

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Vliv jednání sester na celkové hodnocení kvality  
zdravotní péče pacienty**

**Bc. Kateřina Mařanová**

**Diplomová práce  
2012**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Mařanová**  
Osobní číslo: **Z09148**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**  
Název tématu: **Vliv jednání sester na celkové hodnocení kvality zdravotní péče pacienty**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací.
2. Studium soudobých poznatků týkajících se dané problematiky.
3. Rešerše - Pojem kvality zdravotní péče u nás a v zahraničí.
4. Stanovení podmínek, metod, hypotéz a cílů.
5. Konzultace metod výzkumu a výběru respondentů.
6. Vlastní provedení výzkumu, analýza získaných dat, kritické zhodnocení.
7. Doporučení výsledků pro praxi.


Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. BÁRTLOVÁ, Sylva; SADÍLEK, Petr; THÓTOVÁ, Valérie. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
2. GLADKIJ, Ivan a kolektiv. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-726-996-8.
3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice překlad. 3. vyd. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 312 s. ISBN 987-247-2436-2.
4. MARX, David; STANĚK, Ivan. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Komentovaný oficiální překlad. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 287 s. ISBN 80-247-1001-3.
5. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Měření kvality zdravotních lužeb-metodické dokumenty ke stažení-2aa-Priloha\_1\_Dotaznik\_KOP\_MZCR\_2008\_nemocnice.pdf (88Kb) [online]. 2008, Dostupný na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/133-Metodicky-navod-pro-distribuci-a-sber-dotazniku-pri-mereni-kvality-zdravotnich-sluzeb-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu-a-jinych-respondentu-zdravotnickych-zarizeni.html>.
6. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Standardy ošetrovatelské péče. [online]. 2008, Dostupný na WWW: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-oseetrovatelske-pece.html>.
7. ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha : Advent - Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

Vedoucí diplomové práce: Ing. Jana Holá, Ph.D.  
Katedra informatiky, managementu a radiologie

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2012

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

## **Prohlašuji:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že na moji práci se vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména na skutečnosti, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 3. 2012

.....

Bc. Kateřina Maňanová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Janě Holé, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícnost při tvorbě mé diplomové práce. Dále mé poděkování patří personálu a klientům/pacientům nemocnic v nichž probíhal výzkum k diplomové práci. Velký dík také patří mé rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

## **Souhrn:**

Diplomová práce se zaměřuje na téma „Jednání sester a jeho vliv na celkové hodnocení kvality zdravotní péče pacienty“. Práce je rozdělena na část teoretickou, která vysvětluje pojmy, kvality zdravotní péče u nás i v zahraničí, metody hodnocení kvality zdravotní péče a spokojenost klienta/pacienta. Druhá část práce je výzkumná, hlavním předmětem výzkumu diplomové práce bylo zjištění vlivu jednání a chování sester na celkové hodnocení kvality péče klientem/pacientem. Tato spokojenost s jednáním sester a spokojenost s celkovou kvalitou péče byla zjišťována dotazníkovou metodou v souboru 68 respondentů. Pro zpracování dotazníku bylo využito popisné statistiky. Testováním vybraných hypotéz byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi spokojeností s jednáním a chováním sester a hodnocením celkové kvality péče pacientem. Z šetření také vyplynuly souvislosti mezi schopností sestry pacienta povzbudit a hodnocením celkové kvality péče. Nepotvrdily se hypotézy o rozdílu hodnocení celkové spokojenosti pacientů v akreditovaném a neakreditovaném zařízení.

## **Klíčová slova:**

kvalita; zdravotní péče; sestra; zdravotnické zařízení; klient/pacient; spokojenost

## **Summary:**

The subject of this thesis is the behaviour of nurses and its effect on the patient's overall assessment of the quality of health care. The theoretical part of the thesis explains terminology and deals with the quality of domestic and foreign health care and identifies assessment methods for measuring the quality of health care and client/patient satisfaction. The second part dealing with research concentrates on the main subject consisting of the actions and behaviour of nurses and the effect on the assessment of health care quality by the client/patient. The level of satisfaction with nurse behaviour as well as with overall health care was measured by applying a questionnaire to a group of 68 respondents. The questionnaire was processed by using descriptive statistics. When testing selected hypotheses, a statistically significant correlation was detected between satisfaction with the actions and behaviour of nurses and the overall assessment of the quality of health care by patients. The results have also shown a link between the ability of a nurse to encourage a patient and the patient's evaluation of the total quality of health care. Hypotheses on differences in overall satisfaction of patients at accredited and non-accredited health care providers were not confirmed.

