

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Iveta Mrázová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na dětském oddělení z pohledu
osoby doprovázející dítě**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Ing. Iva Brabcová, R.N.

Autor:
Iveta Mrázová

2008

Abstract:

Satisfaction monitoring is one of the indicators of quality of provided care. The quality of nursing care provided in hospitals has been largely discussed recently. For many health care facilities the patients' opinion is crucial for the nursing care evaluation and represents a feedback for the nursing staff.

The objective of my thesis was to examine opinions of persons accompanying child patients in hospital on the nursing care quality. I set three hypotheses: The first hypothesis is – persons accompanying child patients in hospital are satisfied with the care, the second states – persons accompanying child patients in hospital are satisfied with communication with the nursing staff in a paediatric ward and the third hypothesis suggests that persons accompanying child patients in hospital are not satisfied with the paediatric ward equipment. The research sample was formed by persons accompanying child patients in the Český Krumlov hospital, Inc. Those persons were staying in hospital together with children during their hospitalization. The research was conducted in the paediatric ward of the Český Krumlov hospital, Inc. by the questionnaire method. The research took place in January, February and March. I analysed data obtained from 69 filled in questionnaires.

The data analysis shows that persons accompanying children in hospital were satisfied with the care provided – the hypothesis I is confirmed. The persons accompanying children in hospital were also satisfied with communication – the hypothesis II is confirmed, and they were satisfied with the paediatric ward equipment – the hypothesis III isn't confirmed.

The results of my research will be given over to the Český Krumlov hospital, Inc. management, primarily to the Chief Nursing Officer of the Hospital, to the Chief Physician and to the Senior Nurse Manager of the paediatric ward. The results may serve as a feedback and an expression of respect for the quality of nursing care in the paediatric ward in the hospital Český Krumlov, Inc.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na dětském oddělení z pohledu osoby doprovázející dítě 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Děkuji paní Ing. Ivě Brabcové, R.N. za cenné rady při psaní mé bakalářské práce, za její vstřícnost a čas, který mi věnovala.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Systém péče o dítě	4
1.2 Rozdělení dětského věku	6
1.3 Charakteristika dětského oddělení	7
1.3.1 Dítě a nemoc	8
1.3.2 Herní specialista	9
1.4 Dětské oddělení v Nemocnici Český Krumlov, a.s.	10
1.5 Doprovod dítěte v nemocnici	11
1.6 Úmluva o právech dítěte, Charta práv dětských pacientů	12
1.7 Vzdělávání dětských sester	12
1.8 Definice kvality a kontinuální zvyšování kvality péče	13
1.9 Dimenze kvality péče	14
1.10 Vyhodnocování kvality péče	15
1.10.1 Indikátory kvality zdravotní péče	15
1.10.2 Spokojenost klientů s poskytnutou péčí	16
1.10.3 Standardizace ošetrovatelské péče	17
1.10.4 Audity ošetrovatelské péče	18
1.10.5 Akreditace zdravotnického zařízení	20
1.11 Etický kodex sestry	21
2. Cíle práce a hypotézy	23
2.1 Cíl práce	23
2.2 Hypotézy	23
3. Metodika	24
3.1 Metodika práce	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
4. Výsledky	26
5. Diskuse	56
6. Závěr	64

7. Seznam použité literatury	65
8. Klíčová slova	69
9. Přílohy	70

Úvod

Stále aktuálnějším tématem v současném zdravotnictví je kvalita poskytované péče. Věnuje se jí stále větší pozornost, protože je úzce spjata s růstem profesionality a efektivnosti péče. K vyhodnocování a měření kvality nám slouží mimo jiné i indikátory kvality zdravotní péče. Těchto indikátorů existuje celá řada, jedním z nich je i sledování a vyhodnocování spokojenosti klientů s poskytnutou péčí. Spokojenost je ovlivňována mnoha faktory, ať už ze strany klienta, nebo ze strany zdravotnického zařízení. V dnešní době si lidé stále více uvědomují, že zdravotní péče není služba, která je zcela zdarma a kvalita této služby není ve všech zařízeních totožná. Z tohoto důvodu kladou zdravotnická zařízení stále větší důraz právě na spokojenost svých klientů, kteří mají možnost výběru zařízení, ve kterém jsou mu služby poskytovány. Kvalita a sledování spokojenosti je také uvedeno v akreditačních standardech Spojené akreditační komise České republiky.

Dětské lékařství je obor, který se odčlenil od vnitřního lékařství, porodnictví, veřejného zdravotnictví a dalších oborů. Ovšem o ošetřování dětí se zmiňují písemné zdroje již z dob starověku. Dětské oddělení v Nemocnici Český Krumlov, a.s. bylo založeno v roce 1950 jako součást nemocnice. Na dětských odděleních můžeme sledovat spokojenost s péčí u dětských pacientů, kteří jsou vzhledem ke svému věku již schopni posoudit různé stránky ošetrovatelské, léčebné i další péče. Proto u mladších dětských pacientů používáme k hodnocení spokojenosti osoby, které dítě doprovází.

Téma Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na dětském oddělení z pohledu osoby doprovázející dítě jsem si vybrala, protože pediatrické ošetrovatelství je obor, ve kterém bych chtěla působit po dokončení studia. Chtěla jsem tedy zmapovat, jaká je situace na dětském oddělení právě v souvislosti se spokojeností rodičů hospitalizovaných dětí. Myslím si, že obor pediatrické ošetrovatelství vyžaduje od ošetrovatelského personálu vyšší schopnost empatie, porozumění, laskavého jednání a trpělivosti a to nejen s dětmi, ale i s jejich doprovodem, nejčastěji s rodiči.

Výsledky budou poskytnuty managementu Nemocnice Český Krumlov, a.s., zejména hlavní sestře, primáři a vrchní sestře dětského oddělení. Výsledky mohou posloužit jako zpětná vazba pro ošetrovatelský personál dětského oddělení.

1. Současný stav

„Dětské lékařství je obor, který zahrnuje péči o dítě v době od narození do 18 let života. Náplní dětského lékařství je péče o dítě ve zdraví i nemoci, tj. péče preventivní, diagnostická, terapeutická a rehabilitační, a to jak po stránce tělesné, tak i duševní (10, s.130)“.

O ošetřování dětí se zmiňují již písemnosti z dob starověku. Samotné dětské lékařství se diferencovalo z vnitřního lékařství, porodnictví, veřejného zdravotnictví, sociálních zařízení a dalších oborů. První dětská nemocnice byla založena v Paříži roku 1802, v Praze byla založena v roce 1842 německá dětská nemocnice. První česká dětská nemocnice vznikla až v roce 1902, tedy sto let od založení první nemocnice v Paříži. Poté se začínají postupně zakládat dětská oddělení jako součásti krajských a okresních nemocnic (13, 26).

Dětství je období dítěte, kdy se připravuje na dospělost. Člověk ve srovnání s jinými biologickými druhy potřebuje zajistit relativně nejdelší péči v oblasti fyzické, psychické a sociální. Největší podíl v péči o dítě má rodina. Ta vytváří podmínky optimálního vývoje jedince nejen v dětství, ale i v dospělosti. Proto v péči o dítě musíme klást největší důraz na podporu rodiny a zajistit aktivní účast rodičů do celkové péče o dítě (1, 4).

1.1 Systém péče o dítě

Dítě se poprvé s léčebnou a ošetrovatelskou péčí setkává na novorozeneckém oddělení. Po propuštění odchází dítě domů s matkou a odbornou péčí přebírá odborný lékař – pediatr, nebo-li praktický lékař pro děti a dorost. Tento lékař se o dítě stará až do osmnácti let věku. Praktickému lékaři v ordinaci asistuje dětská sestra (21).

Praktický lékař pro děti a dorost se věnuje zejména preventivní péči. Jednotlivé preventivní prohlídky mají jasně definovanou náplň a probíhají ve stanovených intervalech. Plnění těchto prohlídek je kontrolováno zdravotními pojišťovnami. Jednotlivé prohlídky jsou stanoveny minimálně devětkrát v prvním roce života, dále v osmnácti měsících, ve třech letech, v šesti letech před nástupem do základní školy, v sedmi letech po absolvování první třídy základní školy a poté každé dva roky. Náplní

preventivních prohlídek je zejména dotazování matky o problémech dítěte a zdravotním stavu, vyšetření dítěte pomocí dostupných metod jako jsou pohled, pohmat a poslech. Dále se vyšetřuje zrak, sluch, krevní tlak a moč pomocí indikačních papírků. Hodnotí se psychická zralost, tělesný a pohlavní vývoj. Na závěr se zhodnotí celkový stav dítěte. Výsledky prohlídky se zaznamenávají do podrobného formuláře v dokumentaci dítěte. Přítomnost matky či otce nebo dokonce obou rodičů je nutná. Náplň jednotlivých prohlídek se liší podle věku dítěte (21, 26).

Praktický lékař pro děti a dorost také vede poradnu pro kojence. Úkolem této poradny je sledovat fyzický, nervový a psychický vývoj dítěte v období od narození do jednoho roku věku. V tomto nejkritičtější období se projeví většina vrozených vad, je objevena většina závažných onemocnění a začínají se projevovat první poruchy duševního vývoje dítěte. Z tohoto důvodu je stanoveno minimálně devět preventivních prohlídek do dvanáctého měsíce věku. Pediatr během nich kontroluje zejména váhu, obvod hlavičky, posuzuje vývoj, kontroluje stav výživy. Pokud je vše v pořádku dochází k očkování. Při prohlídce dítěte je i nutný pohovor s rodiči (21).

Další důležitou součástí je dispenzární péče, která se řadí do sekundární preventivní péče. Jde o sledování chronicky nemocných dětí, dětí s psychickým onemocněním či dětí z problematického sociálního zázemí. Smyslem této péče je rozlišit děti, které potřebují speciální péči nebo kontroly v častějších intervalech. Úkolem pediatra je koordinovat péči a léčbu jiných odborných lékařů a zapojit rodiče do léčebné péče (21, 26).

V České republice je pediatrická preventivní péče na velmi vysoké úrovni, je propracována do největších detailů a je velmi dobře organizována. Pokud je i správně vykonávána, přináší pozitivní výsledky (21).

Sekundární péče o dítě probíhá v nemocnicích na dětských odděleních či dětských klinikách, kde je dítě hospitalizováno pokud již nestačí ambulantní péče. Terciární péče probíhá ve fakultních nemocnicích (8, 26).

1.2 Rozdělení dětského věku

Vývoj každého jedince je velmi individuální a vždy závisí na působení vnějších a vnitřních faktorů. Každý jedinec ovšem prochází všemi jednotlivými obdobími života (2).

Prenatální věk je období, které trvá od početí po narození dítěte, což je přibližně čtyřicet týdnů. Do šestého týdne se zakládají orgány, které se poté postupně vyvíjejí. Jedná se o období, které má vliv na další život jedince. Plod reaguje na změny nálady matky, na stres i na polohu matčina těla. V tomto období je plod a jeho zdraví závislé na zdraví a nemocech matky, užívání různých návykových látek či léků matkou. Choroby vzniklé v embryonálním období jsou embryopatie, od šestého týdne to jsou fetopatie (2, 26).

Novorozenecký věk je období od narození, tedy od odstřížení pupečníku, do dvacátého osmého dne života. Dítě se adaptuje na okolní svět a zejména na matku. Důležitá je jejich vzájemná souhra, podpora kojení a stálá blízkost (systém rooming-in v porodnici). Pokud novorozenec onemocní, měl by být vždy hospitalizován společně s matkou i pokud není kojeno. Dítě v tomto věku trpí nejčastěji onemocněními: asfyktickým syndromem, infekcemi, vrozenými vývojovými vadami a novorozeneckou žloutenkou (2, 26).

Kojenecký věk období začíná dvacátým osmým dnem a končí ve dvanácti měsících života. Je charakteristické kefalokaudálním vývojem a mohutným vývojem psychiky, dítě se připravuje na nástup řeči. Nemoci v tomto věku většinou přetrvávají z novorozeneckého věku. Dále se přidávají záněty průdušek a plic, otitidy. Pokud nebyly objeveny vývojové vady v novorozeneckém období, mohou být diagnostikovány právě v tomto věku (2, 26).

Batolectí věk je ohraničen obdobím od prvních narozenin do tří let, tedy zhruba do nástupu do mateřské školy. Je charakteristický zlepšováním chůze a pohybu v prostoru, zdokonalováním řeči. Velké riziko s sebou nese právě zvyšující se fyzická aktivita, při které hrozí nebezpečí úrazů. Hra je největší aktivitou batolete během dne. Častými chorobami v tomto období jsou otitidy, pneumonie, infekční choroby, začínají

se projevovat alergie. Hrozí nebezpečí právě úrazů a otrav, které jsou i nejčastějšími příčinami úmrtí batolat (2, 26).

Předškolní věk je období, kdy dítě nastupuje do mateřské školy, kterou navštěvuje až do doby nástupu na základní školu, tedy do šesti let věku. Tím je ohraničené toto období. Zkvalitňují se duševní i motorické dovednosti. Často se v tomto období objevují alergická onemocnění dýchacích cest a infekční choroby, mohou se objevit neurózy a poruchy chování. Úrazy jsou stále nejčastější příčinou úmrtí (2, 26).

Školní věk se někdy dále dělí na mladší, střední a starší školní věk. Mladší školní věk trvá zhruba od šesti do osmi let, střední školní věk je od osmi do jedenácti až dvanácti let a starší školní věk trvá asi do patnácti let. Začíná školní výuka, dítě rozvíjí především duševní dovednosti. V období staršího školního věku většinou nastupuje puberta, je to období rychlého fyzického růstu. Nejvíce dětí trpí infekčními chorobami, alergiemi, neurózami a poruchami růstu. Největší nebezpečí představují dopravní úrazy (2, 26).

Dorostový věk se někdy také nazývá adolescence a zahrnuje věk od patnácti let do dvaceti až do dvaadvaceti let. Charakteristický pro toto období je sexuální a duševní vývoj. Dokončuje se růst a vzhled postavy. Častá onemocnění jsou ortopedické vady a psychózy. Rizikové jsou i nadále dopravní úrazy, ale i suicidální jednání a experimentování s drogami a návykovými látkami (2, 26).

1.3 Charakteristika dětského oddělení

Dětské oddělení zajišťuje péči diagnostickou a terapeutickou, kterou není možné zajistit v rámci primární péče. Dětské oddělení dělíme na část ambulantní, lůžkovou a vyšetřovací trakt (10).

Ambulantní část je tvořena pediatrickými ordinacemi a specializovanými ambulancemi jako jsou např. gastroenterologická, nefrologická, endokrinologická, alergologická či diabetologická. Ambulanci také musí projít každé dítě, které je následně hospitalizované na lůžkovém oddělení. Dítě je přijímáno na doporučení pediatra či lékaře z pohotovostní služby. Bez doporučení jsou přijímány děti s akutním onemocněním a ve vážném stavu (10).

Lůžková část dětského oddělení se dělí dle věku a také zdravotního stavu dětí. Obecně tuto část rozdělujeme na standardní oddělení a na jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) (10).

Novorozenecké oddělení je dnes vždy umístěno na gynekologicko-porodnickém oddělení i přesto, že je součástí dětského oddělení. Zajišťuje péči o novorozence od porodu do propuštění z porodnice a pečuje jen o fyziologické novorozence. Pokud je dítě ohroženo selháním vitálních funkcí, je hospitalizováno na neontologické JIP. Na tomto oddělení by měly pracovat zkušené dětské sestry, které mimo běžných činností také edukují matku v péči o dítě (10).

Na kojeneckém oddělení se pečuje o děti do jednoho roku věku. Pokoje zde jsou vybaveny lůžky pro kojence a pro matku. Pomůcky musí být co nejvíce individualizované. Součástí tohoto oddělení bývá také mléčná kuchyňka. V té pracuje speciálně vyškolená sestra, která připravuje sterilní kojeneckou stravu (10).

Oddělení pro batolata zajišťuje péči dětem do tří let věku. Je velmi podobné kojeneckému oddělení (10).

Oddělení větších dětí se již velmi podobá standardním ošetrovacím jednotkám. Důležitou součástí je kromě herny také učebna. Na toto oddělení dochází vychovatelky z mateřských škol a učitelky ze základních škol (10).

Dětská JIP je speciální oddělení, na kterém se věnuje specifická péče dětem, které vyžadují intenzivní péči nebo jsou ohroženy selháním vitálních funkcí. Přístrojové vybavení tedy zajišťuje monitoraci, podporu nebo náhradu životních funkcí (10).

Dětské oddělení by mělo svým uspořádáním, vybavením a celkovým prostředím zajistit dítěti pocit jistoty a bezpečí (10).

1.3.1 Dítě a nemoc

Jakákoliv nemoc či poškození organismu se pokaždé projeví na osobnosti dítěte. Každé dítě si chorobu uvědomuje a prožívá. Osobnosti dětských pacientů jsou velmi individuální, proto je nutné s nimi také individuálně zacházet. Vždy záleží na věku dítěte, jeho vyspělosti a jeho aktuálních potřebách. Je tedy důležité, aby zdravotníci měli vědomosti, aktivní zájem o děti, snahu jim porozumět a laskavé, vřelé a klidné

chování. Nesmí se zapomínat na to, že i nemocné dítě musí být vychovááno. Chování zdravotníků má tedy vliv i na chování dítě, na jeho názor na lékaře a sestry (5).

Již na počátku rozvoje dětských oddělení a klinik si lékaři všímali, že u některých dětí se objevují komplikace, které si nedokázali vysvětlit jinak, než jako nepříznivý psychický stav dítěte. Tuto „nemocniční nemoc“ nazvali hospitalizmus. Vyšší riziko hospitalizmu vzniká zejména u kojenců a batolat, kteří nejsou připraveni na odloučení od matky. Dítě nemá trvale uspokojené některé potřeby, hlavně z oblasti citové, senzorické, intelektové. Může dojít až k vážnému a nenapravitelnému poškození. Obecně v případě omezení některých podnětů hovoříme o deprivaci. Při omezení nebo náhlém přerušení již vytvořených vztahů mluvíme o separaci (5).

Rozeznáváme tři typické fáze průběhu. První fáze je fází protestu, projevuje se křikem a pláčem. Druhou fází je zoufalství. Dítě ztrácí naději, křik již není tak intenzivní, odvrací se od okolí. Třetí fáze je odpoutání od matky, kdy dítě potlačuje city k matce, zaměřuje se spíše na osobu, která dítě ošetřuje nebo dokonce na věci (2).

Fáze trvají různě dlouho a nemusí být ve stejném sledu. Je to velice individuální. Někdy se může druhá a třetí fáze považovat za adaptaci, ale jedná se o reakce obranné. Pokud se neobjeví separační příznaky, může se jednat o nepříliš hluboké vztahy k rodinnému prostředí. Nejkritičtější období je věk od prvního do čtvrtého roku života dítěte (2, 5).

1.3.2 Herní specialista

Herní specialista je samostatný profesionál, člen týmu zdravotníků pečující o dětské pacienty. Jeho úlohou je provázet dítě, ale i jeho rodiče, v období nemoci hospitalizací. Připravuje dítě na zákroky, edukuje jej, snižuje úzkost spojenou s pobytem v nemocnici. Používá hru jako prostředek komunikace mezi zdravotníky a dítětem. Spolupracuje se všemi členy týmu, to znamená se sestrami, lékaři, rodiči, pedagogy, psychology, pomocným personálem a s ostatními hospitalizovanými dětmi (9).

V Anglii tato profese vznikla již v roce 1963 a patří mezi nezastupitelné členy celého týmu na dětských odděleních. V České republice zatím není tato profese příliš

rozšířená. S herním specialistou se můžeme setkat v nemocnicích Praha Motol, Hradec Králové a Pardubice. Tato profese samozřejmě vyžaduje i speciální vzdělání. Zájemci proto mohou studovat v Plzni tří semestrový kurz Specialista pro hru a komunikaci v institucionální a domácí péči, nebo v Olomouci obor Herní specialista. Absolventi získávají certifikát o absolvování tohoto kurzu. Podmínkou je předchozí středoškolské vzdělání bez ohledu na vystudovaný obor (9).

Herní specialista především působí na psychiku hospitalizovaných dětí a tím předchází negativním reakcím jako je hospitalizmus (9).

1.4 Dětské oddělení v Nemocnici Český Krumlov, a.s.

V Českém Krumlově bylo dětské oddělení vybudováno v roce 1950 jako součást nemocnice. Skládá se z části ambulantní a z části lůžkové (19).

Součástí ambulantní části, kde probíhá příjem dětských pacientů, jsou také odborné ordinace. Zde probíhá dispenzární péče v ordinaci alergologické, kardiologické, nefrologické, gastroenterologické a pro rizikové novorozence (19).

