečná“ z důvodu malého počtu četností. V otázce srozumitelnost odpovědi sester bylo rekatégorizováno 5 kategorií na 3 kategorie: 1) Ano, 2) Spíše ano, 3) Spíše ne.

Zajímavonás, do jaké míry srozumitelnost podaných informací ovlivňuje celkovou spokojenost pacientů s poskytnutou péčí.

Respondenti, kteří dostali od sester srozumitelnou odpověď na svou otázku, hodnotili péči jako výbornou (37,1%) nebo velmi dobrou (44,9%). Naopak nejvíce respondentů, kteří srozumitelnou odpověď nedostali, hodnotilo péči jako dobrou (87,5%). Můžeme tedy říci, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí klesá při poskytování informací, které nejsou pro pacienty srozumitelné (chí kvadrát / $\chi^2 = 54,297$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 58 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus schopnost sestry zmírnit obavy pacienta

Zmírnění obav		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ano	32	33	16	81
	Spíše ano	3	15	20	38
	Spíše ne	1	1	17	19
	Celkem	36	49	53	138
Relativní četnosti	Ano	39,5%	40,7%	19,8%	100,0%
	Spíše ano	7,9%	39,5%	52,6%	100,0%
	Spíše ne	5,3%	5,3%	89,4%	100,0%
	Celkem	26,1%	35,5%	38,4%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	o	---	
	Spíše ano	--	o	+	
	Spíše ne	-	--	+++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byly vyřazeny v otázce zmírnění obav pacienta odpovědi „ne“ a „neměla jsem strach ani obavy“. V otázce celková spokojenost byla rekatégorizována 5hodnotová škála na 3hodnotovou škálu: 1) Výborná, 2) Velmi dobrá, 3) Dobrá.

Dle kontingenční tabulky je celková spokojenost s ošetrovatelskou péčí ovlivňována tím, jak sestra zmírní pacientovy obavy (chí kvadrát / $\chi^2 = 41,500$, df = 4, p = 0,000). Je zřejmé, že se schopností sester zmírnit obavy a strach respondentů z hospitalizace rostla i spokojenost pacientů s poskytnutou péčí.

Tabulka 59 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus důvěryhodnost sester

Důvěra k sestřám		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ano	35	46	22	103
	Spíše ano	1	15	50	66
	Spíše ne	1	0	6	7
	Celkem	37	61	78	176
Relativní četnosti	Ano	34,0%	44,6%	21,4%	100,0%
	Spíše ano	1,5%	22,7%	75,8%	100,0%
	Spíše ne	14,3%	0%	85,7%	100,0%
	Celkem	21,0%	34,7%	44,3%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	+++	---	
	Spíše ano	---	--	+++	
	Spíše ne	o	-	+	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce celková spokojenost pacientů odpověď „dostatečná“ a „nedostatečná“ ze statistického testování vyřazena. V otázce důvěra sester byly rekatégorizovány odpovědi ze 4 na 3 kategorie: 1) Ano, 2) Spíše ano, 3) Spíše ne.

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že existuje přímo úměrná souvislost mezi spokojeností pacientů s ošetrovatelskou péčí a důvěrou k sestře. Pokud pacient důvěřuje sestře, statisticky významně lépe hodnotí spokojenost s poskytnutou péčí a naopak (chí kvadrát / $\chi^2 = 58,112$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 60 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus respektování pacienta

Respekt vůči pacientovi		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ano	37	39	10	86
	Spíše ano	1	22	56	79
	Spíše ne	0	0	12	12
	Celkem	38	61	78	177
Relativní četnosti	Ano	43,0%	45,4%	11,6%	100,0%
	Spíše ano	1,3%	27,8%	70,9%	100,0%
	Spíše ne	0%	0%	100,0%	100,0%
	Celkem	21,5%	34,4%	44,1%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	++	---	
	Spíše ano	---	o	+++	
	Spíše ne	o	--	+++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byly v otázce celková spokojenost vyřazeny odpovědi dostatečná a nedostatečná. V otázce respektování pacienta byla rekatégorizována 4hodnotová škála na 3hodnotovou škálu: 1) Ano, 2) Spíše ano, 3) Spíše ne.

Respektování pacientů je důležité pro jejich spokojenost. Z kontingenční tabulky vyplývá, že respondenti, kteří byli léčeni s úctou a respektem, byli také více spokojeni s celkovou péčí ($\chi^2 = 86,251$, $df = 4$, $p = 0,000$).

Tabulka 61 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí versus přístup sestry k pacientovi

Soucitný postoj k pacientovi		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Ano	34	39	8	81
	Spíše ano	3	20	60	83
	Spíše ne	0	1	10	11
	Celkem	37	60	78	175
Relativní četnosti	Ano	42,0%	48,1%	9,9%	100,0%
	Spíše ano	3,6%	24,1%	72,3%	100,0%
	Spíše ne	0%	9,1%	90,9%	100,0%
	Celkem	21,1%	34,3%	44,6%	100,0%
Znaménkové schéma	Ano	+++	+++	---	
	Spíše ano	---	--	+++	
	Spíše ne	0	0	++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z kontingenční tabulky pro statistické testování a z důvodu malého počtu četností byla v otázce postoj zdravotnického personálu vyřazena odpověď „ne“. A v otázce celková spokojenost byly vyřazeny odpovědi „dostatečná“ a „nedostatečná“.