## **Key Words:**

Quality; health care; nurse; health care provider; client/patient; satisfaction

# Obsah

<b>Zadání diplomové práce.....</b>	<b>2</b>
<b>Prohlašuji: .....</b>	<b>4</b>
<b>Poděkování .....</b>	<b>5</b>
<b>Souhrn: .....</b>	<b>6</b>
<b>Summary: .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Co je vlastně kvalita .....</b>	<b>13</b>
1.1 Historický vývoj managementu kvality u nás a ve světě .....	15
1.2 Management kvality ve službách a zdravotnictví obecně.....	15
1.2.1 Znaky kvality zdravotní péče .....	16
1.3 Systémy řízení a zajišťování kvality .....	18
1.3.1 Systém TQM, EFQM.....	18
1.3.2 International Organisation for Standardization (ISO) .....	19
1.3.3 Jonit Commision on Accreditation of Heatlhcare Organisations (JCAHO) .....	19
1.3.4 Joint Commission International Accreditation (JCIA).....	20
1.3.5 Spojená akreditační komise ČR (SAK).....	20
1.3.6 Akreditace zdravotnických zařízení .....	20
1.4 Měření kvality zdravotní péče.....	23
1.4.1 Indikátory kvality zdravotní péče.....	23
1.4.2 Standardy .....	24
1.4.3 Zdravotnické audity .....	25
1.4.4 Sledování mimořádných událostí .....	26
1.5 Sledování kvality zdravotní péče u nás a ve světě .....	27
1.5.1 Sledování kvality zdravotní péče v České republice.....	27
1.5.2 Sledování kvality zdravotní péče v Dánsku .....	28
1.5.3 Sledování kvality zdravotní péče v Nizozemsku .....	30
1.6 Role sestry v procesu udržení kvality ošetrovatelské péče .....	31
<b>2 Spokojený pacient, znak kvalitní zdravotní péče .....</b>	<b>33</b>
2.1 Spokojený klient/pacient .....	33
2.1.1 Role klienta/pacienta.....	34
2.2 Pojetí spokojenosti klientů/pacientů .....	35
2.2.1 Význam měření spokojenosti pacientů .....	37
2.3 Metody zjišťování spokojenosti pacientů .....	37
2.3.1 Kvantitativní metody.....	37
2.3.2 Kvalitativní metody.....	39



<b>3</b>	<b>Vliv sestry a jejího jednání v procesu hodnocení kvality zdravotní péče</b>	
	<b>klientem/pacientem .....</b>	<b>42</b>
3.1	Role sestry .....	42
3.2	Osobnost sestry a klienta/pacienta .....	43
3.3	Vztah mezi sestrou a klientem/pacientem .....	46
3.4	Spolupráce sestry s klientem/pacientem .....	47
<b>4</b>	<b>Cíl, výzkumné otázky a hypotézy .....</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>Metodika výzkumu .....</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>Analýza dat a prezentace výsledků kvantitativní části výzkumu .....</b>	<b>54</b>
6.1	Ověřování hypotéz .....	59
6.1.1	Statistické testování hypotéz .....	59
<b>7</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>74</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>80</b>
	<b>Seznam bibliografických citací.....</b>	<b>81</b>
	<b>Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>87</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>88</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>90</b>
	<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>121</b>

## ÚVOD

*„Pozitivní myšlení a chuť do života jsou u pacientů ve velké míře ovlivňovány právě přístupem lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu.“*

*Martin Kuncek, předseda představenstva koncernu B. Braun Avitum, s. r. o.*

I přesto, že kvalita je pro mnohé z nás za normálních okolností jen pojmem relativním pro nemocného, který má podstoupit například složitý operační zákrok se při výběru zdravotního zařízení rázem stává pojmem bezvýhradným. Což bylo také hlavním důvodem výběru této problematiky. Kvalita se stává v posledních letech rozhodujícím bodem při posuzování úrovně zdravotní péče nejen ve světě, ale i u nás.

Několikaletá praxe ve zdravotnictví mě neustále utvrzuje v tom, že se ještě stále můžeme setkat s neosobním jednáním nejen sester, ale i lékařů vůči klientům/pacientům a nepochopením jejich potřeb. A to i přes veškeré snahy vyučujících zdravotnických oborů předkládat studentům teorii holistického přístupu k nemocným v klinické praxi. Pokládám si otázky. Proč mluví sestry a lékaři před pacienty nesrozumitelnou lékařskou mluvou? Proč sestry a lékaři označují pacienty číslem pokoje nebo diagnózou? Ztrácí snad nemocný s hospitalizací své jméno? Vždyť právě z přístupu a jednání nás sester, lékařů a dalšího zdravotnického personálu vyplývá klientova/pacientova ochota přizpůsobit se a spolupracovat na léčebném režimu, z čehož následně vyplývá i vyšší efektivita a kvalita zdravotní péče. Pokud porovnáme to, co pacient očekává od personálu s tím, jak hodnotí skutečnost, dostaneme ve výsledku jeho spokojenost či nespokojenost s personálem a tím i jeho pohled na kvalitu zdravotní péče. Dnešní pacienti chtějí důkazy. Důkazy o tom, že péče, která se jim dostává je založená na výzkumu, důkazech a splňuje certifikované standardy.