Lůžkové oddělení se skládá z části novorozenecké, pro kojence, batolata, větší děti a pro dorost do devatenácti let. Na oddělení jsou i tzv. mateřské pokoje, na které se přijímají matky spolu s dětmi do šesti let. Nachází se zde i samostatná ložnice pro matky, kde mohou být nablízku svým dětem v případě obsazení mateřských pokojů. Součástí lůžkového oddělení je také pokoj zvýšené péče, kde se ošetřují děti ve vážném zdravotním stavu (19).

Na novorozeneckém oddělení se ošetřují novorozenci fyziologičtí, ale i s patologiemi. Lůžkové i novorozenecké oddělení úzce spolupracuje s Dětskou klinikou a JIP neontologického oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. (19).

Dětské oddělení Nemocnice Český Krumlov, a.s. nese statut projektu pro podporu kojení Baby friendly hospital. Tento projekt je iniciativou WHO, která vychází z Charty práv dítěte (viz příloha 1) a z Globální strategie výživy kojenců a malých dětí. Dětské oddělení musí splňovat určitá kritéria, která jsou podmínkou pro získání titulu Baby friendly hospital, neboli Dětské oddělení přátelské dětem a rodičům. Kritéria jsou shrnuta v deseti krocích na podporu kojení (viz příloha 2) (14).

1.5 Doprovod dítěte v nemocnici

Při hospitalizaci dítěte je možné přijmout s ním i jeho doprovod. Většinou se to týká dětí do šesti let, ale ve výjimečných případech může být povolen pobyt doprovodu i u dítěte staršího věku. V takovém případě schvaluje pobyt doprovodu revizní lékař zdravotní pojišťovny dítěte. Samozřejmě záleží vždy na kapacitě lůžek daného oddělení. Doprovod při hospitalizaci zajišťuje péči o své dítě a odpovídá za jeho bezpečnost (27).

Nejčastěji doprovází dítě do nemocnice jeho matka, pokud přijdou oba rodiče, většinou to znamená určitý projev společného zájmu a odpovědnosti k dítěti. V některých případech se může jednat o sociálně méně vyspělou matku, která sama potřebuje oporu, kterou jí poskytuje její partner. Zvláštní pozornost bychom měli však věnovat situacím, kdy s dítětem přicházejí prarodiče či dokonce jiní příbuzní, kteří nejsou zákonnými zástupci dítěte (4).

Rodiče dítěte, ať už hospitalizovaného či pouze v ambulantní péči, očekávají určitý způsob komunikace od zdravotnického personálu. Pokud mluvíme určitým tónem s dětmi různého věku, mluvíme i jiným způsobem s rodiči kojence, batolete, pubescenta a adolescenta. Rodiče či jiný doprovod dítěte očekávají jistou formu komunikace, tudíž bychom neměli vybočovat z jejich očekávání (4).

Aby dítě spolupracovalo s ošetřujícím personálem, je velmi důležitá efektivní komunikace. Předpoklad pro úspěšnou komunikaci mezi sestrou a dítětem je důkladné poznání vývojových stádií od narození až po období adolescence. Komunikace je ale také podmíněná zdravotním stavem dítěte, typem onemocnění a intenzitou příznaků. Dalším faktorem ovlivňujícím komunikaci je psychický stav dítěte a přítomnost rodičů či jiné blízké osoby. Z toho důvodu je nutné, aby se sestry na dětském oddělení neustále zdokonalovaly v komunikaci s dětmi. Správná komunikace s hospitalizovaným dětským pacientem je důležitým předpokladem pro poskytovanou péči metodou ošetřovatelského procesu (1).

Komunikace s dětským pacientem ale i s jeho rodiči vyžaduje trpělivost, upřímnost, lidskost, důslednost, schopnost naslouchat a v neposlední řadě i profesionální vystupování. V komunikaci s nemocným dítětem to platí dvojnásob (1).

1.6 Úmluva o právech dítěte, Charta práv dětských pacientů

Valné shromáždění OSN přijalo 12. listopadu 1989 Úmluvu o právech dítěte. Ratifikace českým parlamentem proběhla v březnu 1993. Podstatou této úmluvy je specifikace práv dětí a ochrana těch, kteří žijí v těžkých životních podmínkách. Představuje mezinárodní standard či měřítko, podle kterého je možné soustavně hodnotit postavení a úroveň národů (26, 29).

Úmluva o právech dítěte se zabývá čtyřmi oblastmi. První oblastí je právo na život a přežití, která zahrnuje i právo na dostatečnou životní úroveň (jako je např. přiměřené bydlení, zdravotní péče či výživa). Druhou oblastí je právo na osobní rozvoj, nebo-li právo na vzdělání, náboženství, svobodu myšlení, hru a zábavu nebo také na přístup k informacím. Třetí oblast tvoří práva na ochranu proti všem druhům krutosti, vykořisťování, násilí či nedobrovolné odloučení od rodiny. Čtvrtá oblast je zaměřena na participační práva, která dovolují dětem vyjadřovat své názory (26).

Dítě v dnešní době již není chápáno jako „pasivní předmět“ ochrany, ale jeho práva zahrnují všechny stupně od minimálních práv na přežití až po právo o sobě rozhodovat (26, viz příloha CD).

Centrální etická komise MZČR v roce 1993 podpořila text Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ se sídlem v Londýně. V květnu 1988 na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech byly tyto zásady přesně formulovány a schváleny. Znění charty práv dítěte viz příloha 1. Tato práva by měla být dodržována na všech dětských odděleních a doprovod dítěte či starší děti by měly být s těmito právy seznámeny při přijetí k hospitalizaci (13, 20).

1.7 Vzdělávání dětských sester

Ošetrovatelská péče o dětské pacienty je velice náročná. Proto sestry, které pracují na dětském oddělení by měli mít specializaci v oboru pediatrie. První samostatná škola pro dětské sestry vznikla až v roce 1945 a byla to Škola pro výchovu sester – ošetrovatelek kojenců a dětí se sídlem v Praze v Ječné ulici. Dále vznikaly školy pro dětské sestry v Ostravě a v Praze (10, 11).

Po vzniku čtyřletých středních zdravotnických škol vznikl i obor dětská sestra, ten se poté přenesl i na vyšší zdravotnické školy. V současné době tento obor na středních ani vyšších školách není. Jedinou možností ke vzdělání dětské sestry je specializační studium v oboru Dětská sestra jako Ošetřovatelská péče v pediatrii nebo se zaměřením na Ošetřovatelskou péči v klinických oborech, Herní aktivity a výchovnou péči, Ošetřovatelskou péči v dětské a dorostové psychiatrii, Intenzivní péči v neonatologii a Intenzivní péči v pediatrii. Další možností vzdělávání dětských sester je po absolvování bakalářského studia v oboru Všeobecná sestra navazující magisterské studium Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – ošetřovatelská péče v pediatrii (18, 28, 30).

1.8 Definice kvality a kontinuální zvyšování kvality péče

„Kvalitní ošetřovatelská péče je základním cílem současného ošetřovatelství (23, s. 13).“

Kvalitě zdravotní péče je věnována stále větší pozornost a to především ve vyspělých státech, je úzce spjata s růstem profesionality a celkové efektivnosti péče. Stále aktuálnější záležitostí se stává vyhodnocování kvality péče (7).

O kvalitě se stále mluví, ale ne všichni vědí, co skutečně pojem kvalita znamená. Definovat kvalitu není jednoduché, v literatuře se nachází mnoho definic kvality. Již v roce 1966 definovala kvalitu WHO jako „Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (7, s. 12).“ Nejnovější definice kvality dle WHO zní „Stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje (7, s. 13).“ (7, 12)

Pojem kvalita neznamena statický faktor, ale spíše se jedná o dynamickou sílu, která se stále mění. Proto nelze říci, že jsme nyní dosáhli té nejkvalitnější péče. Z toho vyplývá, že to co dnes považujeme za kvalitní, může být v blízké budoucnosti považováno za běžné, ba dokonce zastaralé (22).

Program kontinuálního zvyšování kvality by měli zavádět do běžné praxe všechny nemocnice. Tento program umožňuje monitorování a vyhodnocování kvality

poskytované péče. Nástrojem je standardizace a audit. Důvodem zavádění programu kvality do praxe je zajišťování spokojenosti klientů a jejich práv při poskytování péče (12).

Kvalita poskytované péče je závislá na mnoha faktorech. Zejména na pracovním prostředí, na materiálních, ekonomických či personálních zdrojích, na komunikaci, na spokojenosti zaměstnanců či na podnikové kultuře a etice a na koncepci managementu (12).

Dalším důležitým článkem ve zlepšování kvality poskytované péče je hodnocení ošetrovatelské péče. Můžeme ho docílit pomocí kontinuálního vzdělávání sester a kvalitně vedenou nástupní praxí, ve které je založen potenciál budoucí kvality ošetrovatelské péče (7).

1.9 Dimenze kvality péče

Kvalita ošetrovatelské péče je velmi komplexní pojem a má tedy řadu dimenzí. Na kvalitu péče se proto lze podívat z různých úhlů. První dimenzí kvality je bezpečnost. Ta se týká možných rizik v souvislosti s pobytem v nemocnici a různých zákroků. Rizika by měla být co nejvíce omezena. Druhou dimenzí kvality je kompetence. To znamená, že nabízená péče a zákroky jsou v souladu se znalostmi a dovednostmi personálu. Třetí dimenzí je přijatelnost, kdy péče či služby daného zařízení jsou přijatelné pro klienty, pacienty, plátce zdravotního pojištění a odpovídají jejich požadavkům. Čtvrtou dimenzí kvality je efektivnost. Péče, zákroky a všechny služby musí vést k očekávaným výsledkům, čili jedná se o efektivní péči. Pátou dimenzí je vhodnost, kdy péče a veškeré služby jsou vhodné vůči potřebám klientů a jsou založeny na standardech. Šestou dimenzí kvality je ekonomičnost. To znamená, že při využití co nejekonomičtějších zdrojích je dosaženo efektivních výsledků. Sedmou dimenzí je dostupnost. Ta je chápána jako získání potřebné služby či péče na správném místě, ve správné chvíli a pravým odborníkem. Osmou dimenzí kvality je kontinuita, to znamená určitou návaznost péče nebo-li „bezešvou péči“. Devátou dimenzí kvality péče je včasnost, jedná se o určitý stupeň, v němž je péče poskytována klientům a to právě v době, kdy jí nejvíce potřebují. Desátou dimenzí kvality je přiměřenost, kdy je

péče poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a také odpovídá stavu a potřebám klienta. Jedenáctou, poslední dimenzí kvality péče, je úcta a vnímavost. Jedná se o zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků do péče a do rozhodování o léčbě. Dále také zahrnuje respektování studu, soukromí a individuální odlišnosti jednotlivých klientů ze strany ošetřujícího personálu (12, 25).

K tomu, aby byly jednotlivé dimenze zachovány ve zdravotnických zařízeních, je nutné mít zdravou organizační kulturu, spokojené a motivované pracovníky (25).

1.10 Vyhodnocování kvality péče

Abychom zjistili jaká je úroveň kvality péče, musíme ji měřit a vyhodnocovat. K tomu nám slouží čtyři zdroje dat. Zdrojem tedy může být pacient, či jiný interní či externí klient, dále externí odborník, audit a indikátor kvality. Nejčastěji se používají indikátory kvality (25).

1.10.1 Indikátory kvality zdravotní péče

„Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo (12, s. 115).“

Indikátory kvality zdravotnické péče by měly být smysluplné, aby nám pomáhaly zvyšovat neustále kvalitu. Mohou být zaměřeny na negativní, ale i pozitivní jevy, na lékaře, sestry, proces, klinickou událost nebo celý systém, indikátory kvality se mohou vztahovat na strukturu, proces nebo výstup zdravotní péče. Indikátor je vždy nějaké číslo, čili je to kvantita, která nám vypovídá o kvalitě. Výsledek indikátoru umožňuje porovnávat „něco s něčím“ a nejsou neomylné (25).

Indikátorů kvality nabízí literatura mnoho. Proto je velmi důležitý výběr správného indikátoru, který bude měřitelný a porovnatelný s jinými odděleními či zdravotnickými zařízeními. K výběru správného indikátoru se používají kritéria jako je důležitost, validita, senzitivita a profesionální respekt. Důležitost spočívá v tom, že data, která sledujeme, musí být pro dané oddělení skutečně důležitá a měli by se slučovat s praxí oddělení. Validita znamená, že data musí měřit to, o čem by měly vypovídat.

Indikátor by měl být senzitivní na změny ve výkonu, ze kterého jsou získávána data. To znamená, že změny, ke kterým by mělo docházet, musí být jednoznačně spojeny s kvalitou péče. Profesionální respekt znamená, že dané oddělení využívá indikátory, které jim nabízí profesionální organizace či zdravotnické zařízení a ne pouze vytvořený či vybraný indikátor daným oddělením (25).

V literatuře se objevuje deset všeobecných indikátorů kvality, díky nimž lze porovnávat kvalitu mezi jednotlivými organizacemi a jsou to: nozokomiální infekce, infekce operačních ran, mortalita hospitalizovaných pacientů, mortalita novorozenců, perioperativní mortalita, císařské řezy, neplánované znovupřijetí pacienta, neplánované přijetí pacienta po ambulantním chirurgickém zákroku, neplánovaný návrat na JIP a neplánovaný návrat na operační sál. Pro pediatrická oddělení jsou vyhrazeny specifické indikátory kvality. Mezi ně patří: zranění novorozenců, přesun na JIP novorozenecké péče po dvaceti čtyřech hodinách života, opětovná hospitalizace během sedmdesáti dvou hodin po propuštění, chyby v diagnóze nebo managementu, úmrtnost hospitalizovaných pacientů včetně pooperační úmrtnosti a další (24, 25).

1.10.2 Spokojenost klientů s poskytnutou péčí

Dalším, velmi důležitým indikátorem, je sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí. V dnešní době je to jeden z nezastupitelných indikátorů kvality poskytnuté péče v daném zdravotnickém zařízení. Tyto průzkumy mají své slabé i silné stránky. Sledování spokojenosti může probíhat formou dotazníků, která je nejčastější, či formou cílených rozhovorů čili tzv. „focus groups.“ Dotazníková forma nám pomáhá získávat kvantitativní data, naopak rozhovory s klienty mají spíše kvalitativní zaměření a hrají důležitou roli v programu kontinuálního zvyšování kvality (25).

Výzkumy však prokázaly, že informace o spokojenosti s péčí během hospitalizace pacienta nenabízí příliš objektivní zdroj informací. A to hlavně z důvodu napětí, bolesti, obav či úzkosti pacienta, kterou pocítuje v době nemoci. Dále dotazníky, které jsou předkládány pacientům po propuštění z nemocnice, také nejsou objektivním ukazatelem kvality péče. Pacient je většinou v den propuštění rád, že již má

vše za sebou a na dané otázky odpovídá kladně, aby udělal personálu radost. Proto tyto výsledky nejsou zcela reálné. Ideálnější metodou je tedy cílený rozhovor s propuštěnými pacienty, tato metoda se však v České republice moc neosvědčila a to hlavně z důvodu neochoty pacientů. Ideální variantou pro získání názoru pacientů na kvalitu péče by tedy bylo spojení obou výše jmenovaných metod (25).

Ze strany klientů (tedy pacientů, plátců zdravotního pojištění či rodin klientů) byly nalezeny některé charakteristiky, které jsou považovány za důležité. Je to zejména prevence zdravotních potíží, diagnostika zdravotních potíží, účinky na bio-psycho-sociální a duševní stránky člověka, shoda mezi diagnózou, léčbou a prognózou, časový interval léčby, dostupnost odborné péče, osobní interakce (především zájem, profesionalita a péče), obavy z léčby a informace, které jsou použitelné k řízení zdravotní péče (7).

Klienti zdravotnických zařízení jsou ovšem schopni posoudit zejména tyto stránky kvality péče: působení prostředí ordinací a zejména čekáren, podmínky k osobní hygieně, hygiena a vybavení v lůžkových zařízeních, rychlost zásahů v případě urgentních stavů, chování zdravotnického personálu (hlavně lékařů a sester) vůči pacientům, komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty, čekací doby na vyšetření a ošetření, způsob informování klientů o zdravotním stavu a náročných terapeutických či diagnostických postupech a celkové subjektivní vnímání léčby. Proto by se zdravotnická zařízení měla zaměřit právě na tyto stránky kvality (7).

Jedním z měřítek, které by proto mělo dané zdravotnické zařízení monitorovat je spokojenost klientů s úrovní poskytovaných služeb a to zda splnilo zařízení jeho požadavky a očekávání (15).

1.10.3 Standardizace ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské standardy hrají důležitou roli při zvyšování kvality péče, protože určují minimální úroveň poskytované péče. Jsou to „platné definice přijatelné úrovně ošetrovatelské péče (3, s. 10).“

První standardy ošetrovatelské péče vznikaly v 70. letech 20. století v USA a určovaly na jakou péči mají nemocní nárok. Každá země vychází z vlastních

podmínek při vytváření standardů, ale zároveň se řídí doporučeními, která vydávají mezinárodní organizace jako např. Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní rada sester či Evropská unie (3).

Standardy dělíme do tří oblastí. První oblastí jsou strukturální standardy. Ty určují optimální technické, hygienické, personální a organizační prostředky. Dále zahrnují nábor a výběr pracovníků, obsazení pracovišť personálem, nezbytné vybavení, organizaci služeb a statutární a legislativní záležitosti (3).

Druhou oblast tvoří procesuální standardy, které zahrnují pouze ošetrovatelské činnosti a proto určují kvalitu ošetrovatelské péče. Tyto standardy dále dělíme na dvě oblasti a to na standardy ošetrovatelských postupů, které se týkají výkonů a na standardy ošetrovatelských činností, které se týkají ošetrovatelského procesu. Každý standard také zahrnuje měřítko spokojenosti pacienta s poskytovanou péčí (3).

Třetí oblastí jsou standardy hodnocení výsledků. Ty se týkají celkového hodnocení kvality péče a to buď v daném zařízení, či na určitém oddělení (3).

Dále můžeme standardy dělit na centrální a lokální standardy. Centrální standardy vydává Ministerstvo zdravotnictví jako normy zákonné či podzákonné. Tyto standardy jsou rámcové, určují tedy cíle, kritéria pro realizaci, velmi často nenesou označení standard. Lokální standard je zpracován a přijat v daném zdravotnickém zařízení či na konkrétním oddělení. Každý pracovník daného oddělení či zařízení musí být se standardem seznámen a musí ho dodržovat. Tyto standardy vycházejí z centrálních standardů a nesmějí být s nimi v rozporu (3).

Standardy, které jsou vytvořeny na vědecké bázi, umožňují aplikovat ošetrovatelský výzkum do praxe. Ošetrovatelské standardy určují kvalitu ošetrovatelské péče (3, 23).

1.10.4 Audity ošetrovatelské péče

„Audit představuje proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat zda realita odpovídá standardu, zjistit zda je standardu v praxi dosahováno (12, s. 119).“

První osobou, která poprvé zdůraznila smysl auditu v ošetrovatelské péči, byla Florence Nightingelová již v roce 1863. Audity, neboli vyhodnocení či průzkum, jsou nedílnou součástí vyhodnocování kvality péče ve všech zdravotnických zařízeních. Týkají se všech zaměstnanců daného zařízení, tedy ne pouze lékařů či sester. Audity se obecně dělí na interní, které provádějí zaměstnanci zdravotnického zařízení, a externí, které provádějí různé kontrolní orgány (25).

Jedním z typů auditů je i ošetrovatelský audit zaměřený na vyhodnocování ošetrovatelské praxe. Cílem tohoto auditu je zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Je založen na ošetrovatelských standardech a zkoumá dokumentaci a provádění ošetrovatelského procesu, neboli péči o pacienta, práce a výkony sestry. Nejedná se o hledání chyb jednotlivých osob, ale o nalezení „slabin“ v celkovém systému či procesu a zajištění realizace potřebných změn. Auditem rozumíme partnerský postup, kdy předmět daného auditu je vždy předem znám. Má být prováděn s manažerem programu kontinuálního zvyšování kvality a je prováděn týmově. Dále vyhodnocuje, jestli ošetrovatelská praxe využívá efektivně dostupných zdrojů. Výsledky auditu jsou fakta, která nejsou zveřejněna, ale je pouze informováno dané oddělení, kde k auditu došlo. Auditorský tým tvoří vyškolení odborníci v oblasti ošetrovatelských auditů. Ošetrovatelské audity v daném zdravotnickém zařízení se řídí harmonogramem auditů, který je vypracován náměstkyní pro ošetrovatelskou péči daného zařízení pro celý rok na všechna oddělení. Musí být vždy určen druh auditu a mohou do něj nahlédnout vrchní a staniční sestry všech oddělení (12, 25).

Další dělení je na audit plánovaný, který je předem znám, a neplánovaný, který se provádí pouze při zjištění neshod při plánovaném auditu. U neplánovaného se ověřují provedení nápravných opatření (17).