V kontingenční tabulce můžeme vypočítat, že celková spokojenost respondentů stoupá, pokud přístup sester k nim je soucitný a uklidňující ($\chi^2 = 81,585$, $df = 4$, $p = 0,000$). Respondenti, kteří hodnotili přístup sester jako vstřícný, byli s celkovou péčí zcela spokojeni (42,0 %). Naopak 90,9% respondentů, kteří hodnotili postoj sester ke své osobě negativně, hodnotili celkovou spokojenost pouze jako dobrou.

Tabulka 62 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí versus uspokojení citových potřeb pacienta

Spokojenost s uspokojením citových potřeb		Celková spokojenost			
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Celkem
Absolutní četnosti	Velmi spokojen/a	24	14	2	40
	Spíše spokojen/a	9	39	50	98
	Spíše nespokojen/a	0	1	24	25
	Celkem	33	54	76	163
Relativní četnosti	Velmi spokojen/a	60,0%	35,0%	5,0%	100,0%
	Spíše spokojen/a	9,2%	39,8%	51,0%	100,0%
	Spíše nespokojen/a	0%	4,0%	96,0%	100,0%
	Celkem	20,2%	33,1%	46,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Velmi spokojen/a	+++	o	---	
	Spíše spokojen/a	---	+	o	
	Spíše nespokojen/a	--	---	+++	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z důvodu malého počtu četností byla vyřazena v otázce citové potřeby pacienta odpověď „zcela nespokojen/a“. V otázce celková spokojenost byla rekatégorizována 5hodnotová škála na 3hodnotovou škálu: 1) Výborná, 2) Velmi dobrá, 3) Dobrá.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že spokojenost pacientů s poskytnutou péčí klesá při nenaplnění citových a duchovních potřeb pacienta ($\chi^2 = 78,312$, $df = 4$, $p = 0,000$). 60% respondentů bylo velmi spokojeno se zajištěním svých citových a duchovních potřeb a i bylo zcela spokojeno s ošetrovatelskou péčí. Naopak u 96 % respondentů citová potřeba naplněna nebyla a celkovou péčí ohodnotilo pouze jako dobrou.

5 DISKUZE

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zjistit spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí a vliv vybraných ukazatelů jako je věk, vzdělání, pohlaví, spánkový režim, čistota sociálního zařízení, komunikace sester s pacientem a chování sester k pacientům na jejich spokojenost s poskytnutou péčí. K výzkumnému šetření byl použit standardizovaný dotazník Kvalita Očima Pacientů – hodnocení lůžkové části se zaměřením převážně na ošetrovatelskou péči. Pro výzkumné šetření jsem oslovila Nemocnici České Budějovice a Nemocnici Český Krumlov, vždy na standardním interním a chirurgickém oddělení. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, z toho 100 v Nemocnici České Budějovice a 100 v Nemocnici Český Krumlov (tabulka 1). Na interních odděleních každé nemocnice bylo vždy dotázáno 50 pacientů, stejně tak i na chirurgických odděleních (tabulka 2). Dotazování byli pacienti s minimální délkou hospitalizace 3 dny a starší 18 let. Pro výzkumné šetření byl dotazník rozdělen do čtyř dimenzí, kdy první dimenze obsahovala identifikační údaje pacienta. Dalšími zkoumanými dimenzemi byly spokojenost s pobytem v nemocnici, spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, spokojenost s propuštěním z nemocnice a obecné hodnocení nemocnice. Celková návratnost dotazníků byla 100 %. Z celkového počtu dotazovaných bylo 42,5 % mužů a 52,5 % žen (tabulka 3).

Byla zkoumána srozumitelnost podávaných informací sestrami v závislosti na pohlaví respondentů. Pro ženy byly podávány informace sestrami více srozumitelně (tabulka 38). Ze statistického testování je zřejmé, že pohlaví respondentů nemá zásadní vliv na důvěryhodnost sester, nicméně ženy vyjadřovaly větší důvěru k sestram než muži (tabulka 40). Jako statisticky významně horší hodnotili muži dosažitelnost sester v nemocnici (30,1 %). Pouze 12,7 % žen hodnotilo tuto oblast výzkumu za neuspokojivou (tabulka 41). V oblasti celkové spokojenosti s poskytnutou ošetrovatelskou péčí ženy vyjadřovaly vyšší spokojenost než muži (tabulka 37). Poskytnutou péči hodnotilo jako výbornou a velmi dobrou 58,6 % žen a 42,2 % mužů. Z výsledného šetření je patrné, že stanovená hypotéza H1 - Ženy jsou méně spokojeny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí než muži - nebyla potvrzena.