Předkládaná diplomová práce je členěna na část teoretickou a část výzkumnou. Část teoretická se zaměřuje na interpretaci historických i aktuálních informací o kvalitě zdravotní péče u nás a v zahraničí, na metody jejího hodnocení, vztah sestry a klienta/pacienta a spokojenost klienta/pacienta. Druhá, výzkumná část práce, popisuje cíle výzkumu, stanovené hypotézy, metodiku, organizaci výzkumu a výsledky kvantitativního výzkumu. Pomocí dotazníku byly ověřeny stanovené hypotézy. Výzkumu se zúčastnilo celkem 68 respondentů.

## CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce bylo zjistit souvislost mezi hodnocením celkové kvality péče pacientem a jednáním a chováním sester. V teoretické části diplomové práce byly shrnuty nejnovější poznatky týkající se vlivu jednání sester na hodnocení kvality péče pacienty u nás i v zahraničí, dále byly vysvětleny pojmy kvalita péče a spokojený klient/pacient. Cílem výzkumné části práce bylo provedení kvantitativního výzkumu ve vybraných zdravotnických zařízeních. Dílčí cíle kvantitativního výzkumu jsou následující:

- statisticky zhodnotit rozdíl ve spokojenosti klientů/pacientů s jednáním a chováním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení;
- statisticky zhodnotit rozdíl ve spokojenosti klientů/pacientů s celkovou kvalitou péče v akreditovaném a neakreditovaném zařízení;
- zjistit na základě dotazníku, s čím byli klienti/pacienti nejvíce ve vybraných zařízeních spokojeni;
- zjistit na základě dotazníku, s čím byli klienti/pacienti ve vybraných zařízeních nejméně spokojeni;
- stanovit vhodná doporučení pro praxi.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Co je vlastně kvalita

Jak již bylo výše zmíněno, slovo kvalita (lat. Quality ), jinak také jakost, je relativním pojmem odpovídajícím na otázku „jaký?“. Definice tohoto pojmu se připisuje řeckému filozofovi Aristotelovi, který ji uvádí v souvislosti se smyslovým vnímáním. Kvalita je podmíněna okolnostmi a vnímajícím subjektem. Tuto definici lze nalézt s drobnými obměnami v řadě naučných a výkladových slovníků. V dnešní době je již nevhodná, ale ani v nejnovějším slovníku jakosti, který zpracovala Americká společnost pro jakost (ASQ<sup>1</sup>) není možné nalézt všeobecně platnou definici tohoto pojmu (Madar a kol., 2004).

Vzhledem k celosvětové působnosti norem ISO<sup>2</sup> řady 9000 se svým způsobem v dnešní době považuje za definici kvality ta z normy ČSN EN ISO 9000 2006, „kvalita je stupeň splnění požadavků inherentních charakteristik“. Kvalitu totiž lze posuzovat ve dvou zcela rozdílných rozměrech. V rozměru subjektivním – to, co je vnímáno jedincem, jeho spokojenost či nespokojenost a v rozměru objektivním za pomoci sledování přesně nastavených a dohodnutých kritérií vycházejících z kombinace potřeb a očekávání externích zákazníků, v případě zdravotní péče klienta/pacienta a dalších zainteresovaných stran – člen rodiny, lékař, sestra, ředitel nemocnice (Madar a kol., 2004).

První možnosti hodnocení kvality zdravotní péče podle přesně stanovených kritérií byly uvedeny již v Chammurabiho zákoníku kolem roku 1780 př. n. l. Zákon tehdy ustanovoval: „Pokud chirurg udělal hlubokou incisi do těla svobodného muže a zapříčinil tím jeho smrt, má mu být uřato předloktí.“ Je velice zajímavé, že ačkoliv je tento zákon přes 4 tisíce let starý, zaměřuje se na konkrétní skupinu (svobodné muže), kteří mají právo na kvalitní péči a uvádí odpovědnost za následky. Svým způsobem definuje kvalitu a je zaměřen na výsledek lékařovy činnosti (Wikipedia, 2011; Nenadál, 2011, Gladkij 1999).