Ošetrovatelský audit můžeme rozdělit do čtyř druhů. Jedním z nich je retrospektivní revize, neboli kontrola ošetrovatelské dokumentace již propuštěných pacientů. Dalším typem je audit implementace ošetrovatelských standardů, kdy se sleduje dodržování odsouhlasených standardů. Třetím typem ošetrovatelského auditu je algoritmový audit, při kterém se vyhodnocují strategie péče z pohledu zachování

dohodnutých procesů a možných alternativ. Posledním typem je audit výsledků péče, který zkoumá, zda z auditu vyplývá jeho prospěch pro praxi (25).

Předmětem auditu má být kritérium, které je relevantní, měřitelné a důležité, a je stanoveno podle existujících standardů či směrnic (12, 25).

1.10.5 Akreditace zdravotnického zařízení

Akreditací zdravotnického zařízení rozumíme uznání oficiálně pověřenou organizací, že zdravotnické zařízení poskytuje kvalitní péči a má účinný program kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče. Cílem akreditace je soustavné zlepšování poskytované péče zdravotnickými zařízeními. Akreditace má zejména vzdělávací, standardizační a ověřovací charakter. V České republice se jedná o dobrovolný proces (6).

S prvními akreditacemi se začalo již ve 20. letech 20. století v USA, ovšem významnějším rokem pro akreditaci je rok 1951, kdy vznikla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations. Jedná se o organizaci, která provádí dobrovolné akreditace. V současnosti akredituje přes patnáct tisíc zdravotnických zařízení. V České republice vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví v roce 1998 Spojená akreditační komise České republiky (dále jen SAK – ČR). Organizace SAK – ČR není akreditována v rámci České republiky ani Evropské unie, proto osvědčení, která jsou vydávána touto komisí platí pouze v oblasti zdravotnictví v České republice. I toto je ovšem sporné, protože neexistuje v této souvislosti žádná právní norma (12, 15, 25).

Akreditační proces přináší do zdravotnických zařízení standardy, které po přijetí daným zařízením snižují různorodost mezi jednotlivými odděleními a zařízeními a zlepšují kvalitu poskytované péče i její souvislost, čili kontinuitu (25).

SAK – ČR vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti oblastí. První oblastí je právě oblast kvality. Třetím standardem v této oblasti je standard, který udává, že nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů. Zdravotnické zařízení má tedy zaručenou zpětnou vazbu ohledně kvality poskytované péče. Klient či pacient daného

zařízení má několik možností, buď vyplnění standardizovaného dotazníku či podání stížnosti či pochvaly. Obě tato data využívá zařízení ke zvyšování kvality poskytované péče (12, 16).

Výhody akreditace jsou zřejmé pro zdravotnická zařízení, klienty těchto zařízení, pro plátce zdravotního pojištění i pro komunity či obce. Akreditované zařízení je určitou zárukou pro pacienta, že mu bude poskytnuta kvalitní a zejména bezpečná péče. Tento klient má také jistotu, že pokud navštíví i jiné zdravotnické zařízení, bude mu poskytnuta péče na stejné úrovni. Další výhodou je využívání finančních prostředků od pojišťoven v rámci daného zařízení, které jsou investovány do dalšího zvyšování kvality péče. V některých zemích je dokonce akreditace podmínkou pro uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami (25).

Akreditace nepřináší výhody jen klientům a pacientům, ale také zaměstnancům. V případě sester, které se účastní celého akreditačního procesu spolu s lékaři a manažery jako rovnocenní partneři, se jedná o výrazný posun českého ošetrovatelství. Akreditací se zvyšuje kvalita ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace, vytváří se bezpečnější, atraktivnější a radostnější prostředí pro sestry i pacienty, dále dochází ke sjednocení ošetrovatelských procesů a dokumentace. Dochází k efektivnějšímu využívání zdrojů, buduje se organizační kultura, dochází ke zlepšení vztahů na pracovišti a zlepšuje se celková image zdravotnického zařízení i zaměstnanců (25).

V současné době celosvětově stoupá zájem o akreditaci, protože je určitým nástrojem k zajištění porovnatelné kvality péče. Ve vyspělých státech znamená nezískání akreditace ztrátu důvěry klientů (25).

1.11 Etický kodex sester

Etický kodex sester, který byl přijat v roce 1973 sesterskou veřejností, vymezuje základní jednání sestry s pacienty, rodinami pacientů, komunitou i celou veřejností. Určuje standardy pro hodnoty a morální přesvědčení, které by měly sestry uznávat. Tyto etické zásady vypracovala Mezinárodní rada sester (ICN). České sestry se přihlásily ke kodexu prostřednictvím profesních organizací (3).

Etická pravidla se rozdělují do několika oblastí. Zdůrazňují, že sestra je povinna dodržovat základní prvky ošetrovatelství, zejména jde o péči o zdraví, prevenci nemocí, zlepšování zdravotního stavu a tišení bolesti. Dále musí respektovat lidský život, lidská práva i lidskou důstojnost bez ohledu na víru, barvu kůže, rasu, národnost, pohlaví či politické přesvědčení a sociální postavení. Tuto péči poskytuje jednotlivcům, rodinám i komunitám (3).

Sestra samozřejmě musí dodržovat pravidla mlčenlivosti. Nese plnou odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a je povinna se dále kontinuálně vzdělávat. Také by se měla snažit o co nejvyšší úroveň standardní péče. Tím pádem zajišťuje i kvalitní ošetrovatelskou péči. Provádí pouze ty činnosti, ke kterým má kvalifikaci. Dále se také účastní či iniciuje různé společenské aktivity, které se týkají zlepšení zdravotního, ale i sociálního stavu obyvatelstva. Etický kodex také zdůrazňuje zapojení sestry do multidisciplinárního týmu. Sestra je povinna získat co nejvyšší možné vzdělání a kvalifikaci v oboru, ve kterém pracuje. Pokud sestra dodržuje zásady etického kodexu, její ošetrovatelská péče se považuje za kvalitní (3).

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zmapovat spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí z pohledu doprovázející osoby na dětském oddělení.

2.2 Hypotézy

H1: Osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s kvalitou ošetrovatelské péče.

H2: Osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s komunikací se sestrami na dětském oddělení.

H3: Osoby doprovázející dítě nejsou spokojeny s kvalitou provozního vybavení dětského oddělení.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K ověření stanovených hypotéz jsme zvolily formu kvantitativního výzkumu metodou dotazování, techniku dotazníku (viz příloha 3). Dotazník obsahoval celkem 30 otázek.

Dotazník byl anonymní, což jsme zdůraznili v úvodu spolu s tématem a účelem práce. Dotazník byl zaměřen na všechny části hospitalizace, to znamená na spokojenost s průběhem příjmu, samotnou hospitalizací i s průběhem propuštění včetně podání informací. U 26 otázek bylo nabídnuto několik možností k výběru, vždy bylo nutné vybrat pouze jednu odpověď. U 4 otázek bylo možné popsat konkrétní skutečnosti vlastními slovy. Tyto otázky zjišťovací jsme zařadili na začátek dotazníku. V druhé části dotazníku byly otázky identifikační.

Výzkum probíhal v měsíci lednu, únoru a březnu, sebraná data byla vyhodnocena procentuálně a ke zpracování výsledků výzkumu včetně grafů bylo použito programu Microsoft Excel. Pro otázky týkající se spokojenosti jsme použili statistický program SPSS 13.0 – frekvenční statistiku. Získaná data jsme vyhodnotili pomocí těchto ukazatelů frekvenční statistiky: aritmetický průměr, medián, modus, směrodatná odchylka, minimum a maximum.

Odpovědi na otázky, které se přímo týkají spokojenosti (otázky č. 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 18 a 20), jsme kvantifikovali následujícím způsobem:

Hodnota 4 = spokojen/a

Hodnota 3 = spíše spokojen/a

Hodnota 2 = spíše nespokojen/a

Hodnota 1 = nespokojen/a

Aritmetický průměr je statistická veličina, která v jistém smyslu vyjadřuje typickou hodnotu popisující soubor mnoha hodnot. Definice aritmetického průměru je

$$\bar{x} = \frac{1}{n} (x_1 + x_2 + \dots + x_n) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$
, tzn. součet všech hodnot vydělený jejich počtem.

Medián je číslo, které leží uprostřed podle velikosti uspořádaného souboru čísel. Polovina čísel má tedy hodnotu, která je větší nebo rovna mediánu a polovina čísel má hodnotu, která je menší nebo rovna mediánu.

Modus je nejčastější hodnota (nejčastější veličina), která se v určité číselné řadě (statistickém souboru) skutečně nejčastěji vyskytuje.

Směrodatná odchylka vypovídá o tom, jak moc se od sebe navzájem liší typické případy v souboru zkoumaných čísel. Je-li malá, jsou si prvky souboru většinou navzájem podobné, a naopak velká směrodatná odchylka signalizuje velké vzájemné odlišnosti.

Minimum je nejnižší uvedená hodnota.

Maximum je nejvyšší uvedená hodnota.

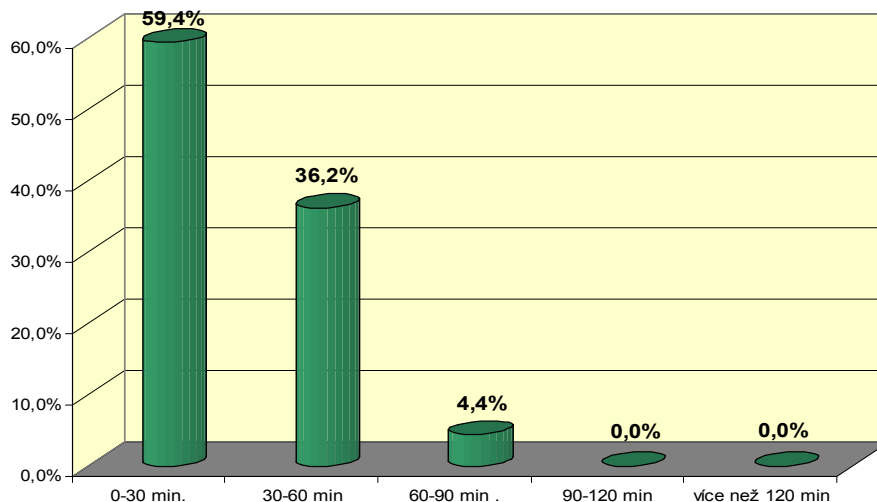
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové zjišťování spokojenosti tvořily doprovázející osoby dětí na Dětském oddělení Nemocnice Český Krumlov, a.s. Konkrétně to byly osoby, které byly hospitalizovány společně s dětmi na oddělení. Výzkum probíhal po dohodě s hlavní sestrou Nemocnice Český Krumlov, a.s. a po dohodě s primářem a vrchní sestrou dětského oddělení. Hlavním kritériem byla ochota osob, které doprovázely děti, vyplnit dotazník.

Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, 69 dotazníků se vrátilo, žádný dotazník nebyl vyřazen. K výzkumu bylo tedy použito 69 dotazníků, návratnost činila 98,6 %.

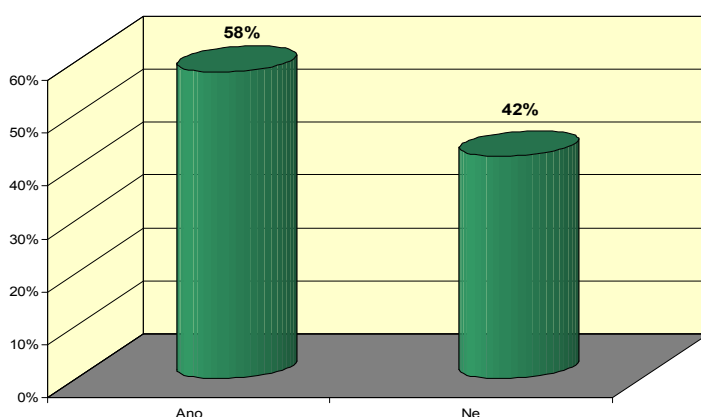
4. Výsledky

Graf 1 Doba od příchodu na ambulanci po uložení na lůžko



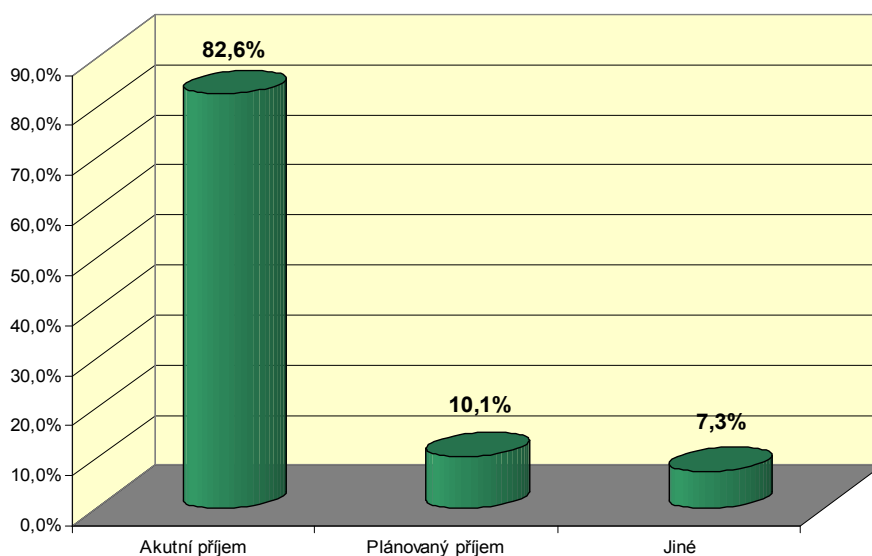
Z celkového počtu 69 respondentů nejvíce respondentů, 41 (59,4%) uvedlo, že doba od příchodu na ambulanci po uložení na lůžko na oddělení trvala do třiceti minut, 25 respondentů (36,2%) uvedlo dobu čekání třicet až šedesát minut. Šedesát až devadesát minut čekali na uložení jen 3 respondenti (4,4%). Možnost devadesát až sto dvacet minut a více než sto dvacet minut neuvedl žádný respondent.

Graf 2 První hospitalizace dítěte v Nemocnici Český Krumlov, a.s.



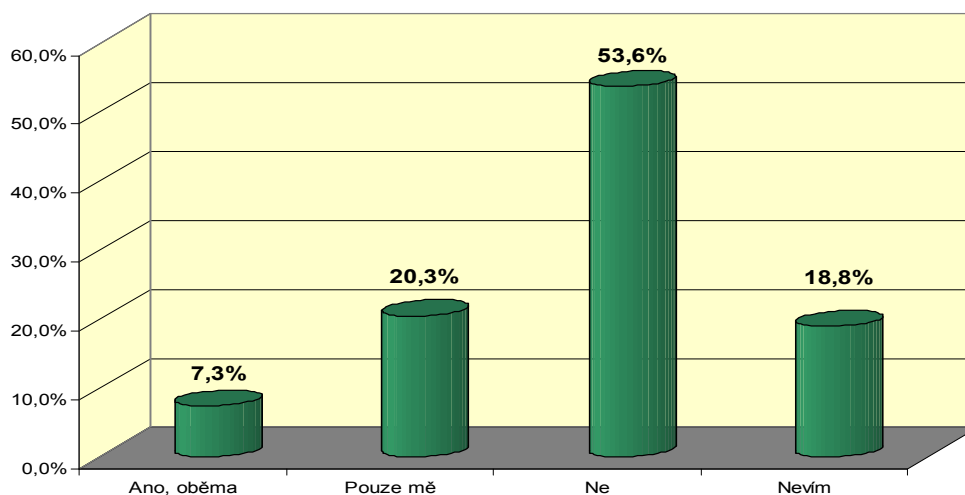
Na otázku, zda se jedná o první hospitalizaci dítěte v Nemocnici Český Krumlov, a.s., odpovědělo 40 respondentů (58%) ano, 29 respondentů (42%) ne.

Graf 3 Důvod přijetí dítěte



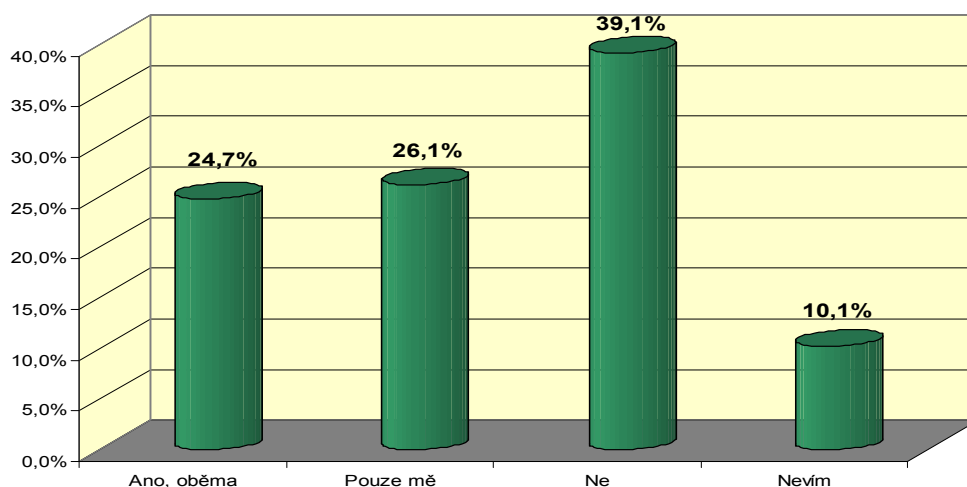
Jako důvod přijetí dítěte uvedlo 57 respondentů (82,6%) akutní příjem, 7 respondentů (10,1%) uvedlo plánovaný příjem a 5 respondentů (7,3%) vybralo možnost jiné.

Graf 4a Představení lékařem



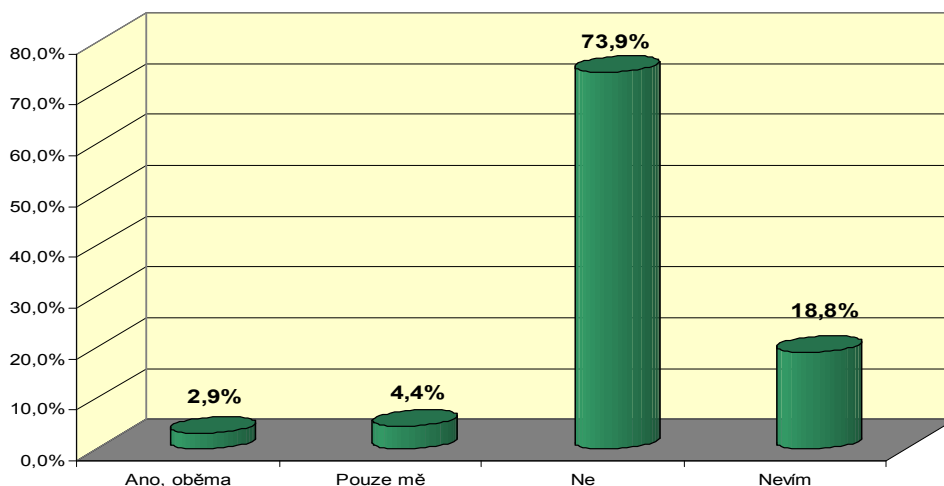
Na otázku, zda se lékař představil, odpovědělo pouze 5 respondentů (7,3%), že se lékař představil doprovodu i dítěti. 14 respondentů (20,3%) odpovědělo, že se lékař představil pouze doprovodu, 37 respondentů (53,6%) odpovědělo, že se jim lékař vůbec nepředstavil a 13 respondentů (18,8%) uvedlo možnost nevím.

Graf 4b Představení sestrou



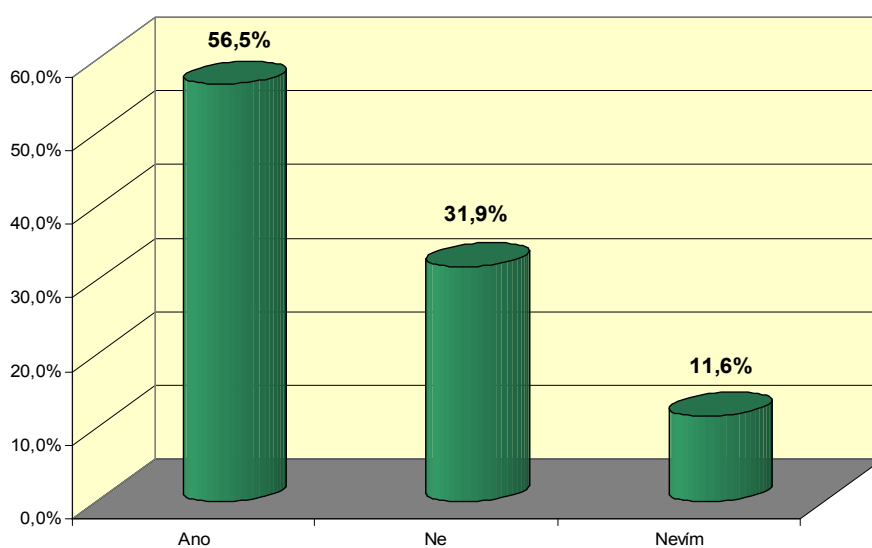
Možnost, že se sestra představila doprovodu i dítěti, označilo 17 respondentů (24,7%), možnost, že se sestra představila pouze doprovodu zvolilo 18 respondentů (26,1%). Nejvíce respondentů – 27 (39,1%) zvolilo odpověď, že se sestra nepředstavila vůbec a možnost nevím označilo 7 respondentů (10,1%).