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí je ovlivněna také věkem. Zde byla zkoumána spokojenost se srozumitelností odpovědí sester na otázky kladené pacienty v závislosti na jejich věku. Nejvíce spokojeni byli pacienti starší generace (od 67 do 90 let); (53,4 %), naopak nejméně spokojeni v této oblasti byli respondenti středního věku (od 43 do 66 let), kteří uváděli, že podaným informacím od sester nerozuměli (tabulka 43). Stejně tak i v další zkoumané oblasti, kterou je pacientova důvěra k sestřám, nejvíce důvěřovali sestřám respondenti starší věkové kategorie (65,4 %); (tabulka 44). Z výzkumného šetření vyplývá, že na hodnocení stravy v nemocnici věk nemá vliv. Pacienti hodnotili stravu podobně, bez ohledu na věkové kategorie (tabulka 45). Dle mých postřehů však pacienti neodpovídali zcela objektivně. Po dobu mého výzkumu, obzvláště pak u starších pacientů, jsem se setkala několikrát s názory jako: „Jsem v nemocnici jenom na pár dní, takže extra stravu nepotřebuji, jsem vděčná za vše, co dostanu.“ Tudiž hodnotili stravu jako velmi dobrou, i když tomu tak ve skutečnosti nebylo. Podobné je to s čistotou sociálního zařízení. Z výzkumu nevyplývá, že by věk statisticky významně ovlivnil spokojenost nebo nespokojenost s čistotou těchto zařízení. Ve starší věkové skupině (67 a více) uvedlo pouze 7,8 % respondentů, že byli s čistotou sociálního zařízení nespokojeni, naopak mladší respondenti (do 42 let) byli nespokojeni ve 21,2 % (tabulka 46). V oblasti, kde byla zkoumána spokojenost s poskytovanou péčí v závislosti na věku respondentů, nebyl zaznamenán staticky významný rozdíl. Avšak nejspokojenějšími v této oblasti byli opět respondenti věkově starší (24,7 %); (tabulka 42). Ze získaných výsledků vyplývá, že H2 - Spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na jejich věku - byla potvrzena. Věkově starší respondenti jsou spokojenější s celkovou ošetrovatelskou péčí v téměř všech oblastech výzkumu. Pouze pro čistotu nebo stravu v nemocnici není věk statisticky významný.

Ve výzkumném souboru byli nejvíce zastoupeni respondenti s vyučením bez maturity (35,5 %), nejméně respondentů bylo s vysokoškolským vzděláním (10,5 %); (tabulka 5). Ze statistického testování vyplývá, že s vyšším dosaženým vzděláním klesá spokojenost respondentů s ošetrovatelskou péčí. Pouze 1,4 % respondentů hodnotilo ošetrovatelskou péči jako dostatečnou, zatímco vysokoškolsky vzdělaných se

stejným hodnocením bylo 30 % (tabulka 47). Z výsledného šetření je zřejmé, že hypotéza

H3 -Pacienti s vyšším stupněm vzdělání jsou méně spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí než pacienti s nižším stupněm vzdělání -byla potvrzena. Pacienti s vyšším vzděláním očekávají lepší péči, tudíž jsou méně spokojeni. Vzdělání respondentů ovlivňuje i důvěru k sestřám. Respondenti se základním vzděláním měli největší důvěru k sestřám, naopak více jak jedna pětina vysokoškolsky vzdělaných důvěru k sestřám nemělavůbec (23, 8 %). Z toho vyplývá, že čím vyšší je dosažený stupeň vzdělání, tím klesá důvěra pacienta k sestřám (tabulka 50). Další zkoumanou oblastí v závislosti na vzdělání respondentů byla schopnost sestry zmírnit pacientovy obavy. I zde obecně platí, že čím vyšší je vzdělání pacienta, tím nižší je spokojenost se zajištěním těchto potřeb. Vysokoškolsky vzdělaní pacienti (46, 7 %) byli nespokojeni se zmírňováním svých obav sestrou, naopak pouze 9,4 % respondentů se základním vzděláním uvedlo tuto schopnost sester jako nedostatečnou (tabulka 49). V závislosti na vzdělání byla zkoumána také srozumitelnost informací podávaných ze strany sester. Ze statistického zkoumání bylo zjištěno, že pacienti vysokoškolsky vzdělaní jsou méně spokojeni než pacienti s jiným dosaženým vzděláním. Nejvíce spokojeni s podanými informacemi byli respondenti s maturitním vzděláním (60,4 %); (tabulka 48). Dále byla zkoumána čistota sociálního zařízení v závislosti na vzdělání respondentů. Z výzkumu vyplývá, že vzdělání nemá zásadní vliv na spokojenost s čistotou sociálního zařízení. Zcela nespokojeno s čistotou sociálního zařízení bylo 4,8 % respondentů s vysokoškolským vzděláním a 14,6 % respondentů se základním vzděláním (tabulka 51).