Pokud je definována konkrétně kvalita zdravotní péče, ve většině případů se definice vztahuje na medicínsko-technologickou stránku procesu a úspěšnost léčebného zásahu. Kvalita zdravotní péče není dána jen těmito atributy, zahrnuje i psychologické, etické, organizační a ekonomické aspekty. První definice tohoto druhu přichází od Světové zdravotnické organizace (WHO<sup>3</sup>) v roce 1966, „jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice, a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“. Novodobější definice WHO říká, že: „Kvalita zdravotní péče je definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologickému vývoji.“

---

<sup>1</sup> ASQ – Americká společnost pro jakost

<sup>2</sup> ISO – International Organisation for Standardization

<sup>3</sup> WHO – Světová zdravotnická organizace

Avedis Donabedian, americký lékař a průkopník studia kvality zdravotní péče, definuje kvalitu zdravotní péče jako „péči takovou, při které lze očekávat maximální přínos pro klientovo/pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích procesu“. Spojená mezinárodní komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (JCIA<sup>4</sup>) definuje kvalitu zdravotní péče „jako úroveň, na kterou se při poskytování zdravotní péče v souladu s aktuálními poznatky zvýší pravděpodobnost stanovených cílů v oblasti zdravotního stavu populace nebo jedince“. Autoři Škrlovi ve své publikaci „Kreativní ošetrovatelský management“ použili jednoduchou, leč výstižnou definici kvality péče podle Palmra, „dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi“. V očích klienta/pacienta je pak pochopitelně nejvyšším měřítkem kvality obdržené zdravotní péče jeho vlastní spokojenost (Thótová, 2008; Gladkij, 1999; Škrla, Škrlová 2003; Votínský, 2010; Maxdorf, 2008).

Požadavky na kvalitu zdravotní péče se neustále zvyšují a netýkají se jen klienta/pacienta a jeho rodiny, týkají se i manažerů zabývajících se systémy řízení jakosti (angl. quality control). Výzkum spokojenosti klienta/pacienta s kvalitou zdravotní péče je jednou z významných metod hodnocení kvality zdravotní péče. Zlepšování kvality s sebou nese i řadu dalších požadavků, implementaci mezinárodně uznávaných standardů, aktivní účast zdravotnických zařízení, profesionálů, soustavné vzdělávání a již výše zmíněné kontinuální hodnocení. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) podpořilo v rámci programů „Zdraví 21“ a „Národní politika jakosti“ vývoj standardizované metodiky „Kvalita Očima Pacientů“. Metodika tohoto projektu je kompatibilní se zahraničními a přináší informace o kvalitě poskytované zdravotní péče v našich nemocnicích již od roku 2007 (Marx, 2008; Kostičová, Badalík 2009).

---

<sup>4</sup> JCIA – Joint Commission International Accreditation, Spojená mezinárodní komise pro akreditaci zdravotnických zařízení

## **1.1 Historický vývoj managementu kvality u nás a ve světě**

*„ A neb od kvalitní průmyslové výroby až ke kvalitní zdravotní péči. “*

V posledních desetiletích se zájem o kvalitu zvýšil ve světovém měřítku tak, že se stala kvalita imanentní součástí každodenního života. Jaroslav Nenadál tuto situaci ve své publikaci „Moderní systémy řízení jakosti“ nazývá „revolucí jakosti“ (Kilíková, 2008; Nenadál, 2007).

Stejně jako jiná odvětví managementu i management jakosti zdravotní péče má svou historii, i když jeho úplné základy vycházejí z managementu jakosti pro průmyslovou výrobu. Prvními, kteří sledovali kvalitu, byly totiž řemeslnické cechy a později manufakturní výroba. Dříve za kvalitu výrobků plně odpovídal výrobce. S dělbou práce, vývojem výrobních procesů přišla potřeba kontroly kvality na všech výrobních úsecích a začaly vznikat teorie o míře zodpovědnosti za kvalitu v průmyslové výrobě (Kilíková a Jakušová, 2008; Madar a kol., 2004; Gladkij 1999).

Největší rozmach řízení kvality lze pozorovat po druhé světové válce. V důsledku nedostatku některých výrobků a zejména kvalitních výrobků vznikal konkurenční boj firem. V 70. letech 20. století došlo ve zvýšené míře k orientaci managementu kvality na procesy a konečně v 80. letech 20. století v historických přehledech pozorujeme orientaci na zákazníka, jako osobu, která rozhoduje, zda je výrobek či služba kvalitní. V tomto období se tedy dostává otázka kvality i do podvědomí služeb a tedy i do oblasti zdravotní péče (Kilíková a Jakušová, 2008; Madar a kol., 2004; Gladkij 1999).