Graf 4c Představení ostatními pracovníky



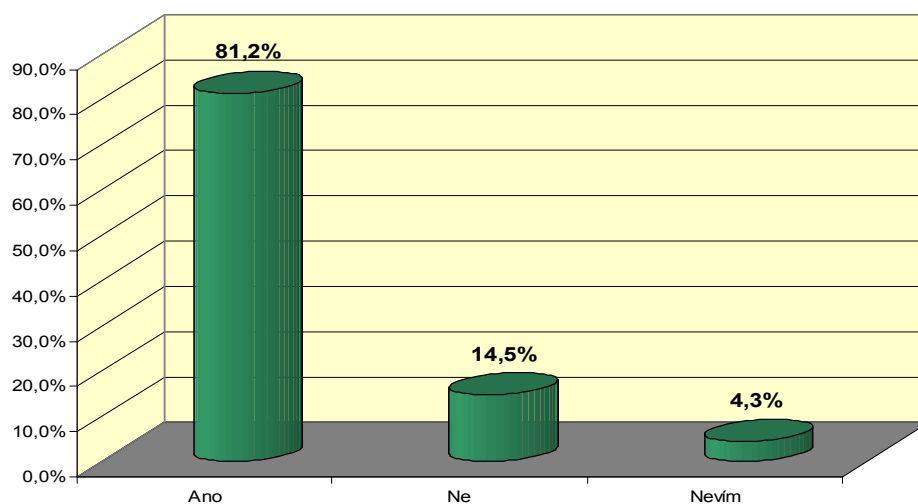
Odpověď, že se ostatní pracovníci na oddělení představili oběma, tedy dítěti i doprovodu, zvolili 2 respondenti (2,9%), možnost, že se představili pouze doprovodu zvolili 3 respondenti (4,4%). Nejvíce respondentů – 51 (73,9%) uvedlo, že se ostatní pracovníci nepředstavili a 13 respondentů (18,8%) uvedlo možnost nevím.

Graf 5a Seznámení s právy hospitalizovaných dětí



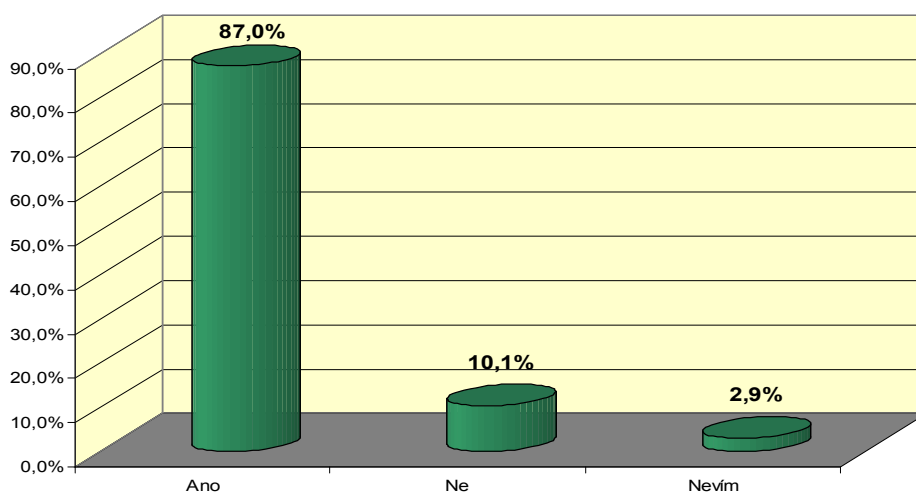
S právy hospitalizovaných dětí bylo seznámeno 39 respondentů (56,5%), 22 respondentů (31,9%) nebylo seznámeno s právy a 8 respondentů (11,6%) uvedlo možnost nevím.

Graf 5b Seznámení s domácím řádem



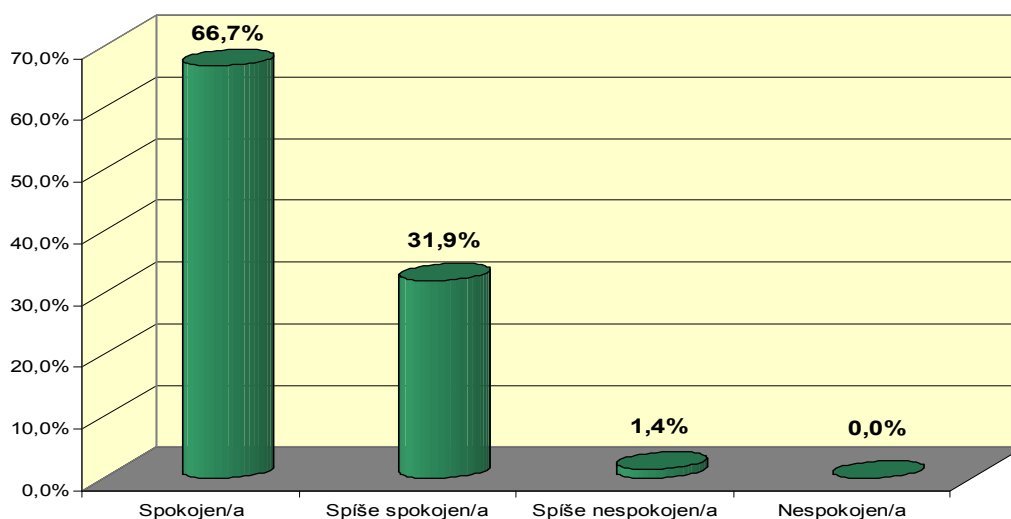
Celkem 56 respondentů (81,2%) uvedlo, že bylo seznámeno s domácím řádem oddělení, 10 respondentů (14,5%) uvedlo, že nebylo seznámeno s domácím řádem a 3 respondenti (4,3%) uvedli možnost nevím.

Graf 5c Seznámení s uspořádáním oddělení



Na otázku, zda byl respondent seznámen s uspořádáním oddělení uvedlo 60 respondentů (87,0%) možnost ano, 7 respondentů (10,1%) označilo možnost ne a 2 respondenti (2,9%) zvolili možnost nevím.

Graf 6 Spokojenost s přístupem ošetřujícího personálu během příjmu – procentuální vyjádření



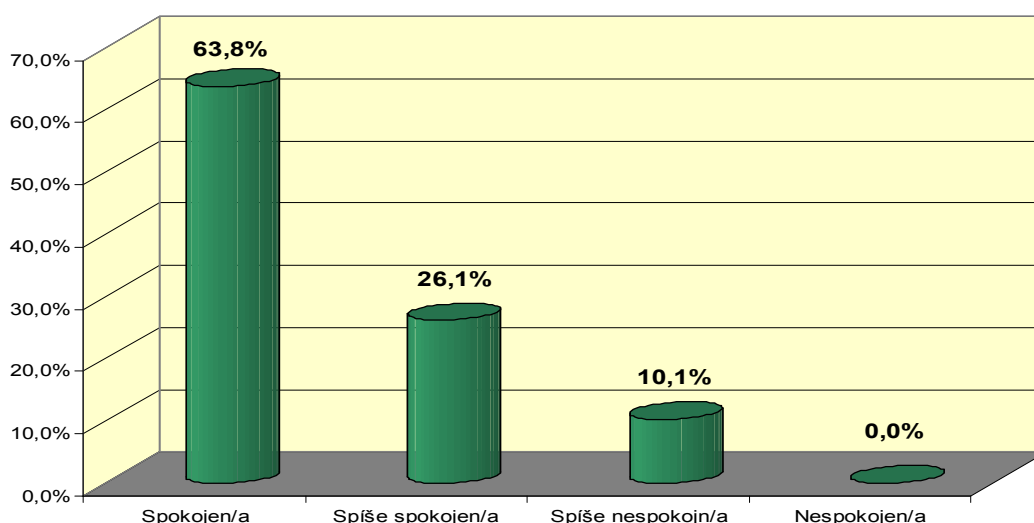
Spokojeno s přístupem ošetřujícího personálu bylo 46 respondentů (66,7%), spíše spokojeno bylo 22 respondentů (31,9%), spíše nespokojeno byl 1 respondent (1,4%). Možnost nespokojen/a neuvedl žádný respondent.

Tabulka 1 Spokojenost s přístupem ošetřujícího personálu během příjmu – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,65
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,510
	Minimum	2
	Maximum	4

V tabulce 1 jsou statisticky zpracována data z otázky č. 6 spokojenost s přístupem ošetřujícího personálu během příjmu, respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a, průměrná hodnota odpovědi 69 respondentů činí 3,65, směrodatná odchylka činí 0,510. Medián (prostřední hodnota) je 4,00. Modus (nejčastěji volená odpověď) má hodnotu 4, což odpovídá možnosti spokojen/a. Minimální hodnotou je 2, což odpovídá odpovědi spíše nespokojen/a, maximální hodnotou je 4, což odpovídá odpovědi spokojen/a.

Graf 7 Spokojenost s organizací příjmu – procentuální vyjádření



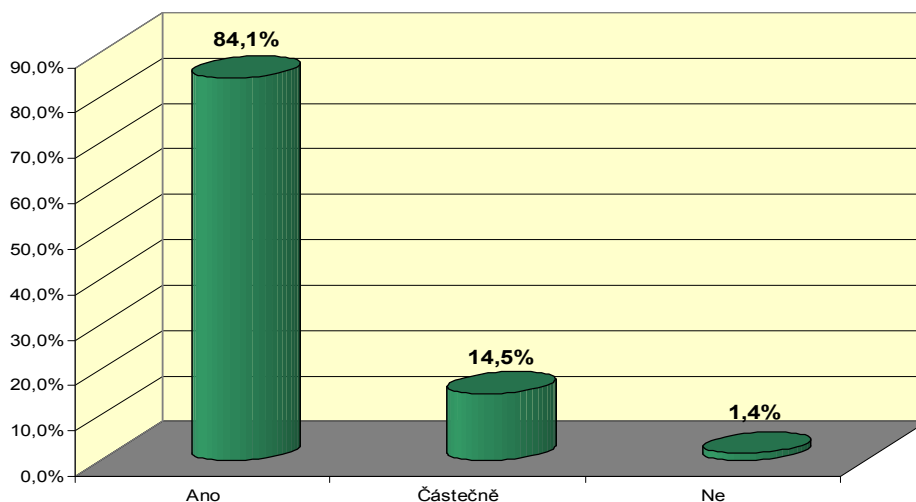
S organizací příjmu bylo spokojeno 44 respondentů (63,8%), spíše spokojeno bylo 18 respondentů (26,1%), spíše nespokojeno bylo 7 respondentů (10,1%). Variantu nespokojen/a nezvolil žádný respondent.

Tabulka 2 Spokojenost s organizací příjmu – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,54
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,677
	Minimum	2
	Maximum	4

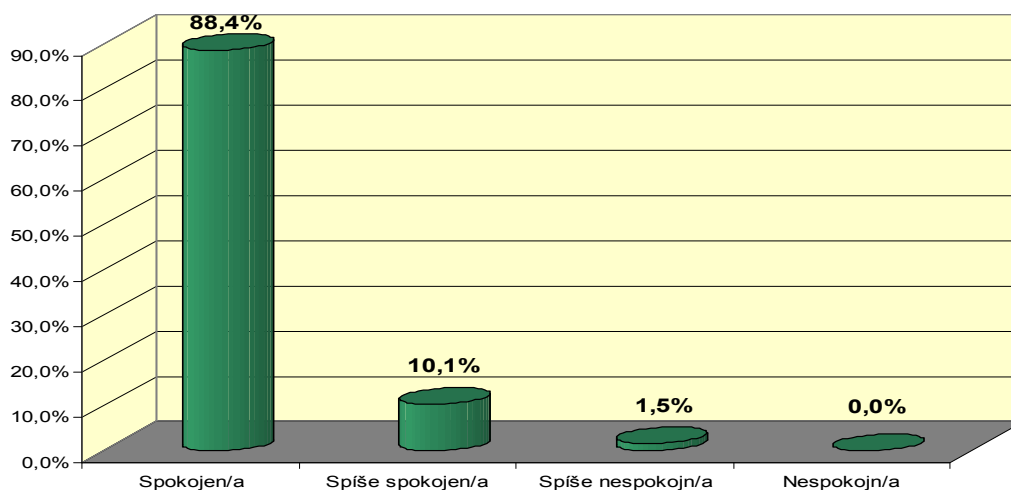
V tabulce 2 jsou statisticky zpracována data, která se týkají spokojenosti s organizací příjmu, respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a, průměrná hodnota 69 respondentů činí 3,54, směrodatná odchylka má hodnotu 0,677. Medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) činí 4 (spokojen/a). Maximální hodnota je 4 (spokojen/a), minimální hodnota je 2 (spíše nespokojen/a).

Graf 8 Srozumitelnost informací o důvodu přijetí



Informace o důvodu přijetí byly srozumitelné pro 58 respondentů (84,1%), 10 respondentům (14,5%) byly informace pouze částečně srozumitelné a 1 respondent (1,4%) uvedl, že mu informace nebyly srozumitelné.

Graf 9 Spokojenost s jednáním a chováním sester na oddělení – procentuální vyjádření



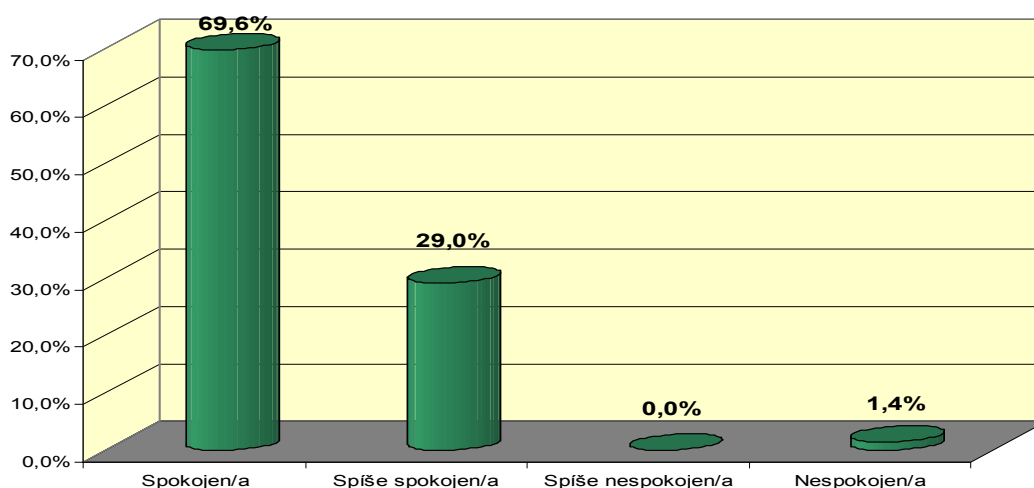
Spokojeno s jednáním a chováním sester bylo 61 respondentů (88,4%), spíše spokojeno bylo 7 respondentů (10,1%), spíše nespokojen byl 1 respondent (1,5%). Možnost nespokojen/a neoznačil žádný respondent.

Tabulka 3 Spokojenost s jednáním a chování sester na oddělení – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,87
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,380
	Minimum	2
	Maximum	4

V tabulce 3 jsou statisticky zpracována data z otázky č. 9, která se týkala spokojenosti s jednáním a chováním sester na oddělení. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměrná hodnota 69 respondentů je 3,87, směrodatná odchylka má hodnotu 0,380. Medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) je 4 (spokojen/a). Minimum je 2 (spíše nespokojen/a) a maximum 4 (spokojen/a).

Graf 10 Spokojenost s dodržováním soukromí dítěte – procentuální vyjádření



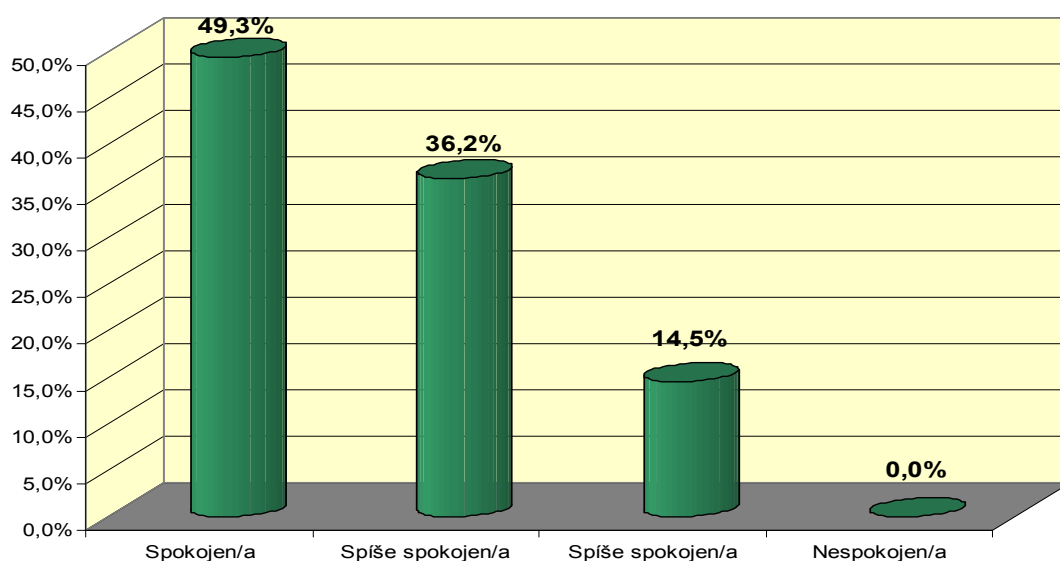
S dodržováním soukromí bylo spokojeno 48 respondentů (69,6%), Spíše spokojeno bylo 20 respondentů (29%), nespokojen byl 1 respondent (1,4%). Možnost spíše nespokojen/a neoznačil žádný respondent.

Tabulka 4 Spokojenost s dodržováním soukromí dítěte – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,67
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,560
	Minimum	1
	Maximum	4

V tabulce 4 jsou statisticky zpracována data z otázky č. 10, která se týká spokojenosti s dodržováním soukromí dítěte. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměr hodnot z výsledných odpovědí 69 respondentů je 3,67, směrodatná odchylka je 0,560. Medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) je 4 (spokojen/a). Minimum bylo v této otázce 1, což odpovídá možnosti nespokojen/a, maximum bylo 4, což odpovídá možnosti spokojen/a.

Graf 11 Spokojenost s denním režimem na oddělení – procentuální vyjádření



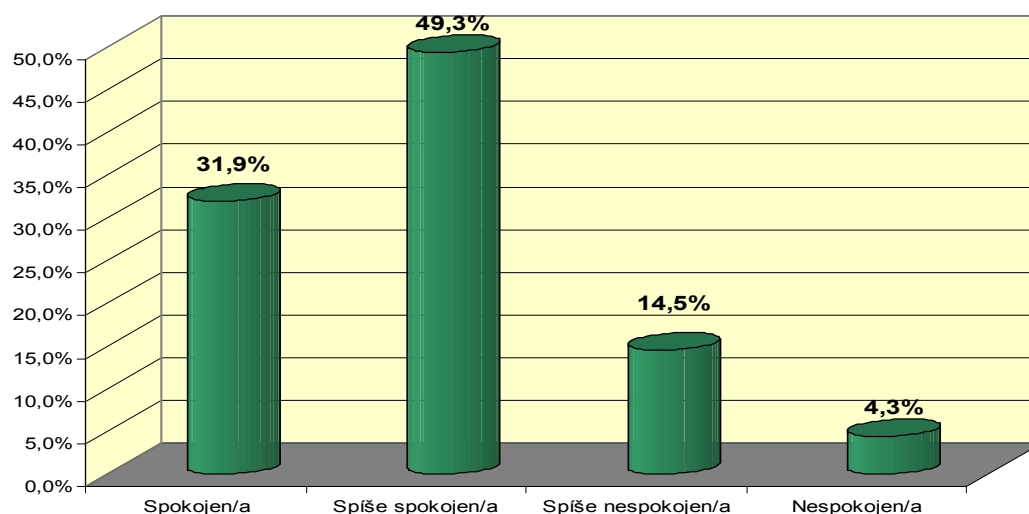
S denním režimem na oddělení bylo spokojeno 34 respondentů (49,3%), Spíše spokojeno bylo 25 respondentů (36,2%), spíše nespokojeno bylo 10 respondentů (14,5%). Možnost nespokojen/a ne zvolil žádný respondent.