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění také v závislosti na spánkovém režimu. Pacienti jsou spokojeni, pokud v noci nejsou rušeni, ať už jde o rušení ostatními pacienty, zdravotnickým personálem nebo hlukem zvenčí. Více jak polovina respondentů uvedla, že byli v noci rušeni ostatními pacienty (68,4 %), ale i přesto byli s poskytovanou péčí spokojeni. Naopak 35,3 % pacientů hodnotilo celkovou spokojenost pouze jako dobrou, i přestože v noci nebyli ničím rušeni (tabulka 53). Do této oblasti byla zahrnuta i spokojenost s poskytovanou péčí a doba ranního

buzení. Ze statistického testování je zřejmé, že někteří respondenti byli spokojeni více a někteří méně, ale nijak zásadně doba buzení neovlivnila jejich spokojenost s péčí (tabulka 54). Dle uvedených výsledků je zřejmé, že stanovená hypotéza H4 -Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na spánkovém režimu - byla potvrzena. Kvalita spánkového režimu pacientů v nemocnici ovlivňuje jejich náladu a spokojenost. Pacienti ovšem chápou, že v nemocnicích je nastaven určitý režim, jako je doba ranního buzení, který je třeba respektovat, proto také nehodnotili poskytovanou péči jako špatnou, i přestože byli buzení dříve, než chtěli.

Velký vliv na spokojenost pacientů s poskytnutou péčí má čistota zařízení, obzvláště pak čistota sociálního zařízení a pokojů. Spokojenost pacienta s čistotou pokoje znamená ve většině případů spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí (36,3 %). Pacienti, kteří uvedli čistotu pokojů jako nedostatečnou, nebyli celkově tolik spokojeni ani s ošetrovatelskou péčí (tabulka 55; 56). Z výsledné studie vyplývá, že hypotéza H5 - Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na čistotu sociálního prostředí - byla potvrzena. Čistota sociálního zařízení má statisticky významný vliv na spokojenost pacienta s poskytovanou péčí.

Zajímala nás také srozumitelnost podaných informací ze strany sester a její vliv na celkovou spokojenost. Důležité je, aby se sestra dokázala vcítit do situace pacienta a dokázala vše srozumitelně vysvětlit. Pacienti upřednostňují, když s nimi sestry mluví v krátkých a srozumitelných větách a nepoužívají odbornou terminologii, což uvádí i Venglářová a Mahrová, 2006. Ve své praxi jsem se několikrát setkala s tím, že sestry pro vysvětlení určitého ošetrovatelského postupu používaly odborné názvy a pacient přesně neporozuměl výkonu, který u něj sestry prováděly. Většina respondentů, kteří podaným informacím rozuměli, hodnotil péči jako výbornou nebo velmi dobrou (82 %). Je zřejmé, že spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí klesá při podávání nesrozumitelné informace ze strany sester (tabulka 57). Se srozumitelností úzce souvisí schopnost sestry komunikovat s pacienty a tím zmírňovat jejich strach a obavy. Zaměřili jsme se na to, jak schopnost sestry zmírnit obavy pacienta může ovlivnit jeho celkovou spokojenost s ošetrovatelskou péčí. Ze statistického testování vyplývá, že spokojenost pacientů roste se schopností sestry zmírnit jejich obavy a strach z hospitalizace (tabulka

58). Výzkumem stanovená hypotéza H6 - Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na způsobu komunikace sester s pacienty- byla potvrzena.

Postoj sestry k pacientům je důležitým faktorem pro zvýšení jejich spokojenosti. Pro pacienta je důležité, aby byl léčen s úctou a respektem a aby postoj sestry k němu byl soucitný a uklidňující. Respondenti, kteří byli takto léčeni(43 %), byli zcela spokojeni s poskytnutou péčí. Ti respondenti, kteří se necítili být respektováni, hodnotili péči pouze jako dobrou (100 %); (tabulka 60). Pacient je v nemocnici v cizím prostředí mezi cizími lidmi a cítí se nejistý. Sestra mu může svým chováním pobyt v nemocnici v rámci možností zpříjemnit tím, že se k němu bude chovat s úctou a respektem. Pod pojmem „jednat s respektem a úctou“ si představují pacienti odlišné věci. Sestra se musí více pacientům věnovat, ale ne vždy má čas si dlouze povídat právě tehdy, když o to pacient projeví zájem. Někteří z pacientů si to pak mohou vysvětlit jako projev neúcty, ale tak to opravdu není. To samé můžeme říci o chování sester k pacientům. Pokud je postoj sestry soucitný a uklidňující, spokojenost pacientů stoupá (tabulka 61). Kromě komunikace a chování sester bychom neměli opomenout uspokojování potřeb pacientů. Výzkumné šetření prokázalo, že spokojenost pacientů stoupá při zajištění jejich potřeb. Více než polovina respondentů (60 %) byla zcela spokojena s poskytnutou péčí a jejich citové a duchovní potřeby byly uspokojeny (tabulka 63). Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je nezbytná i důvěra pacientů k sestřím. Statistické testování ukázalo, že spokojenost pacientů stoupá, pokud pacient sestřím důvěřuje. (tabulka 62). Na základě těchto výsledků byla potvrzena hypotéza H7- Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí se mění v závislosti na způsobu chování sester k pacientům. Nedůvěra respondentů k sestřím je dle mého názoru ovlivněna tím, jestli je pacient v nemocnici opakovaně hospitalizován, či nikoliv. Pacienti, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni poprvé, se cítí v neznámém prostředí nejistě, a tudíž jejich důvěra k sestřím je nižší než u pacientů, kteří už hospitalizováni byli.