Tabulka 5 Spokojenost s denním režimem na oddělení – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,39
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,732
	Minimum	2
	Maximum	4

Tabulka 5 vyjadřuje spokojenost s denním režimem na oddělení. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměr výsledných hodnot činí 3,39, medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a), směrodatná odchylka je 0,732. Modus (nejčastěji volená odpověď) je 4 (spokojen/a). Minimum má hodnotu 2 (spíše nespokojen/a), maximum má hodnotu 4 (spokojen/a).

Graf 12 Spokojenost se stravováním – procentuální vyjádření



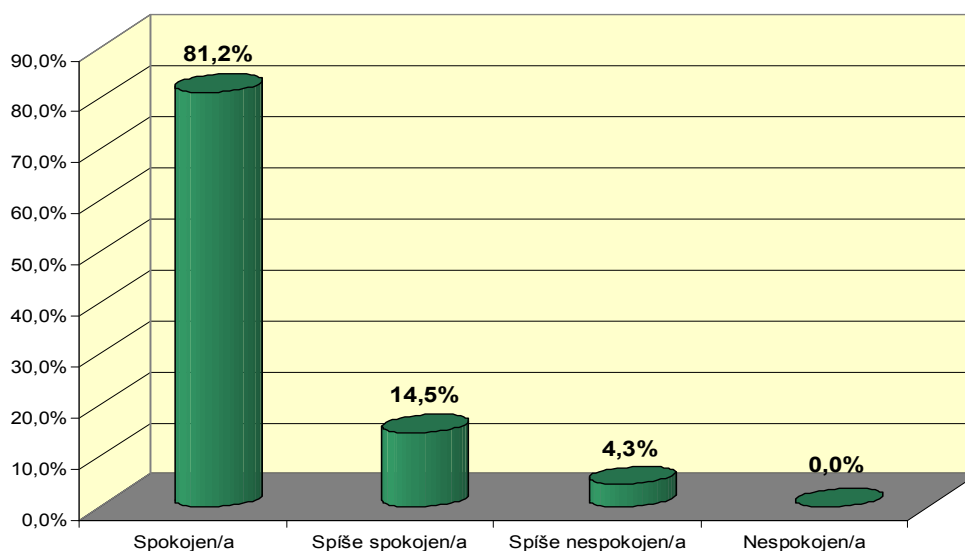
Se stravováním bylo spokojeno 22 respondentů (31,9%), spíše spokojeno bylo 34 respondentů (49,3%), spíše nespokojeno bylo 10 respondentů (14,5%), možnost nespokojen/a zvolili 3 respondenti (4,3%).

Tabulka 6 Spokojenost se stravováním – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,09
	Medián	3,00
	Modus	3
	Směrodatná odchylka	,800
	Minimum	1
	Maximum	4

V tabulce 6 jsou zpracována data z otázky 12, která se týkala spokojenosti se stravováním. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměrná hodnota činí 3,09, což je nejnižší průměrná hodnota v průzkumu spokojenosti. Směrodatná odchylka činí 0,800. Medián (prostřední hodnota) je 3,00 (spíše spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) má hodnotu 3 (spíše spokojen/a). Maximální hodnota je 4 (spokojen/a), minimální 1 (nespokojen/a).

Graf 13 Spokojenost s pořádkem a čistotou na oddělení – procentuální vyjádření



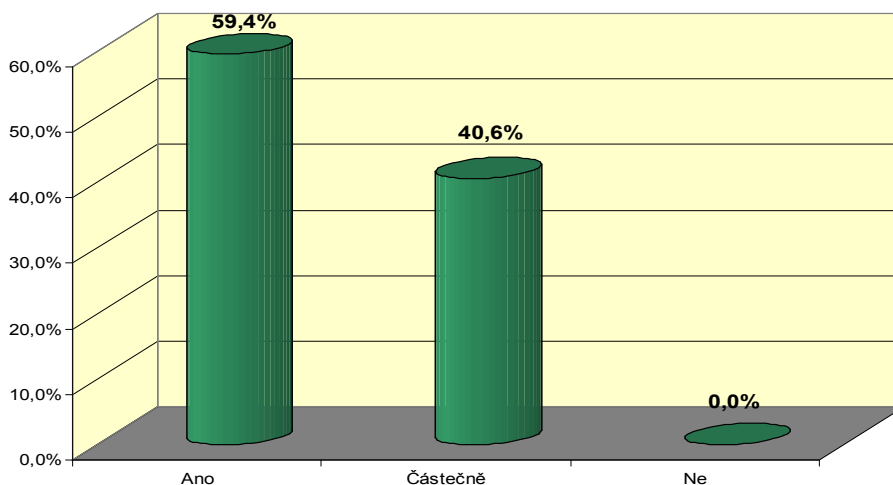
Spokojeno s pořádkem a čistotou na oddělení bylo 56 respondentů (81,2%), spíše spokojeno bylo 10 respondentů (14,5%), spíše nespokojeni byli 3 respondenti (4,3%). Možnost nespokojen/a neoznačil žádný respondent.

Tabulka 7 Spokojenost s pořádkem a čistotou na oddělení – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,77
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,519
	Minimum	2
	Maximum	4

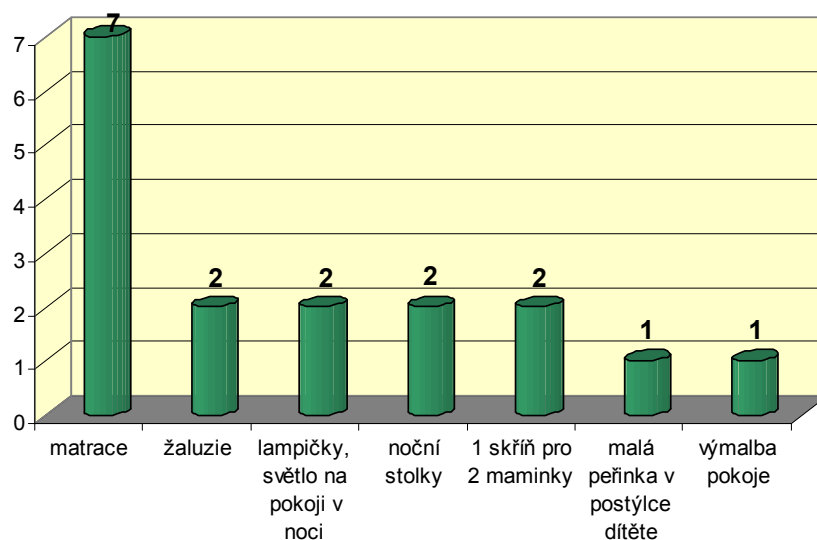
V tabulce 7 je statisticky zpracována otázka č. 13, která se týká spokojenosti s pořádkem a čistotou na oddělení. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměrnou hodnotou 69 respondentů je 3,77, směrodatná odchylka je 0,519. Maximum činí 4 (spokojen/a), minimu 2 (spíše nespokojen/a). Medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) má hodnotu 4 (spokojen/a).

Graf 14 Vybavení pokoje



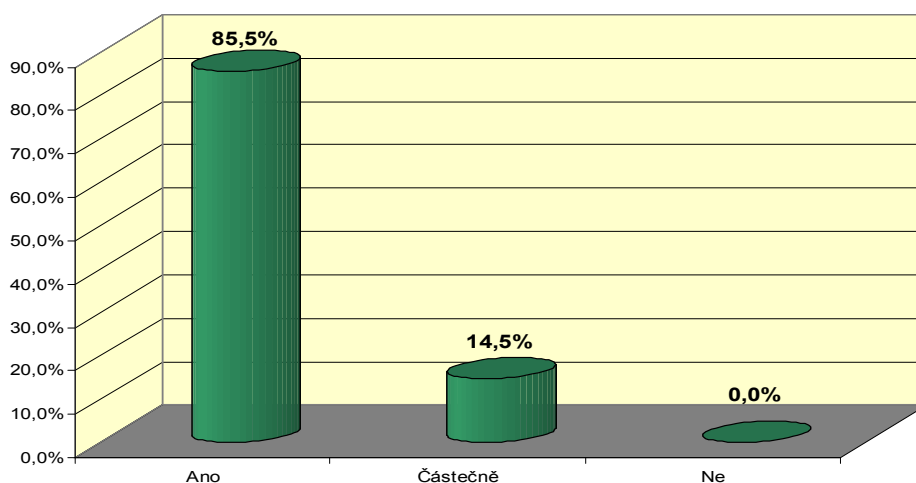
Na otázku, zda respondentům vyhovuje vybavení pokoje, odpovědělo 41 respondentů (59,4%), že ano, 28 respondentů (40,6%) zvolilo možnost částečně, žádný respondent neoznačil možnost ne.

Graf 15 Nevyhovující vybavení pokoje



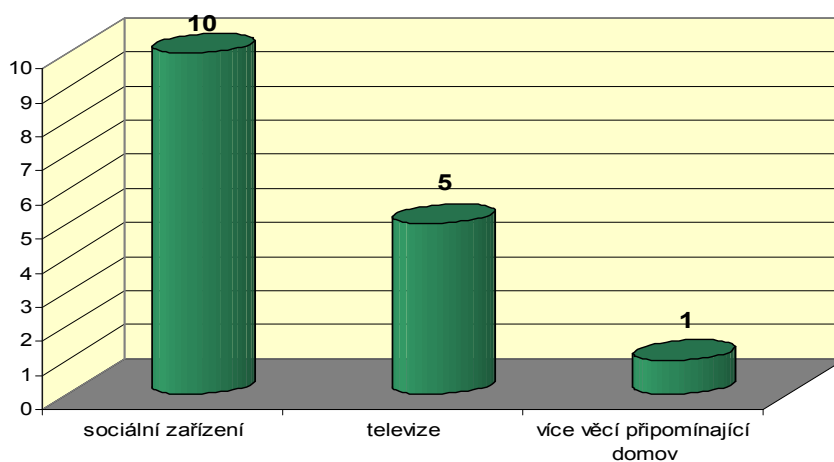
Tato otázka byla určena pouze respondentům, kteří odpověděli na otázku č. 14 možnost částečně nebo ne. Celkem tedy mělo možnost odpovídat 28 respondentů, kteří mohli vyjmenovat konkrétní nedostatky ve vybavení pokoje. Každý mohl vyjmenovat libovolné množství nedostatků. Z celkového počtu 17 odpovědí nejvíce odpovědí (7) se týkalo špatného stavu matrace v lůžku. 2x respondenti upozornili na nevyhovující stav žaluzií, 2 odpovědi se týkaly technického stavu lampiček či osvětlení pokoje, 2x nevyhovujícím nočním stolům, 2 odpovědi upozornily na nedostatek úložného prostoru pro matky (nevyhovující jedna skříň pro dvě maminky), 1x padla připomínka týkající se nevyhovující malé velikosti peřinky v postýlce dítěte a neestetické výmalby pokoje.

Graf 16 Vybavení oddělení



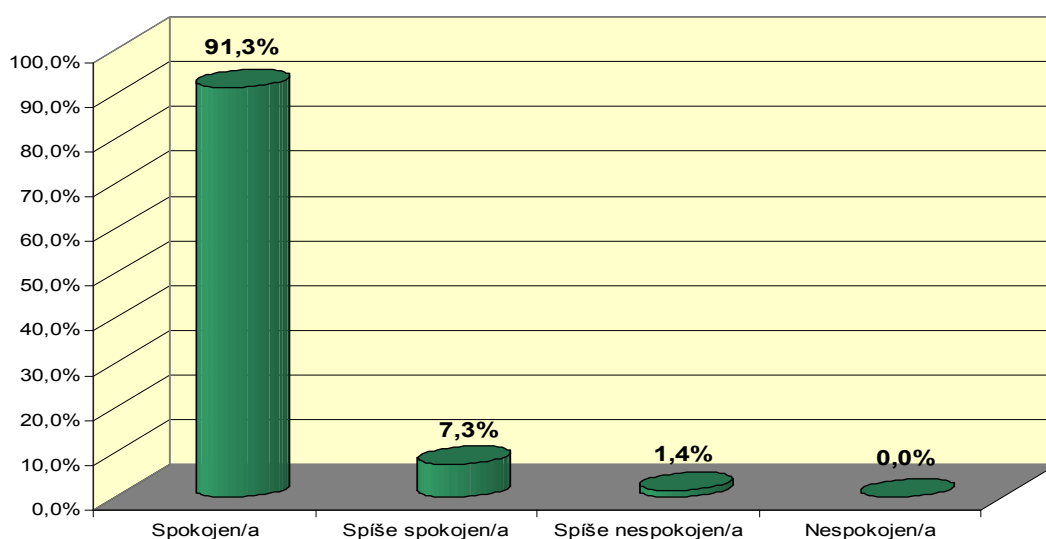
Vybavení oddělení vyhovuje 59 respondentům (85,5%), částečně vyhovuje 10 respondentům (14,5%), možnost ne nezvolil žádný respondent.

Graf 17 Nevyhovující vybavení oddělení



Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v otázce č. 16 odpověděli částečně nebo ne. To znamená, že na tuto otázku odpovídalo 10 respondentů. Každý mohl vyjmenovat jakékoliv množství nedostatků. Z celkového počtu 16 odpovědí 10x respondenti upozornili na nevyhovující sociální zařízení na oddělení, 5 odpovědí se týkalo nevhodného umístění televize na oddělení a 1 připomínka se týkala prostředí oddělení, ve kterém by mělo být více věcí připomínající domov.

Graf 18 Spokojenost s komunikací se sestrami - procentuální vyjádření



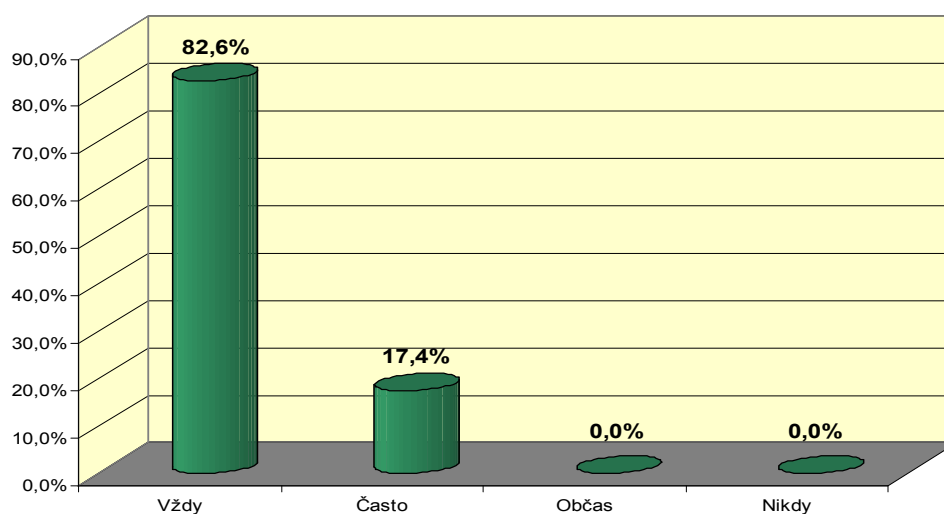
Spokojeno s komunikací se sestrami bylo 63 respondentů (91,3%), spíše spokojeno bylo 5 respondentů (7,3%), spíše nespokojen byl 1 respondent (1,4%). Možnost nespokojen/a neoznačil žádný respondent.

Tabulka 8 Spokojenost s komunikací se sestrami – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,90
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,349
	Minimum	2
	Maximum	4

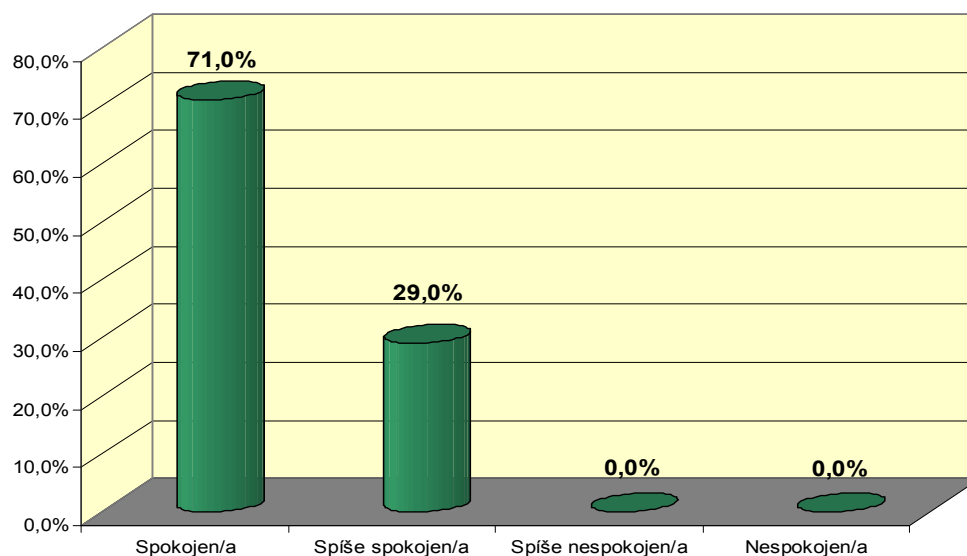
Tabulka 8 vyjadřuje spokojenost s komunikací se sestrami. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměr výsledných hodnot 69 respondentů činí 3,90. Medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) má hodnotu 4 (spokojen/a). Směrodatná odchylka má hodnotu 0,349. Minimální hodnotou je 2 (spíše nespokojen/a), maximální 4 (spokojen/a).

Graf 19 Příchod sestry v případě potřeby dítěte



Možnost, že sestra přišla vždy, když jí dítě potřebovalo, zvolilo 57 respondentů (82,6%), možnost často zvolilo 12 respondentů (17,4%). Možnost občas a nikdy neoznačil žádný respondent.

Graf 20 Spokojenost s péčí celkově – procentuální vyjádření



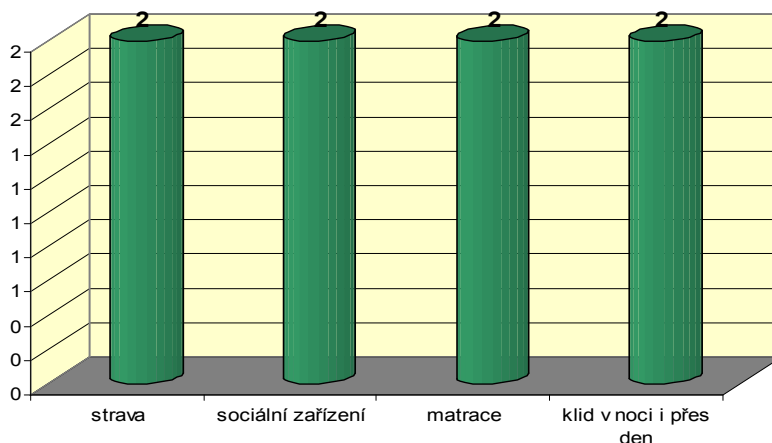
Spokojeno s péčí celkově bylo 49 respondentů (71%), spíše spokojeno bylo 20 respondentů (29%). Možnosti spíše nespokojen/a a nespokojen/a nezvolil žádný respondent.

Tabulka 9 Spokojenost s péčí celkově – frekvenční vyjádření

N	Celkem	69
	Vyřazeno	0
	Aritmetický průměr	3,70
	Medián	4,00
	Modus	4
	Směrodatná odchylka	,464
	Minimum	3
	Maximum	4

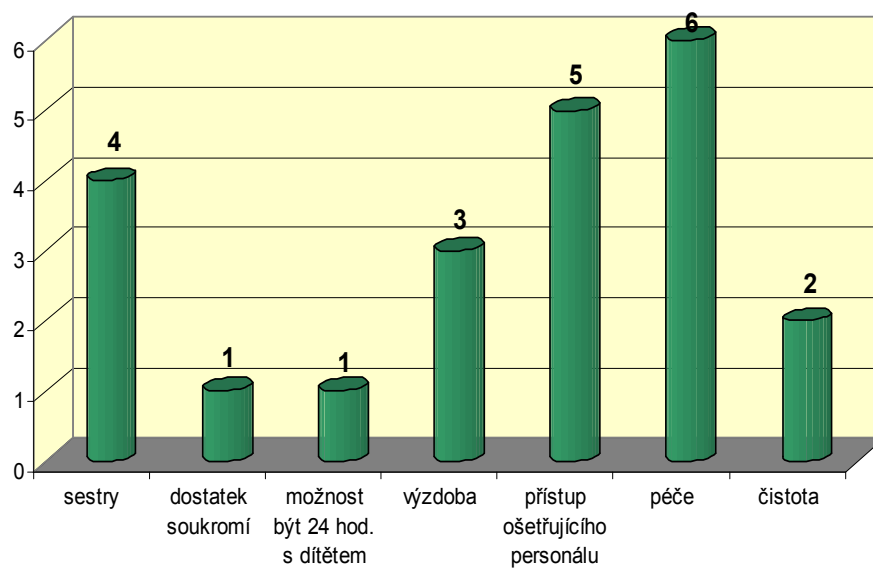
Tabulka 9 vyjadřuje spokojenost s péčí celkově. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Průměr hodnot 69 respondentů činí 3,70. Medián (prostřední hodnota) je 4,00 (spokojen/a). Modus (nejčastěji volená odpověď) je 4 (spokojen/a). Směrodatnou odchylkou je hodnota 0,464, minimální hodnotou je číslo 3, které odpovídá odpovědi spíše spokojen/a, maximální hodnotou je číslo 4, které odpovídá odpovědi spokojen/a.

Graf 21 Slabé stránky oddělení - nespokojenost respondentů



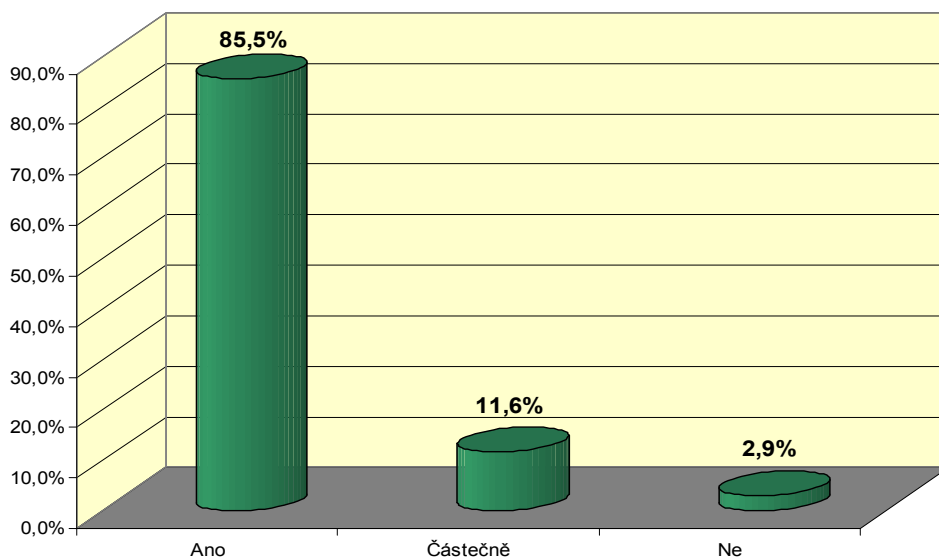
V této otázce měli respondenti možnost napsat s čím jsou na oddělení nespokojeni, 2x uvedli respondenti stravu, 2x uvedli sociální zařízení, 2x respondenti uvedli matrace a 2x uvedli klid v noci i přes den. Celkem tuto možnost využilo 5 respondentů, každý měl možnost vyjmenovat libovolné množství nedostatků.

Graf 22 Silné stránky oddělení – spokojenost respondentů



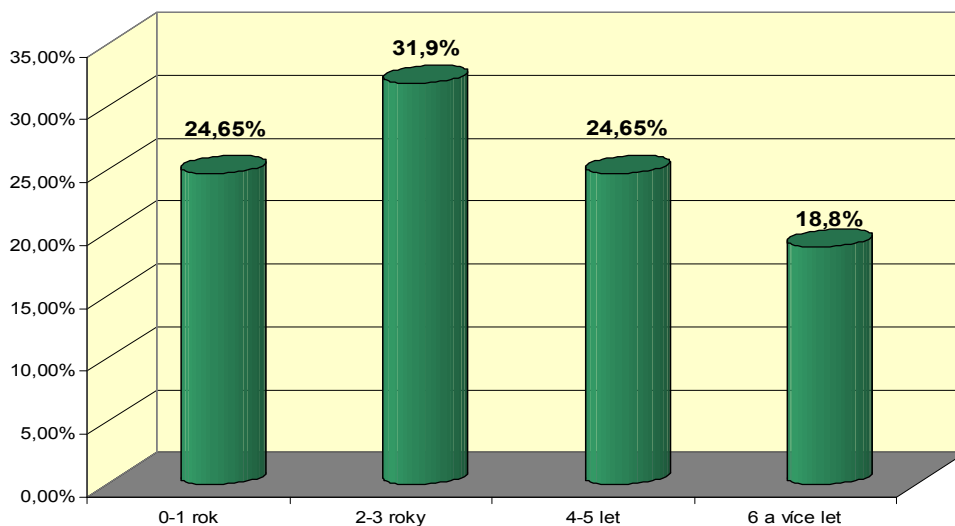
V této otázce měli respondenti možnost napsat, s čím jsou na oddělení zcela spokojeni. 4x respondenti uvedli, že jsou spokojeni se sestrami, 1 respondent uvedl, že je spokojen s dostatkem soukromí, 1 respondent uvedl, že je spokojen s možností být s dítětem 24 hodin denně, 3x respondenti uvedli, že jsou spokojeni s výzdobou na oddělení. 5x uvedli spokojenost s přístupem ošetřujícího personálu. S péčí vyjádřilo spokojenost 6 respondentů a 2x respondenti uvedli spokojenost s čistotou na oddělení. Celkem využilo možnost odpovědět na tuto otázku 18 respondentů. Každý měl možnost napsat libovolné množství odpovědí.

Graf 23 Informace od sestry o domácím ošetřování dítěte



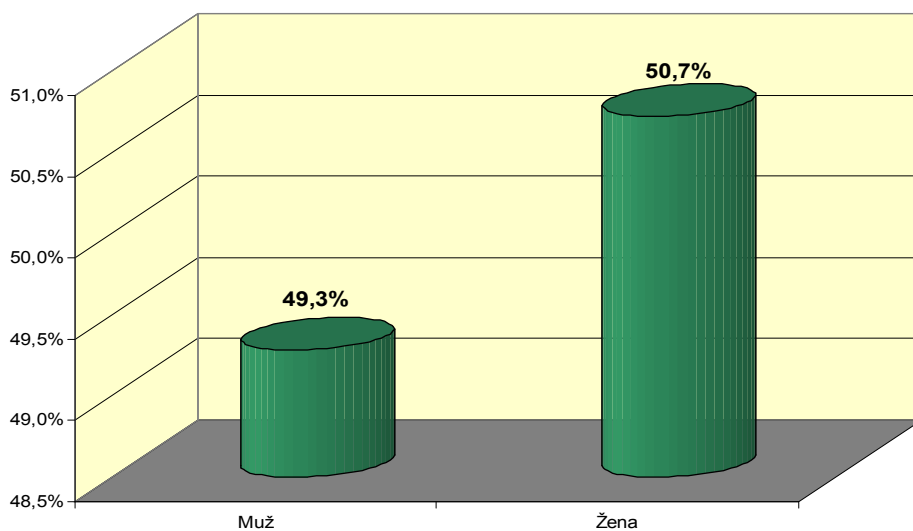
Na otázku, zda respondent dostal dostatek informací o domácím ošetřování dětí po propuštění, odpovědělo 59 respondentů (85,5%), že ano, 8 respondentům (11,6%) přišly informace částečně dostatečné a 2 respondentům (2,9%) nepřišly informace dostačující.

Graf 24 Věk dítěte



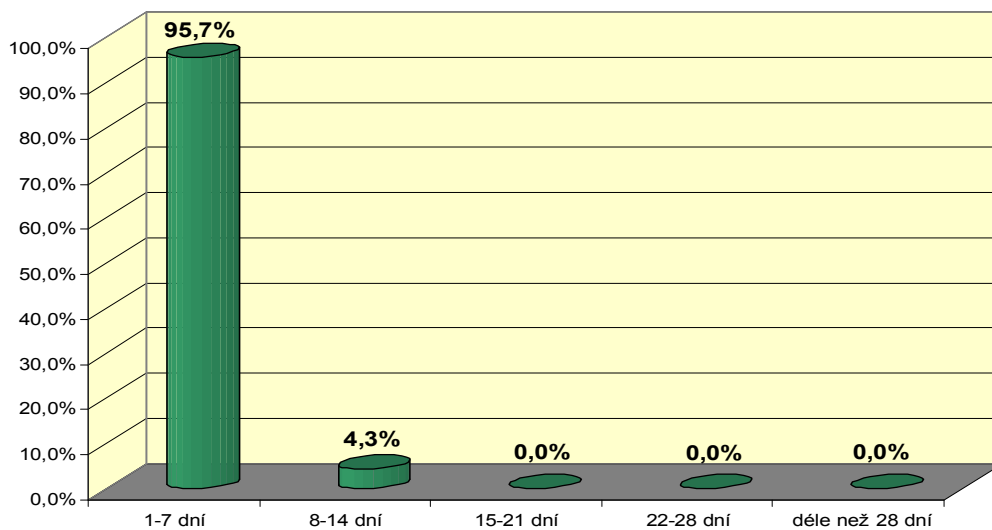
Možnost 0-1 rok označilo 17 respondentů (24,6%), 2-3 roky označilo 22 respondentů (31,9%), možnost 4-5 let označilo 17 respondentů (24,6%) a možnost 6 a více let označilo 13 respondentů (18,8%)

Graf 25 Pohlaví dítěte



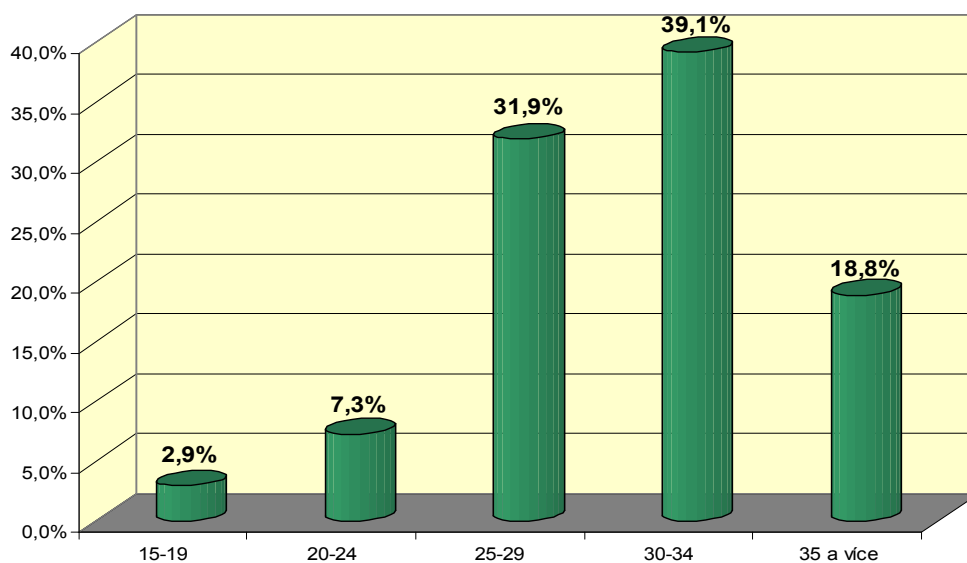
Na otázku, jaké je pohlaví Vašeho dítěte, 34 respondentů (49,3%) odpovědělo mužské a 35 respondentů (50,7%) odpovědělo ženské pohlaví.

Graf 26 Délka pobytu



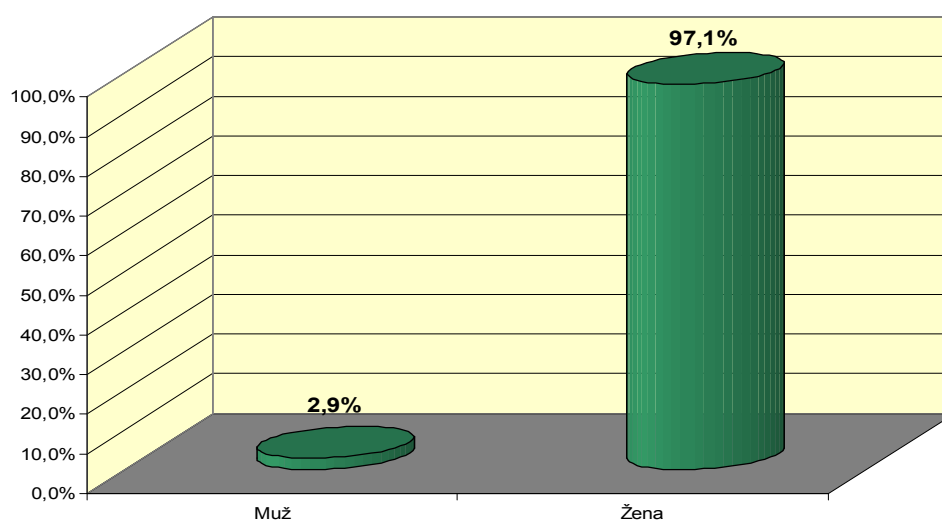
Na otázku, jaká byla délka pobytu, označilo nejvíce, tedy 66 respondentů (95,7%) možnost 1-7 dní, možnost 8-14 dní označili 3 respondenti (4,3%). Možnosti 15-21 dní, 22-28 dní a déle než 28 dní neoznačil žádný respondent.

Graf 27 Věk doprovázející osoby



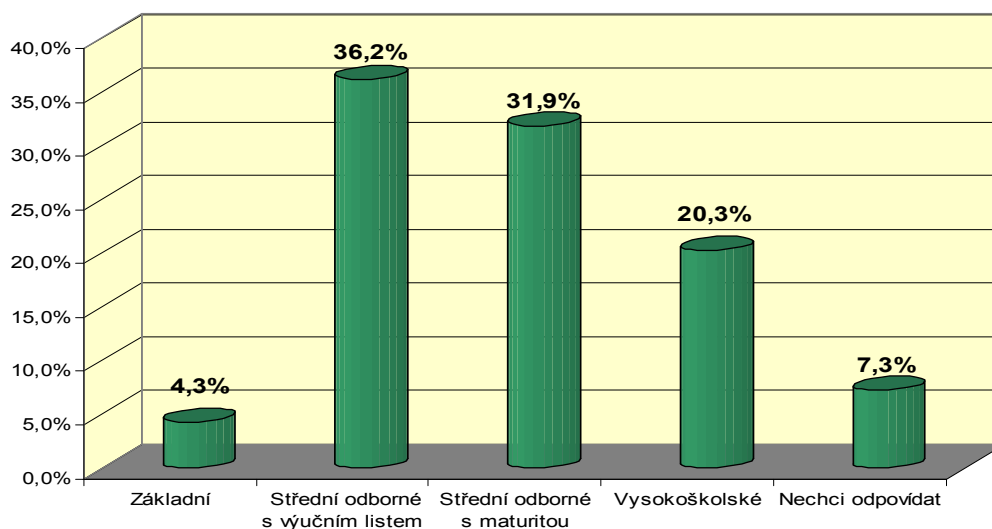
Možnost 15-19 let označili 2 respondenti (2,9%), možnost 20-24 let zvolilo 5 respondentů (7,3%), možnost 25-29 let zvolilo 22 respondentů (31,9%). Nejpočetnější skupinou byli respondenti v rozmezí 30-34 let, tedy 27 respondentů (39,1%), nad 35 let bylo 13 respondentů (18,8%).

Graf 28 Pohlaví doprovázející osoby



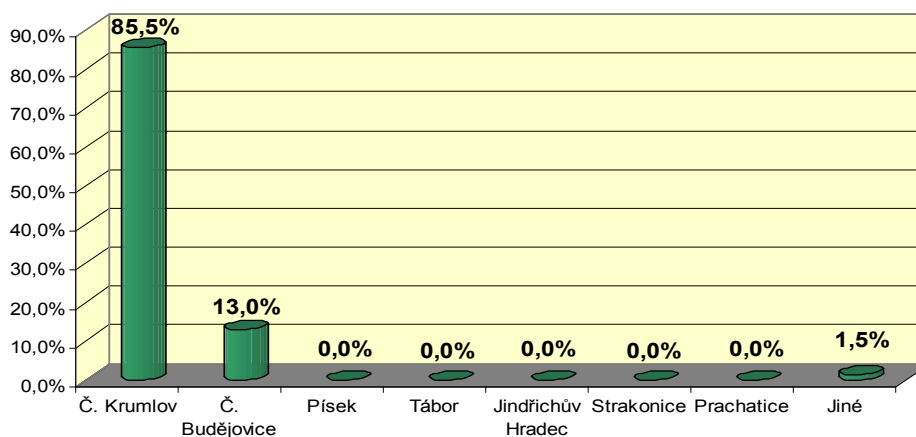
Pouze 2 respondenti (2,9%) označili mužské pohlaví, 67 respondentů (97,1%) zvolilo ženské pohlaví.

Graf 29 Nejvyšší dosažené vzdělání doprovázející osoby



Základní vzdělání jako nejvyšší dosažené uvedli 3 respondenti (4,3%), střední odborné s výučním listem označilo 25 respondentů (36,2 %), střední odborné s maturitou uvedlo 22 respondentů (31,9%) a vysokoškolské označilo 14 respondentů (20,3%). Možnost nechci odpovídat uvedlo 5 respondentů (7,3%).

Graf 30 Okres bydliště



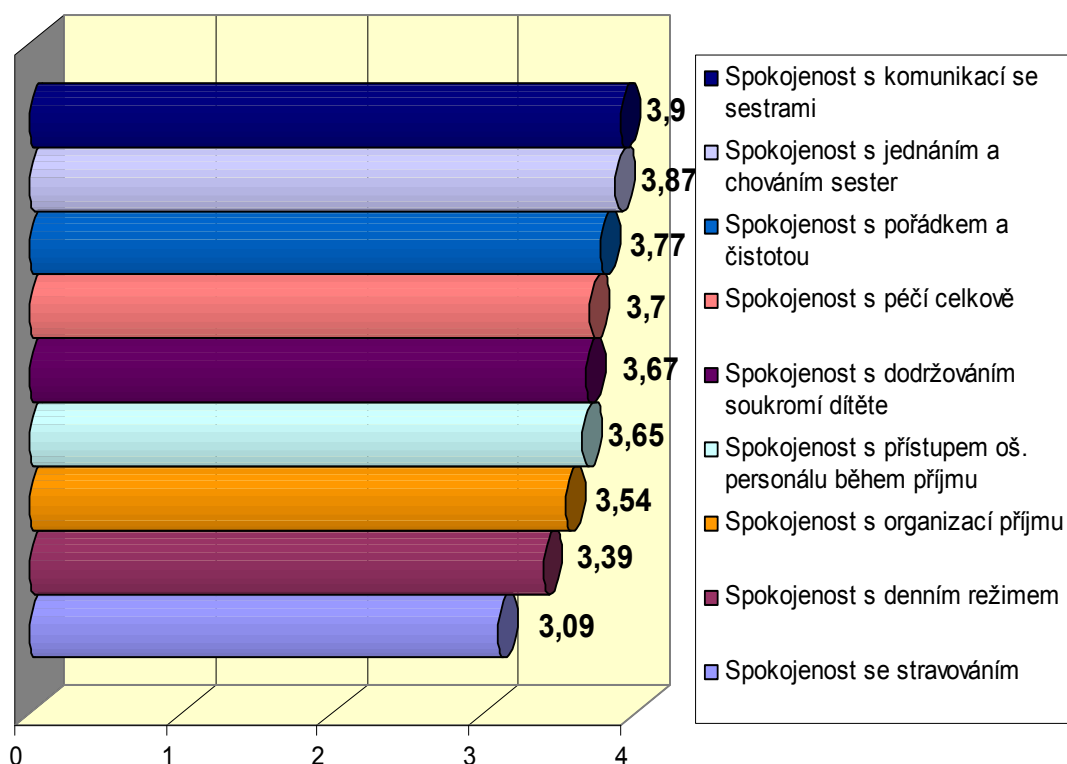
Celkem 59 respondentů (85,5%) uvedlo jako své bydliště okres Český Krumlov, 9 respondentů (13%) označilo okres České Budějovice, 1 respondent (1,5%) označil možnost jiné, okres Písek, Tábor, Jindřichův Hradec, Strakonice a Prachatice neoznačil žádný respondent.