Mezi největší nedostatky v nemocnicích patřila informovanost pacientů o jejich právech. Celých 19,5 % respondentů s nimi nebylo seznámeno vůbec a 32 % vůbec nevědělo, jestli jim tato práva byla sdělena (tabulka 34). Informování pacientů o jeho

právech by mělo být samozřejmostí pro každou sestru při příjmu pacienta. Většina pacientů při příjmu neví, že mají být seznámeni se svými právy, tudíž se jich nedožadují.

Nižší spokojenost byla zaznamenána také v oblasti ostatních služeb, jako je možnost nákupu, sledování TV apod. (tabulka 15), kde si pacienti nejvíce stěžovali na příliš mnoho nevyužitého času. Pacienti, kteří nebyli imobilní, si často přáli mít co dělat, přivítali by nějaké zpestření. Sami navrhovali možná řešení, jak trávit volný čas v nemocnici. Některé z jejich návrhů byly opravdu nerealizovatelné a jiné z nich by vyžadovaly nemalé finanční částky. Dle mého názoru by se nemocnice neměla stát zábavním parkem, pacienti se zde mají vyléčit, a ne se do nemocnice chodit bavit. Naopak si myslím, že pro pacienty, kteří nejsou vážnějinemocní, je stresující trávit celé dny v jednom areálu bez možnosti dělat své oblíbené činnosti.

Neméně důležitou součástí výzkumu je spokojenost pacientů s propuštěním z nemocnice. V této dimenzi jsem se zaměřila zejména na to, zda se při propuštění vyskytly problémy, na to, zda pacientům bylo srozumitelně vysvětleno, jak o sebe mají pečovat po propuštění, zda bylo vše o následné péči vysvětleno blízkým a zda jim byla nabídnuta pomoc při zajišťování následné péče. Pokud se vyskytnou zdravotní komplikace nebo musí pacienti čekat na sanitku, léky apod., stávají se netrpělivými a tím i méně spokojenými. Kladně hodnotím, že celých 59,5 % respondentů uvedlo, že v jejich bezproblémovém propuštění nic nebránilo (tabulka 28). Podobné dimenze pro testování spokojenosti pacientů byly vytvořeny v Pickerově institutu, jak je uvedeno v literatuře Exner a kol., 2005. Jednalo se o osm dimenzí, které byly předlohou pro projekt Kvalita očima pacientů. Všechny otázky položené respondentům byly zaměřeny na jejich pohodlí v době hospitalizace, na míru informovanosti a na přístup sester k pacientům.

Ve výzkumném šetření dále nebyly prokázány významné rozdíly ve spokojenosti pacientů. Po vyhodnocení výsledného šetření můžeme říci, že spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí je poměrně vysoká. Nemocnice by měly spokojenost pacientů pravidelně zkoumat a na základě výsledků dále zvyšovat péči poskytovanou svým pacientům.

6 ZÁVĚR

Hlavním záměrem výzkumného šetření je zmapovat spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí ve vztahu k faktorům, který ji ovlivňují. Cílem této práce bylo zjistit rozdíl ve spokojenosti pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí ve vztahu k pohlaví, věku, vzdělání, prostředí a režimu na standardním oddělení, komunikaci sestry s pacientem, chování sester k pacientům.

V dnešní době se stává pacient aktivní součástí ošetrovatelského procesu. Je chápán jako bio-psycho-sociální bytost a je kladen důraz na jeho práva a potřeby, proto spolupracuje s ošetrovatelským týmem a podílí se na své léčbě. Poskytovatel zdravotní péče se zaměřuje na pacienta, snaží se vyhovět jeho přáním a tak dosáhnout jeho spokojenosti. Všeobecné sestry by se měly zajímat o potřeby pacienta, které souvisejí s onemocněním, ale i s pobytem v nemocnici. Management nemocnice pravidelně vyhodnocuje spokojenost pacientů s poskytnutou péčí a získané výsledky uplatňuje pro orientaci na její zlepšování na co největší úroveň. Pomocí výsledků, které určí spokojenost či nespokojenost pacientů, můžeme následně hledat pozitivní či negativní stránky v tomto procesu. Po zjištění některých nedostatků je nutné je co nejrychleji napravit.

Tabulka 63 Analýza silných a slabých stránek obou zainteresovaných nemocnic

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none">• Čistota prostředí v nemocnici• Komunikace sester s pacienty• Chování sester k pacientům• Rychlost poskytnuté péče• Propuštění pacientů	<ul style="list-style-type: none">• Edukace pacientů o jejich právech• Kvalita stravy• Ostatní služby nemocnice• Orientace v nemocnici

Zdroj: Vlastní zpracování

Z provedené analýzy vyplývá, že silné stránky převažují nad slabými. Mezi silné stránky byla zařazena čistota prostředí, která zahrnovala zejména čistotu sociálního

zařízení a pokojů v nemocnici. Pozitivní stránkou byla také komunikace s pacienty a chování sester k nim, kdy výzkum byl zaměřen na srozumitelnost odpovědí, zmírnění obav pacienta, vytvoření důvěry k sestřám, na respektování pacienta a uspokojení jeho potřeb. Rovněž sem lze zařadit rychlost poskytnuté péče a proces propouštění pacientů. Slabou stránkou je především edukace o právech pacientů, většina z nich totiž není při příjmu k hospitalizaci o svých právech informována. Strava byla zařazena do slabých stránek i z důvodu dietního režimu, který museli pacienti dodržovat. Někteří respondenti uváděli jako důvod své nespokojenosti malé porce a nedostatek času při stravování. Poslední slabou stránkou byly ostatní služby nemocnice, které zahrnovaly možnost koupit si občerstvení, noviny nebo možnost sledovat TV.

6.1 Doporučení pro praxi

V rámci zlepšení spokojenosti pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí byla navrhována tato doporučení:

- Poskytnout pacientům tištěný formulář o právech pacientů nebo jim ukázat místo, kde jsou práva uvedena, a ujistit se, zda všemu porozuměli.
- Srozumitelně informovat pacienta o jeho povinnostech, které musí dodržovat během hospitalizace, popřípadě ho odkázat na vnitřní řád nemocnice.
- V případě porušení práv pacientů informovat je o možnostech při podání stížnosti.
- Nabídnout pacientům možnost stravování i mimo čas stanovený pro podávání jídel.
- Zajistit pacientům dostatek času při jídle.
- Více dbát na pitný režim pacientů – pořízením automatů s pitnou vodou na chodby oddělení.
- Informovat pacienta o možnosti občerstvení v areálu nemocnice.
- Zvýšit dostupnost občerstvení.
- Zlepšit vybavení nemocnice.
- Zavést systém interních auditů kvality ošetrovatelské péče.
- Klást větší důraz na očekávání pacientů.
- Zlepšit orientaci v nemocnici – zvýšit počet orientačních tabulí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AUGUR Consulting s.r.o., 2015. *Kvantitativní výzkum* [online]. 2015 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.augur-consulting.cz/metody/kvantitativni-vyzkum.html#top>.

BEDNÁŘOVÁ, Dagmar, 2013. *Řízení kvality*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Ekonomická fakulta, str. 91. ISBN 978-80-7394-404-9.

BEŇADIKOVÁ, Daniela, 2013. Vliv úrovně vzdělání sestry na kvalitu poskytované péče. In: *Sestra*. **23** (3), str. 28-30. ISSN 1210-0404.

BLÁHA, Karel a Marta STAŇKOVÁ, 2004. *Česká ošetrovatelství 13: Sestra a pacient*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, str. 67. ISBN 80-7013-388-0.

Česká republika. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, zákon č. 372/2011, Sb., 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html.

České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester, Charta práv pacientů, 2006. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, str. 47. ISBN 80-7013-270-1.

DI CARA, Veronika a David MARX, 2005. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 248. ISBN 80-247-1001-3.

DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL, 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde, str. 138. ISBN 978-80-7101-684-6.

ENDOKRINOLOGICKÝ ÚSTAV, 2011. *Etický kodex lékařů, sester a zdravotnických pracovníků Endokrinologického ústavu* [online]. 2011 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://web2.endo.cz/cz/index.php/statut-eu/eticky-kodex-lekaru-sester-a-zdravotnickych-pracovniku-nelekaru-endokrinologickeho-ustavu/>.

EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ, 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional, str. 187. ISBN 80-86419-73-8.

FN V MOTOLE, 2012. Akreditace nemocnice. In: *Sestra*. č. 22 (2), str. 5. ISSN 1210-0404.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, str. 380. ISBN 80-7226-996-8.

GROHAR – MURRAY, Mary Ellen, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 320. ISBN 80-247-0267-3.

IVANOVÁ, Kateřina, 2006. *Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, str. 240. ISBN 80-7013-442-9.

JURÁSKOVÁ, Dana, Lenka GUTOVÁ, David MARX a Petra CHARVÁTOVÁ, 2004. *Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik*. In: Spojená akreditační komise[online]. 2004 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2004/kvalita-oseetrovatelske-pace-a-management-rizik-.311/>.

KAFKOVÁ, Vlastimila, 1992. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, str. 185. ISBN 80-7013-123-3.