Tabulka 10 Spokojenost dle průměrných hodnot – frekvenční vyjádření

	N	Minimum	Maximum	Aritmet. průměr	Směr. odchylka
Spokojenost s komunikací se sestrami	69	2	4	3,90	,349
Spokojenost s jednáním a chováním sester	69	2	4	3,87	,380
Spokojenost s pořádkem a čistotou	69	2	4	3,77	,519
Spokojenost s péčí celkově	69	3	4	3,70	,464
Spokojenost s dodržováním soukromí dítěte	69	1	4	3,67	,560
Spokojenost s přístupem oš. personálu během příjmu	69	2	4	3,65	,510
Spokojenost s organizací příjmu	69	2	4	3,54	,677
Spokojenost s denním režimem	69	2	4	3,39	,732
Spokojenost se stravováním	69	1	4	3,09	,800

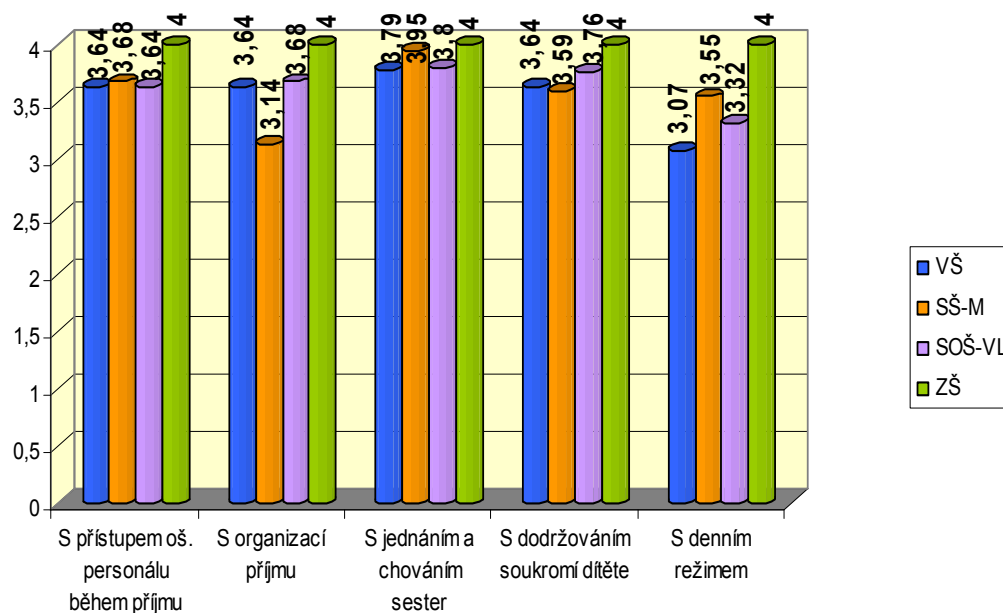
V tabulce 10 jsou shrnuta data z tabulek 1 – 9. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Data jsou seřazena sestupně, z čehož vyplývá, že nejspokojenější byli respondenti s komunikací se sestrami (hodnota 3,90) a nejméně spokojeni byli se stravováním (hodnota 3,09). Rozptyl v odpovědích vyjadřuje hodnota směrodatné odchylky (druhá odmocnina rozptylu), nejvyšší homogenitu jednotnost v odpovědích respondenti vyjádřily v otázce týkající se spokojenosti s komunikací se sestrami 0,349, nejvyšší názorová různorodost respondentů byla v otázce spokojenosti se stravováním kde směrodatná odchylka byla dosáhla nejvyšší hodnoty 0,800.

Graf 31 Spokojenost dle průměrných hodnot



V tomto grafu jsou názorně zobrazena data z tabulky 10. Respondenti zaškrtovali svoji odpověď na čtyř bodové hodnotící škále, kde maximální hodnota odpovědi byla 4 – spokojen/a, a minimální hodnota odpovědi byla 1 – nespokojen/a. Je zde patrné pořadí spokojenosti. Nejvyšší spokojenost je s komunikací se sestrami (3,90), následuje spokojenost s jednáním a chováním sester (3,87), dále je spokojenost s pořádkem a čistotou (3,77), spokojenost s péčí celkově (3,70), spokojenost s dodržováním soukromí dítěte (3,67), spokojenost s přístupem ošetřovatelského personálu během příjmu (3,65), spokojenost s organizací příjmu (3,54), spokojenost s denním režimem (3,39) a spokojenost se stravováním (3,09).

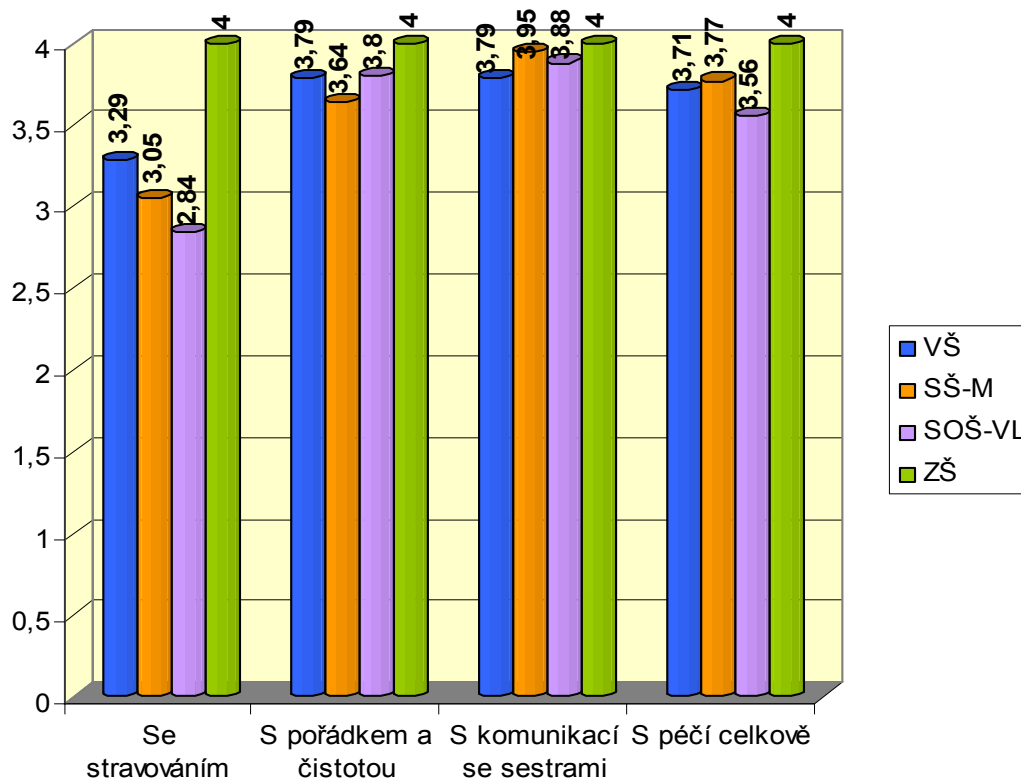
Graf 32 Spokojenost dle vzdělání I



Graf 32 zobrazuje spokojenost v jednotlivých otázkách dle vzdělání. S přístupem ošetřujícího personálu jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), následují respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (3,68), respondenti s vysokoškolským vzděláním (3,64) a se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,64) jsou dle údajů stejně spokojeni. S organizací příjmu jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), dále respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,68), následují respondenti s vysokoškolským vzděláním (3,64) a nejméně spokojeni jsou respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,14). S jednáním a chováním sester jsou opět nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), dále respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (3,95), respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,8) a vysokoškolsky vzdělání (3,79). S dodržováním soukromí dítěte jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), dále respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,76), následují vysokoškolsky vzdělání (3,64) a nejméně spokojeni jsou středoškolsky vzdělání s maturitou (3,59). S denním režimem na oddělení jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), následují respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (3,55), dále středoškolsky

vzdělání s výučním listem (3,32) a vysokoškolsky vzdělání (3,07) jsou nejméně spokojení.

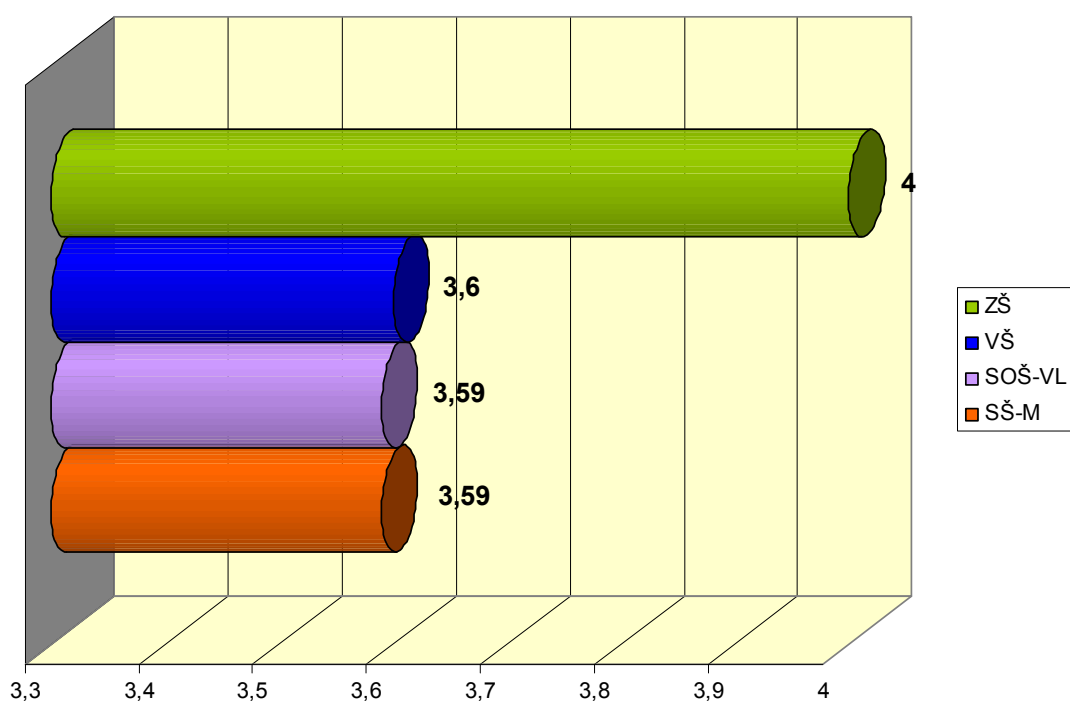
Graf 33 Spokojenost dle vzdělání II



Graf 33 navazuje na graf 32. Sleduje opět spokojenost v jednotlivých oblastech. Se stravováním jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), méně spokojeni jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním (3,29), následují respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (3,05) a nejméně spokojeni jsou respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (2,84). V oblasti spokojenosti s pořádkem a čistotou na oddělení jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), dále následují respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,8), méně spokojeni jsou vysokoškolsky vzdělaní (3,79) a nejméně spokojení jsou respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (3,64). S komunikací se sestrami jsou nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), méně spokojeni jsou respondenti se středním vzděláním s maturitou (3,95), následují respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,88) a nejméně jsou spokojeni vysokoškolsky vzdělaní respondenti (3,79). S péčí celkově jsou nejvíce

spokojeni respondenti se základním vzděláním (4), následují respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (3,77), méně jsou spokojeni respondenti vysokoškolsky vzdělaní (3,71) a nejméně jsou spokojeni respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem (3,56).

Graf 34 Spokojenost dle vzdělání celkově



Dle výsledků byli nejvíce spokojeni respondenti se základním vzděláním (průměrná hodnota odpovědí činí 4,0), následují vysokoškolsky vzdělaní (3,6), stejně spokojeni byli respondenti se středním odborným vzděláním s výučním listem (3,59) a středoškolsky vzdělaní s maturitou (3,59).

5. Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá tématem spokojenosti s ošetrovatelskou péčí na dětském oddělení z pohledu osoby doprovázející dítě. Vytvořili jsme tři hypotézy. První hypotéza je, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s kvalitou ošetrovatelské péče. Druhá hypotéza je, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s komunikací se sestrami na dětském oddělení a třetí hypotéza je, že osoby doprovázející dítě nejsou spokojeny s kvalitou provozního vybavení dětského oddělení.

K výzkumu jsme použili metodu dotazování, techniku dotazníku. Dotazník obsahoval 30 otázek (viz příloha 3). Výzkum byl realizován v Nemocnici Český Krumlov, a.s. na dětském oddělení v průběhu 3 měsíců (ledna, února a března), kde bylo rozdáno 70 dotazníků. Pro zpracování dat bylo k dispozici 69 vyplněných dotazníků (100%). Tento poměrně nízký počet přičítáme zavedení regulačních poplatků za pobyt v nemocnici, který musejí platit hospitalizované děti i jejich doprovod za každý den pobytu ve výši 60,- Kč. To může vést k poklesu zájmu o hospitalizaci společně s dítětem zejména u méně movitých či sociálně slabších skupin rodičů.

Na spokojenost s ošetrovatelskou péčí mohou mít vliv různé faktory, které jsme zmapovali zejména v grafech 1 – 5c. Graf 1 znázorňuje dobu, kterou respondent strávil od příchodu na ambulanci po uložení na lůžko, nejvíce respondentů uvedlo, že tato doba trvala do 30-ti minut a to 41 (59,4%), 25 respondentů (36,2%) čekalo 30 – 60 minut a pouze 3 respondenti (4,4%) čekali 60 – 90 minut. Spokojenost dále může ovlivnit i fakt, zda se jedná o první hospitalizaci dítěte, čili jde do zcela neznámého prostředí, nebo zda se jedná o opakovanou hospitalizaci a tudíž o „známé“ prostředí, personál a režim. V Grafu 2 je znázorněno, že 40 respondentů (58%) bylo hospitalizováno na Dětském oddělení v Nemocnici Český Krumlov, a.s. poprvé a 29 respondentů (42%) již bylo v minulosti hospitalizováno na Dětském oddělení této nemocnice.

V Grafu 3 je uveden důvod přijetí dítěte. O akutní příjem se jednalo u 57 respondentů (82,6%), 7 respondentů (10,1%) uvedlo plánovaný příjem a 5 respondentů (7,3%) označilo možnost jiné.

Dalším důležitým faktorem je i anonymita zdravotníků. V právech pacientů je zdůrazněno právo znát ošetřující personál (3). V Grafu 4a jsou zobrazeny odpovědi na

otázku, zda se respondentům představil lékař. Celkem 37 respondentům (53,6%) odpovědělo, že se jim lékař nepředstavil vůbec, 14 respondentů (20,3%) označilo možnost, že se lékař představil pouze doprovodu, 13 respondentů (18,8%) uvedlo možnost nevím a pouze 5-ti respondentům (7,3%) se lékař představil oběma, tedy dítěti i doprovodu. V tomto případě je důležitějším článkem sestra, která je s dítětem i doprovodem v užším kontaktu daleko častěji, jak uvádí Pilát „Právě zdravotní sestra je v největším kontaktu s ošetřovaným dětským pacientem a jeho rodinou, realizuje největší část každodenní péče, největší měrou se podílí i na výchově dítěte během jeho pobytu v nemocnici, udává atmosféru oddělení, kterou dítě i rodiče vnímají (5, s. 16).“ Graf 4b znázorňuje odpovědi na otázku, zda se představila sestra. 27 respondentům (39,1%) se sestra nepředstavila vůbec, 18-ti respondentům (26,1%) se sestra představila, ale pouze doprovodu, 17-ti respondentům (24,7%) se sestra představila oběma a 7 respondentů (10,1%) uvedlo možnost nevím. Graf 4c zobrazuje představení ostatními pracovníky. Je zde více než patrné, že nejvíce respondentům – 51 (73,9%) se ostatní pracovníci nepředstavili, 13 respondentů (18,8%) uvedlo možnost nevím, 3 respondentům (4,4%) se představili, ale pouze jim, a 2 respondentům (2,9%) se ostatní pracovníci představili oběma. Tyto výsledky považujeme za alarmující.

Aby bylo dosaženo větší spokojenosti s pobytem, je nutné, aby byly osoby, které doprovázejí dítě, seznámeny s právy hospitalizovaných dětí, s domácím řádem oddělení a s uspořádáním oddělení. V grafu 5a je znázorněno seznámení s právy hospitalizovaných dětí. 39 respondentů (56,5%) bylo seznámeno s právy, 22 respondentů (31,9%) nebylo seznámeno s právy hospitalizovaných dětí a 8 respondentů (11,6%) uvedlo možnost nevím. V grafu 5b jsou zobrazeny odpovědi na otázku, zda byl respondent seznámen s domácím řádem oddělení. Celkem 56 respondentů (81,2%) bylo seznámeno s domácím řádem, 10 respondentů (14,5%) nebylo seznámeno s domácím řádem a 3 respondenti (4,3%) uvedli možnost nevím. Velmi důležitou složkou je i seznámení s uspořádáním oddělení, které umožňuje lepší orientaci na oddělení, je zobrazena v Grafu 5c. 60 respondentů (87%) bylo seznámeno s uspořádáním oddělení, 7 respondentů (10,1%) nebylo seznámeno s uspořádáním oddělení a 2 respondenti (2,9%) zvolili možnost nevím.

Dalším faktorem, který může ovlivnit spokojenost a hlavně psychickou stránku doprovázející osoby, je srozumitelnost informací o důvodu přijetí. Ta je znázorněna v Grafu 8. Pro 58 respondentů (84,1%) byly informace o důvodu přijetí srozumitelné, pro 10 respondentů (14,5%) byly informace pouze částečně srozumitelné a pro 1 respondenta (1,4%) nebyly informace srozumitelné. Tyto výsledky považujeme za potěšující, protože dle Charty práv hospitalizovaných pacientů má dítě či jeho rodič právo na „informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání (5, s. 58).“

K potvrzení či nepotvrzení hypotézy 1: Osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s kvalitou ošetrovatelské péče, jsme použili zejména Tabulku 10 a Graf 31. V Tabulce 10 jsou znázorněny průměrné hodnoty odpovědí na otázky, které se přímo týkaly spokojenosti. Z této tabulky je patrné, že nejvíce jsou respondenti spokojeni s komunikací (hodnota aritmetického průměru je 3,90), dále jsou spokojeni s jednáním a chováním sester (3,87), s pořádkem a čistotou na oddělení (3,77), s péčí celkově (3,70), s dodržováním soukromí dítěte (3,67), s přístupem ošetrovatelského personálu (3,65), s organizací příjmu (3,54), s denním režimem (3,39), nejméně jsou respondenti spokojeni se stravováním (3,09), kde je také vysoká směrodatná odchylka (0,800), což značí velkou nejednotnost v odpovědích. Tato tabulka je graficky znázorněna v Grafu 31. Za hodnoty, které značí spokojenost, považujeme hodnoty od 3,0 (což odpovídá odpovědi spíše spokojen/a) a výš. S hypotézou 1 dále souvisejí grafy 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 18 a 20, které značí také vysokou spokojenost respondentů a tabulky 1 – 7 a 9. Graf 6 zobrazuje spokojenost respondentů s přístupem ošetřujícího personálu během příjmu. Spokojeno bylo 46 respondentů (66,7%), spíše spokojeno bylo 22 respondentů (31,9%), spíše nespokojen byl 1 respondent (1,4%). Z Tabulky 1 vyplývá, že průměrnou hodnotou této otázky je 3,65 se směrodatnou odchylkou 0,510 a mediánem 4,00, modus činí 4, což značí spokojenost s přístupem ošetřujícího personálu během příjmu.

V Grafu 7 je znázorněna spokojenost s organizací příjmu, kdy spokojeno bylo 44 respondentů (63,8%), spíše spokojeno bylo 18 respondentů (26,1%) a spíše nespokojeno bylo 7 respondentů (10,1%). Jak je zřejmé i z Tabulky 2, ve které je znázorněn průměr hodnot 3,54, medián 4,00, modus je 4 (spokojen/a) a směrodatná odchylka je 0,677, respondenti byli spokojeni s organizací příjmu.

Graf 9 zobrazuje spokojenost s jednáním a chováním sester na oddělení. Sestry na dětských odděleních by měli mít „aktivní zájem o děti, trvalou snahu jim porozumět a vřelé, laskavé a klidné chování pramenící z vlastní povahové vyrovnanosti (5, s.17).“ Spokojeno bylo 61 respondentů (88,4%), spíše spokojeno bylo 7 respondentů (10,1%) a spíše nespokojen byl 1 respondent (1,5%). V Tabulce 3 jsou tato data zpracována tak, že průměr hodnot činí 3,87, medián je opět 4,00, modus je 4 (spokojen/a) a směrodatná odchylka je pouze 0,380. To značí pro velkou spokojenost respondentů.

V Grafu 10 je znázorněna spokojenost s dodržováním soukromí dítěte. Spokojeno bylo 48 respondentů (69,6%), spíše spokojeno bylo 20 respondentů (29%), nespokojen byl 1 respondent (1,4%). I tato data byla převedena do Tabulky 4, ve které je aritmetický průměr 3,67, medián je 4,00, modus je 4 a směrodatná odchylka 0,560. Z těchto výsledků je zřejmé, že respondenti jsou spokojeni s dodržováním soukromí dítěte, na které se může někdy zapomínat. I dětské pacienti mají potřebu intimity.

Další složkou spokojenosti je spokojenost s denním režimem na oddělení, která je znázorněna v Grafu 11. S denním režimem oddělení bylo spokojeno 34 respondentů (49,3%), spíše spokojeno bylo 25 respondentů (36,2%) a spíše nespokojeno bylo 10 respondentů (14,5%). Po převedení těchto dat na číselné hodnoty, které jsou v Tabulce 5, je průměrná hodnota 3,39, medián 4,00, modus je 4 (spokojen/a) a směrodatná odchylka činí 0,732. Z těchto výsledků lze konstatovat, že respondenti byli spíše spokojeni až spokojeni s denním režimem na oddělení.