KOPECKÁ, Katarína a Magdaléna KORCOVÁ, 2008. *Zdravotnícka etika*. 2. vyd. Martin: Osveta, str. 119. ISBN 978-80-8063-278-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Ošetrovatelská etika*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 163. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 206. ISBN 978-80-247-3224-4.

LÁVIČKOVÁ, Jana, 2006. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. In: *Sestra*. č. 16(4), str. 30-31. ISSN 1210-0404.

- MAREŠ, Jiří, 2009. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. In: *Praktický lékař*. 89 (2), str. 59-64. ISSN 0032-6739.
- MAŘEŠ, Jiří, 2009. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. In: *Praktický lékař*. 89 (12), str. 668-674. ISSN 0032-6739.
- MARX, David, 1999. *Některé zahraniční systémy hodnocení kvality související s akreditacemi ve zdravotnictví*. [online]. 1999 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nektere-zahranicni-systemy-hodnoceni-kvality-souvisejici-s-akred-121560>.
- ONDŘIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ, 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. In: *Sestra*. č. 23 (1), str. 33-35. ISSN 1210-0404.
- PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, str. 629. ISBN 80-7254-657-0.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 224. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 160. ISBN 978-80-247-3271-8.
- RAITER, Tomáš, 2010. *Kvalita očima pacientů: Hodnocení nemocnic*. [online]. 2010 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>.
- RAITER, Tomáš, 2013. *Měření kvality lůžkové péče*. Dotazník Kvalita očima pacientů: Hodnocení lůžkové péče, Příloha 1a. [online]. 2013 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Mereni-kvality-luzkove-pece--.html>.
- STANĚK, Ivan a David MARX, 2004. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, str. 288. ISBN 80-247-0629-6.
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2011. *Světová zdravotnická organizace*. [online]. 2011 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.who.cz/zaklinfo.html>.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, str. 353. ISBN 80-246-1091-4.

ŠIMEK, Jiří, 2006. Péče o spirituální potřeby nemocných. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. č. 2(3), str. 102. ISSN 1801-1349.

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

ŠVECOVÁ, Dagmar, 2010. *Audity na pracovišti, cesta ke zvýšení kvality a bezpečí*. [online]. 2010. Praha: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/4305/>.

TUTKOVÁ, Jitka, 2007. Komunikace Sestra – pacient. In: *Sestra*. č. 17 (1), str. 22-23. ISSN 1210-0404.

TUZA, Tomáš, 2010. *Základní práva pacientů*. [online]. 2010 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/zakladni-prava-pacientu-449016>.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana a Hana ULRYCHOVÁ, 2007. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. In: *Sestra*. č. 17 (2), str. 21-22. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. 1. vyd. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, str. 144. ISBN 80-247-1262-8.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Standardizovaný dotazník KOP Kvalita očima pacientů

Příloha 2: Souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici České Budějovice

Příloha 3: Souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici Český Krumlov

Příloha 1 Standardizovaný dotazník KOP Kvalita očima pacientů

KVALITA OČIMA PACIENTŮ - HODNOCENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Adéla Morongová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Žádám vás o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.“ Ráda bych Vás tímto požádala o přečtení otázek a jejich následné vyplnění. Správné odpovědi zakroužkujte. Zakroužkujte vždy jen jednu odpověď. Tento dotazník se týká pouze toho oddělení, na kterém se právě nacházíte.

Dotazník by měl klient vyplnit sám. Pokud potřebuje při vyplňování pomoc, měly by odpovědi vyjadřovat jeho názory, nikoliv názory pomáhající osoby. Pomáhající osobou nesmí být personál zdravotnického zařízení, ale může jí být kdokoliv další, komu pacient důvěřuje. Dotazník je anonymní, všechny uvedené údaje budou použity jako podklad pro moji bakalářskou práci či k následnému zlepšení kvality péče o pacienty.

Předem děkuji za Vámi věnovaný čas!

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1. Jste muž nebo žena?

1. Muž
2. Žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Základní bez vyučení
2. Vyučení bez maturity
3. Maturita
4. Vysokoškolské

3. Rok narození (prosím dopište):

SPOKOJENOST S POBYTEM V NEMOCNICI

4. Rušil Vás v noci hluk?

1. Ne
2. Ano, hluk ostatních pacientů
3. Ano, hluk zaměstnanců nemocnice
4. Ano, hluk zvenčí

6. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou pokojů?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a

8. Vyhovovala Vám teplota ve Vašem pokoji?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

10. Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?

1. Velmi dobrá
2. Spíše dobrá
3. Spíše špatná
4. Velmi špatná
5. Nemocniční stravu jsem nejedl/a

12. Vyhovovala Vám doba podávání jídel?

1. Ano
2. Ne
3. Nemocniční stravu jsem nejedl/a

14. Stalo se Vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

5. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou toalet a sprch?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a
5. Toalety/sprchy jsem nepoužíval/a

7. Vyhovovala Vám doba ranního buzení?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

9. Vyhovovala Vám doba návštěv?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

11. Měl/a jste dietu?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

13. Byl/a jste celkově spokojen/a s takovými službami nemocnice, jako je např. možnost telefonovat, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a

SPOKOJENOST S POSKYTNUTOU OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ

15. Když jste položil/a sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne
5. Neptal/a jsem se

17. Hovořila před Vámi sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

1. Často
2. Občas
3. Nikdy

19. Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v nemocnici od sester protichůdné informace?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

21. Jak jste byl/a spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám sestry poskytly pomoc, když jste ji potřeboval/a?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a

23. Jak hodnotíte postoj sester této nemocnice? Řekl/a byste, že postoj byl soucitný a uklidňující?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

25. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám zde byla poskytnuta?

1. Výborná
2. Velmi dobrá
3. Dobrá
4. Dostatečná
5. Nedostatečná

16. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla sestra ochotna si s Vámi promluvit?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne
5. Neměl/a jsem strach ani obavy

18. Měl/a jste důvěru k sestram, které Vás ošetřovaly?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

20. Vyhovovala Vám dosažitelnost sester v nemocnici?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

22. Měl/a jste dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

24. Jak jste byl/a spokojen/a s tím, jak sestry uspokojily Vaše citové a duchovní potřeby?

1. Velmi spokojen/a
2. Spíše spokojen/a
3. Spíše nespokojen/a
4. Zcela nespokojen/a

SPOKOJENOST S PROPUŠTĚNÍM Z NEMOCNICE

26. Vyskytly se nějaké problémy, které způsobily odklad Vašeho propuštění z nemocnice?

1. Ne
2. Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace
3. Ano, čekal/a jsem na léky
4. Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře
5. Ano, čekal/a jsem na sanitku
6. Ano, z jiného důvodu:

28. Řekl Vám někdo, jaké nebezpečné příznaky Vašeho zdravotního stavu máte po propuštění z nemocnice sledovat?

1. Jasně a srozumitelně
2. Málo srozumitelně
3. Nesrozumitelně
4. Informace nebyly podány

30. Nabídla Vám sestra pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění z nemocnice (např. pečovatelská služba, sociální pracovník apod.)?

1. Ano
2. Ne
3. Můj zdravotní stav to nevyžadoval

27. Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění z nemocnice?

1. Jasně a srozumitelně
2. Málo srozumitelně
3. Nesrozumitelně
4. Nevysvětlili vůbec

29. Vysvětlili lékaři nebo sestry Vaším blízkým, jakou pomoc potřebujete při zotavování?

1. Jasně a srozumitelně
2. Málo srozumitelně
3. Nesrozumitelně
4. Edukace neproběhla
5. Moji blízcí nebyli přítomni při mém propuštění z nemocnice

OBECNÉ HODNOCENÍ NEMOCNICE

31. Cítíte celkově, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

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

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

33. Jak byste ohodnotil/a Váš zdravotní stav při propuštění?

34. Doporučil/a byste tuto nemocnici rodině nebo přátelům?

1. Lepší
2. Stejný
3. Horší

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

Zde prosím napište jiné další vaše připomínky ke zdravotní péči v tomto zařízení:

Zkontrolujte prosím ještě jednou, zda máte vyplněny všechny vaše odpovědi, které se týkají pobytu v tomto zdravotnickém zařízení. Mnohokrát vám děkuji za Váš čas, který jste strávili při vyplnění tohoto dotazníku.

Zdroj:Dotazník byl inspirován standardizovanou metodikou KOP (kvalita očima pacientů) – hodnocení lůžkové péče. Originál metodiky lze nalézt na : www.hodnoceni-nemocnic.cz/Priloha_1a_Dotaznik_KOP_2013_H-02_nemocnice.pdf

Příloha 2 Souhlasy s výzkumným šetřením v Nemocnici České Budějovice

ŽÁDOST O POVOLENÍ K POUŽITÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU KOP (KVALITA OČIMA PACIENTŮ)

Jmenuji se Adéla Morongová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Žádám Vás o povolení použít tento standardizovaný dotazník (KOP - kvalita očima pacientů) na interním a chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.“

Mnohokrát děkuji, Morongová Adéla

12. 12. 2014

Adéla Morongová

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 3 Souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici Český Krumlov

ŽÁDOST O POVOLENÍ K POUŽITÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU KOP (KVALITA OČIMA PACIENTŮ)

Jmenuji se Adéla Morongová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Žádám Vás o povolení použít tento standardizovaný dotazník (KOP - kvalita očima pacientů) na interním a chirurgickém oddělení Nemocnice Český Krumlov a.s., který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.“

Mnohokrát děkuji, Morongová Adéla

Souhlasím s výzkumným šetřením (použití dotazníku)

Pc

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.
Horní Brána 429
381 27 Český Krumlov
Mgr. Dana Podhřelová
hlavní sestra
Tel. 380 761 301, mobil: 606 643 147

Dne 12.12.2014