Stravování není úplně spojené s ošetrovatelskou péčí, ale značně ovlivňuje celkovou spokojenost s hospitalizací a péčí. Tato spokojenost je vyobrazena v Grafu 12. Spíše spokojeno se stravováním bylo 34 respondentů (49,3%), spokojeno bylo 22 respondentů (31,9%), spíše nespokojeno bylo 10 respondentů (14,5%) a nespokojeni byli 3 respondenti (4,3%). V Tabulce 6 jsou tato data převedena do číselných hodnot, aritmetický průměr má hodnotu 3,09, medián je 3,00, modus je také 3 (spíše spokojen/a) a poměrně vysoká je i směrodatná odchylka, která činí 0,800. Z těchto výsledků lze říci, že se stravováním byli respondenti spíše spokojeni.

Těmito grafy a výsledky z tabulek **potvrzujeme hypotézu 1, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s kvalitou ošetrovatelské péče.**

K potvrzení či nepotvrzení hypotézy 2, která předpokládá, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s komunikací se sestrami na dětském oddělení, použijeme Graf 18, který zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, zda jsou spokojeni s komunikací se sestrami. Spokojeno bylo 63 respondentů (91,3%), spíše spokojeno bylo 5 respondentů (7,3%), spíše nespokojen byl 1 respondent (1,4%). Tyto výsledky jsou převedeny do Tabulky 8, ve které je znázorněn aritmetický průměr s hodnotou 3,90, medián činí 4,00 (spokojen/a) a směrodatná odchylka má hodnotu 0,349. Modus má hodnotu 4 (spokojen/a). Z těchto výsledků lze vyvodit, že respondenti jsou spokojeni s komunikací se sestrami a tím i **potvrzujeme hypotézu 2, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s komunikací se sestrami na dětském oddělení.** Tento výsledek je velice potěšující, dobrá komunikace by měla být určitým základem ošetrovatelské péče, jak uvádí Pilát „dobře komunikovat a pomáhat znamená snažit se porozumět subjektivnímu obrazu nemoci daného člověka (5, s 49).“

K potvrzení či nepotvrzení hypotézy 3, že osoby doprovázející dítě nejsou spokojeny s kvalitou provozního vybavení na dětském oddělení, jsme použili výsledky z grafů 14, 15, 16 a 17. Graf 14 zobrazuje odpovědi na otázku, zda respondentům vyhovuje vybavení pokoje. Vybavení pokoje vyhovuje 41 respondentům (59,4%), částečně vyhovuje 28 respondentům (40,6%), žádný respondent neuvedl, že mu vybavení pokoje nevyhovuje. Respondenti, kteří odpověděli na tuto otázku částečně nebo ne, měli možnost slovně vyjádřit s čím nejsou spokojeni a co jim nevyhovuje. Tyto odpovědi jsou zobrazeny v Grafu 15. Celkem tedy odpovídalo 28 respondentů. 7x se objevily nevyhovující matrace v lůžku, 2x nevyhovoval stav žaluzií, 2x nevyhovovaly lampičky či osvětlení pokoje, 2x nevyhovovaly noční stolky, 2x nevyhovovala jedna skříň pro dvě maminky, tedy stav úložného prostoru, 1 respondentovi nevyhovovala malá peřinka v postýlce dítěte a 1x nevyhovovala výmalba pokoje. Každý respondent mohl napsat více možností, s čím nejsou spokojeni.

Graf 16 zobrazuje odpovědi na otázku, zda respondentům vyhovuje vybavení oddělení. Vybavení oddělení vyhovuje 59 respondentům (85,5%), částečně vyhovuje 10 respondentům (14,5%), možnost, že vybavení respondentovi nevyhovuje ne zvolil žádný respondent. V následujícím Grafu 17 jsou zobrazeny odpovědi na otázku, ve

kteřé měli respondenti možnost vyjádřit s čím nejsou na oddělení spokojeni a co jim nevyhovuje. Tato otázka byla určena respondentům, kterým vybavení nevyhovovalo nebo pouze částečně vyhovovalo. To znamená že odpovídalo 10 respondentů. Všem 10 respondentům nevyhovoval stav sociálního zařízení, v 5 případech nevyhovovala televize a 1 respondentovi nevyhovovalo prostředí, ve kterém by mělo být více věcí připomínající domov. Respondenti mohli vyjmenovat libovolné množství nevyhovujícího vybavení.

Z těchto výsledků **nepotvrzujeme hypotézu 3, že osoby doprovázející dítě nejsou spokojeny s kvalitou provozního vybavení na dětském oddělení.**

Další výsledky v grafech nemají přímou vazbu na hypotézy, ale mohou mít vliv na pobyt v nemocnici a na spokojenost s péčí a hospitalizací. Graf 19 zobrazuje, zda sestra přijde vždy, když jí dítě potřebuje. Možnost vždy uvedlo 57 respondentů (82,6%), možnost často zvolilo 12 respondentů (17,4%). V Grafu 21 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kteří měli možnost vyjádřit s čím nejsou na oddělení vůbec spokojeni. Tuto možnost vyjádřit s čím nejsou spokojeni využilo pouze 5 respondentů. 2x nebyli spokojeni se stravou, 2x nebyli spokojeni se sociálním zařízením, 2x nebyli spokojeni s matracemi a 2x nebyli spokojeni s klidem v noci i přes den. V Grafu 22 jsou naopak odpovědi na otázku, s čím jsou respondenti na oddělení naprosto spokojeni. Tuto možnost využilo 18 respondentů. 6x byli spokojeni s péčí, 5x byli spokojeni s přístupem ošetřujícího personálu, 4x byli spokojeni se sestrami, 3x byli spokojeni s výzdobou na oddělení, 2x byli spokojeni s čistotou na oddělení, 1 respondent byl spokojen s dostatkem soukromí, 1 respondent byl spokojen s tím, že může být s dítětem 24 hodin denně. Tyto výsledky by mohli částečně podpořit nepotvrzení hypotézy 3, protože daleko více respondentů uvádělo s čím jsou spokojeni než s čím jsou nespokojeni.

Další složkou, která může ovlivnit spokojenost doprovázejících osob, je dostatek informací o domácím ošetřování dítěte po propuštění domů. Dostatek informací získalo 59 respondentů (85,5%), částečné množství informací dostalo 8 respondentů (11,6%) a 2 respondentům (2,9%) nepřišly informace dostatečné.

Následující výsledky jsou z otázek identifikačních a až na vzdělání doprovázejících osob nemají důležitější charakter. Graf 24 zobrazuje věk hospitalizovaných dětí. Nejvíce je zastoupena kategorie 2 – 3 roky, kterou označilo 22 respondentů (31,9%), poté následují kategorie 0 – 1 rok a 4 – 5 let, kterou označilo shodně 17 respondentů (24,65%), nejméně zastoupenou kategorií je 6 a více let, kterou označilo 13 respondentů (18,8%). V Grafu 25 je zobrazeno pohlaví hospitalizovaných dětí. Ženské pohlaví označilo 35 respondentů (50,7%) a mužské pohlaví označilo 34 respondentů (49,3%). Délka pobytu, která je znázorněna v Grafu 26, může mít také vliv na spokojenost s péčí. Nejvíce respondentů bylo hospitalizováno v rozmezí 1 – 7 dní, a to 66 (95,7%), 8 – 14 dní strávili v nemocnici 3 respondenti (4,3%). Z Grafu 27 je patrné, že nejvyšší zastoupení doprovodu má věková kategorie 30 – 34 let a to 27 respondentů (39,1%), následuje věkové rozmezí 25 – 29 let, kterou označilo 22 respondentů (31,9%), poměrně vysoké je i zastoupení respondentů nad 35 let, kterých bylo 13 (18,8%), 5 respondentů (7,3%) bylo ve věkové kategorii 20 – 24 let a nejméně respondentů zvolilo možnost 15 – 19 a to 2 respondenti (2,9%). Pohlaví doprovázející osoby, které je zobrazeno v Grafu 28, je rozděleno tak, že 67 respondentů (97,1%) je ženského pohlaví a 2 respondenti (2,9%) jsou mužského pohlaví. Okres bydliště respondentů je zobrazen v Grafu 30, ze kterého vyplývá, že 59 respondentů (85,5%) má bydliště v okrese Český Krumlov, 9 respondentů (13%) bydlí v okrese České Budějovice a 1 respondent (1,5%) označil možnost jiné, to znamená že nebydlí v Jihočeském kraji.

Dále jsme sledovali, zda má na spokojenost vliv vzdělání respondentů. Výsledky jsou graficky znázorněny v grafech 32, 33 a 34. Nejprve jsme sledovali vliv vzdělání u jednotlivých otázek. Tyto výsledky jsme shrnuli do Grafu 34, ze kterého vyplývá, že nejvíce spokojeni jsou respondenti se základním vzděláním (4,0). Na tento výsledek má vliv možná i to, že nejméně respondentů (3, což je 4,3%) má jako nejvyšší dosažené vzdělání základní, proto výsledky v této kategorii nepovažujeme za validní. Další výsledky jsou celkem vyrovnané, to znamená, že respondenti s vysokoškolským vzděláním (3,6), středoškolským s maturitou (3,59) i středoškolským vzděláním

s výučním listem (3,59) jsou poměrně stejně spokojeni. Nejvyšší dosažené vzdělání tedy nemá vliv na spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

6. Závěr

Tato práce měla za cíl zmapovat spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí z pohledu doprovázející osoby na dětském oddělení. Sledování spokojenosti je jedním z indikátorů kvality poskytnuté péče. Kvalita je v poslední době velmi diskutovaným tématem a mnoho zdravotnických zařízení používá jako indikátor kvality právě názor svých klientů na poskytnutou péči. Tento názor mohou zdravotnická zařízení použít jako určitou zpětnou vazbu pro svůj personál. Cíl mé práce byl splněn.

Výzkum byl proveden metodou dotazování, technikou dotazníku na dětském oddělení Nemocnice Český Krumlov, a.s.

Stanovili jsme tři hypotézy: první hypotéza je, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s kvalitou ošetrovatelské péče, druhá hypotéza je, že osoby doprovázející dítě jsou spokojeny s komunikací se sestrami na dětském oddělení. Tyto hypotézy jsme potvrdili z výsledků výzkumu. Třetí hypotézu, že osoby doprovázející dítě nejsou spokojeny s kvalitou provozního vybavení dětského oddělení, jsme na základě výzkumu nepotvrdili.

Tyto výsledky budou poskytnuty managementu Nemocnice Český Krumlov, a.s., zejména hlavní sestře nemocnice, primárovi a vrchní sestře dětského oddělení. Výsledky mohou posloužit jako zpětná vazba pro ošetrovatelský personál dětského oddělení, jako určité ohodnocení jejich smysluplné práce. Za zvážení by možná stála otázka stravování, která se setkala s největší nespokojeností. Dále stav sociálního zařízení a matrací v lůžkách, které byly předmětem největší nespokojenosti v dotazníku. Věřím, že kladné ohodnocení podpoří ošetrovatelský personál v jejich další práci.

7. Seznam použité literatury

1. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. *Pediatrické ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-211-1.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ A. *Psychologie a pedagogika pro 3. ročník středních zdravotnických škol a obory sociální*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 1999. 143 s. ISBN 80-86022-42-0.
3. České ošetrovatelství 2. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
4. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r.o., 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
5. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
6. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
7. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
8. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví. Východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.

9. JÍCHOVÁ, Zuzana. *Role herního specialisty na dětském oddělení: bakalářská práce*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 75 s.
10. JUŘENÍKOVÁ, P. a kol. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy, 2. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s.
11. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
12. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
13. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s.r.o., 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
14. Laktační liga. *Projekt na podporu kojení na dětských odděleních nemocnic v ČR* [online]. [cit. 8.3.2008] Dostupné na: Laktační liga Praha: <<http://www.kojeni.cz/bfh.php?tema=projekt>>.
15. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
16. MARX, D., VLČEK F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice. Manuál a metodika plnění*. [online]. Spojená akreditační komise ČR. 1. vyd. 2005. [cit. 5.12.2007] Dostupné na: <http://www.sakcr.cz/akrediatce_doc.php>.
17. MÜLLEROVÁ, N. Sestra v roli auditorky. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 7-8, s. 27-28. ISSN 1801-464X.

18. NCONZO. *Všeobecná sestra – obory specializačního vzdělávání* [online]. [cit. 1.12.2007] Dostupné na: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno: <<http://www.nconzo.cz/>>.
19. Nemocnice Český Krumlov, a.s. *Dětské a novorozenecké oddělení* [online]. [cit. 2.1.2008] Dostupné na: Nemocnice Český Krumlov, a.s.: <<http://www.nemckr.cz/det.php>>.
20. Nemocnice Jihlava. *Charta práv dětí* [online]. Aktualizace 13.4.2007 [cit.25.11.2007] Dostupné na: Nemocnice Jihlava: <<http://www.nemji.cz/vismo/dokumenty2>>.
21. OLCJAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 256 s. Edice pro rodiče. ISBN 978-80-247-1847-7.
22. PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 2, s. 240-246. ISSN 1212-4117.
23. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
24. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
25. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent – Orion s. r. o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

26. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
27. VONDRÁČEK, L. Rodiče při poskytování zdravotní péče jejich dítěti. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 10, s. 50. ISSN 1801-464X.
28. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [online]. [cit.10.12.2007] Dostupné na: Ministerstvo vnitra České republiky: <<http://www.mvcr.cz/sbirka>>.
29. Zákon č. 104/1991 Sb. Úmluva o právech dítěte [online]. [cit. 12.12.2007] Dostupné na: Ministerstvo vnitra České republiky: <<http://www.mvcr.cz/sbirka>>.
30. ZSF JU. *Studijní programy ZSF JU* [online]. [cit. 1.12.2007] Dostupné na: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta: <<http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/stag-window/>>.

8. Klíčová slova

Dítě

Dětské oddělení

Kvalita

Doprovázející osoba

Spokojenost

Ošetrovatelská péče

9. Přílohy

Příloha 1 - Charta práv dětských pacientů

Příloha 2 - 10 kroků na podporu kojení na dětských odděleních

Příloha 3 – Dotazník

Příloha CD – Úmluva o právech dítěte

Příloha 1 Charta práv dětských pacientů

1. Děti mají být přijímány do nemocnice jen tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům, a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti i rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby, a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud jde o věk.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hře a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenost mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno

Zdroj: KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s.r.o., 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.

Příloha 2 10 kroků na podporu kojení na dětských odděleních

1. Mít vypracovanou strategii na podporu kojení ve spolupráci s porodnicí.
2. Školit veškerý personál v dovednostech nezbytných k implementaci této strategie.
3. Poskytovat rodičům psanou i ústní vědecky podloženou informaci o výhodách kojení či krmení mateřským mlékem a o technice kojení.
4. Vytvářet podmínky, aby ošetrovatelská a lékařská péče minimálně zasahovala do procesu kojení a vztahů mezi rodiči a dětmi.
5. Podporovat matky ve zvoleném způsobu výživy a nabízením pomoci jim znovu umožnit zahájit nebo udržet kojení , nebo zabezpečit bezpečné odstříkávání a uskladňování mateřského mléka.
6. Jestliže dítě nemůže být kojeno, měly by být používány alternativní způsoby krmení.
7. Vytvářet podmínky, aby rodiče s dětmi mohli být spolu 24 hodin denně, aby se mohlo podporovat kojení podle potřeby dítěte.
8. Vytvářet matkám prostředí zajišťující soukromí a poskytovat informace o správné výživě kojící matky.
9. Nedávat kojeným dětem láhve ani dudlíky s výjimkou lékařsky indikovaných případů a se souhlasem rodičů.
10. Poskytovat rodičům informace a kontakty na organizace podporující kojení jak v průběhu hospitalizace , tak po propuštění z nemocnice.

Zdroj: Laktační liga. *Projekt na podporu kojení na dětských odděleních nemocnic v ČR* [online]. [cit. 8.3.2008] Dostupné na: Laktační liga Praha: <<http://www.kojeni.cz/bfh.php?tema=projekt>>.

Příloha 3

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Iveta Mrázová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. K zakončení mého studia píši bakalářskou práci na téma Spokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí na dětském oddělení z pohledu osoby doprovázející dítě. Tímto bych Vás chtěla požádat o laskavé vyplnění ANONYMNÍHO dotazníku, který bude využit pouze k účelu vypracování mé práce. U každé otázky, prosím, zaškrtněte jednu odpověď. Předem děkuji za Váš čas a ochotu k vyplnění dotazníku.

1. Kolik času uplynulo od Vašeho příchodu s dítětem na ambulanci až po jeho uložení na lůžko?

- ☐ 0 – 30 min.
- ☐ 30 – 60 min.
- ☐ 60 – 90 min.
- ☐ 90 – 120 min.
- ☐ Více než 120 min.

2. Jde o první hospitalizaci Vašeho dítěte v Nemocnici Český Krumlov, a.s.?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

3. Jaký byl důvod přijetí Vašeho dítěte?

- ☐ Akutní příjem
- ☐ Plánované přijetí
- ☐ Jiné (doplňte)

.....

4. Představil se Vám a Vašemu dítěti ošetřující personál?

a) lékař

- ☐ ano, oběma
- ☐ pouze mě
- ☐ ne

- ☐ nevím

b) sestra

- ☐ ano, oběma
- ☐ pouze mě
- ☐ ne
- ☐ nevím

c) ostatní pracovníci

- ☐ ano, oběma
- ☐ pouze mě
- ☐ ne
- ☐ nevím

5. Byl(a) jste seznámen(a) s:

a) právy hospitalizovaných dětí

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

b) domácím řádem oddělení

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

c) uspořádáním oddělení

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

6. Jak jste byl(a) spokojen(a) s přístupem ošetrovatelského personálu během příjmu?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

7. Jak jste byl(a) spokojen(a) s organizací příjmu?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

8. Byly informace o důvodu přijetí srozumitelné?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně
- ☐ Ne

9. Jak jste byl(a) spokojen(a) s jednáním a chováním sester na oddělení, kde bylo Vaše dítě hospitalizováno?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

10. Jak jste byl(a) spokojen(a) s dodržováním soukromí dítěte (např. při vyšetřování či provádění hygienické péče)?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

11. Jak jste byl(a) spokojen(a) s denním režimem na oddělení (hodina buzení, návštěvy apod.)?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

12. Jak jste byl(a) spokojen(a) se stravováním (chut', kvalita, teplota jídla, servírování)?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

13. Jak jste spokojen(a) s pořádkem a čistotou na oddělení?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

14. Vyhovuje Vám i Vašemu dítěti vybavení pokoje?

- ☐ Ano (pokračujte otázkou č. 16.)
- ☐ Částečně
- ☐ Ne

15. Co Vám nevyhovuje na vybavení pokoje?

.....
.....

16. Vyhovuje Vám i Vašemu dítěti vybavení oddělení (WC, koupelna, kuchyňka, herna apod.)?

- ☐ Ano (pokračujte otázkou č. 18.)
- ☐ Částečně
- ☐ Ne

17. Co Vám nevyhovuje na vybavení oddělení?

.....
.....

18. Byl(a) jste spokojen(a) s komunikací mezi Vámi a ošetřujícími sestrami?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

19. Přišla sestra vždy, když jí Vaše dítě potřebovalo?

- ☐ Vždy
- ☐ Často
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

20. Jak jste byl(a) spokojen(a) s péčí celkově?

- ☐ Spokojen(a)
- ☐ Spíše spokojen(a)
- ☐ Spíše nespokojen(a)
- ☐ Nespokojen(a)

21. Bylo něco, s čím jste na oddělení nebyl(a) vůbec spokojen(a)?

.....
.....

22. Bylo něco, s čím jste byl(a) na oddělení naprosto spokojen(a)?

.....
.....

23. Dostal(a) jste od sester dostatek informací o domácím ošetřování po propuštění?

- ☐ Ano
- ☐ Částečně
- ☐ Ne

24. Věk Vašeho dítěte?

- ☐ 0 – 1 rok
- ☐ 2 – 3 roky
- ☐ 4 – 5 let
- ☐ 6 a více let

25. Pohlaví Vašeho dítěte?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

26. Délka pobytu v nemocnici:

- ☐ 1 – 7 dní
- ☐ 8 – 14 dní
- ☐ 15 – 21 dní
- ☐ 22 – 28 dní
- ☐ Déle než 28 dní

27. Váš věk?

- ☐ 15 – 19
- ☐ 20 – 24
- ☐ 25 – 29
- ☐ 30 – 34
- ☐ 35 a více

28. Vaše pohlaví?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

29. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Základní
- ☐ Střední odborné s výučním listem
- ☐ Střední odborné s maturitou
- ☐ Vysokoškolské
- ☐ Nechci odpovídat

30. V jakém okrese bydlíte?

- ☐ Český Krumlov
- ☐ České Budějovice
- ☐ Písek
- ☐ Tábor
- ☐ Jindřichův Hradec
- ☐ Strakonice
- ☐ Prachatice
- ☐ Jiné (doplňte).....