## **1.2 Management kvality ve službách a zdravotnictví obecně**

Hlavní předměty managementu jakosti ve službách jsou téměř identické s managementem jakosti průmyslové výroby. Proto je třeba v této práci vyzvednout především zásadní odlišnosti hodnocení kvality ve zdravotnictví a službách: služby mají charakter abstraktní, nehmotný, čili těžko měřitelný, cena za kvalitní služby většinou nehraje rozhodující roli, zákazníci (klienti/pacienti) vnímají riziko při nákupu služeb více než při nákupu výrobků, proto je nezbytně nutné zákazníka informovat o možnostech služby v dostatečném předstihu. Dále je z výzkumů zřejmá významná úloha a aktivita zákazníka pro úspěch a účinnost dané služby. Management kvality služeb zahrnuje znaky zjistitelné posuzované zákazníkem a znaky, které neposuzuje zákazník. V oblasti služeb roste navíc dramaticky role lidského faktoru, protože dochází k přímé konfrontaci se zákazníkem, vzhledem k tématu práce

mluvíme o kontaktu sestry, poskytovatele služeb a klienta/pacienta. Ošetřovatelství na základě své oborové koncepce nese odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a skupin z tohoto důvodu je třeba jedinečný přístup. Problémem řešení se tedy stává mimo jiné osobní kvalita zaměstnanců přicházejících do přímého styku s klientem/pacientem, soustavné zlepšování kvalit v přístupu zaměstnanců ke klientovi/pacientovi formou odborných kurzů, lekcí komunikace, společenského chování a učení pozitivních postojů. Výše vyjmenované odlišnosti jsou příčinnou časového prodloužení nástupu managementu jakosti nejen do služeb obecně, ale také do zdravotnictví (Madar a kol., 2004; Nenadál, 2004; Nenadál, 2011;).

Otázky kvality zdravotní péče byly prakticky ověřovány a teoreticky rozpracovány nejdříve v USA, kde byly již v roce 1917 použity při kontrolních činnostech první standardy pro nemocnice. Později následovaly západoevropské státy - Belgie, Spojené království a Německo. V roce 1985 byl program zajišťování kvality zdravotní péče zmíněn jako jeden z 38 cílů WHO v rámci evropské strategie programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V roce 1985 byla založena Mezinárodní společnost pro zjišťování kvality zdravotní péče (Gladkij, 1999).

Kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví dnes nezajímá jen provozovatele zdravotnických zařízení. Zajímá plátce zdravotního pojištění, státní správu a širokou veřejnost, tedy i klienta/pacienta. Při vnímání kvality zdravotní péče je zásadním hlediskem kvalita vlastního léčebného úkonu a doprovodných služeb. Proto ve strategiích řízení a zvyšování kvality zdravotní péče nejen České republiky, ale i jiných zemí Evropské unie nebo zámořských států je možné pozorovat sledování organizace příjmu klienta/pacienta, podávání informací, zajištění bezpečnosti, stravy, ubytování, organizaci péče obecně a kulturní možnosti ve zdravotnickém zařízení (Madar a kol., 2004; Kilíková a Jakušová, 2008; Gladkij, 1999; Vašátková, 2005).

### **1.2.1 Znaky kvality zdravotní péče**

Dle knihy Ivana Gladkije (1999, s. 14) je možné rozlišit nejméně *tři dimenze kvality zdravotních služeb* a to:

#### **a) Kvalita z hlediska klienta, z čehož nám vyplynou následující otázky:**

- Co potřebují a očekávají od služeb jednotliví klíčoví zákazníci?
- Kdo jsou klíčoví zákazníci ve zdravotní péči? Literatura uvádí, že mezi klíčové zákazníky ve zdravotnictví patří nejen klienti/pacienti, ale i jejich rodiny, plátci,



zaměstnanci a do určité míry i lékaři odesílající klienty/pacienty do zdravotnických zařízení.

Z hlediska důležitosti řadí klienti/pacienti, jejich rodiny a plátcí pojištění dané charakteristiky týkající se kvality zdravotních služeb takto:

- prevence zdravotních problémů;
- schopnost diagnostiky zdravotních problémů;
- shoda mezi diagnózou, léčbou a prognózou;
- účinek tělesné, biologické, duševní a společenské funkce člověka, tzn. výsledek zdravotní péče;
- dostupnost zdravotní péče;
- délka léčby;
- osobní interakce, tj. zájem, péče a profesionalita.

**b) Kvalita služeb z hlediska profesionálního:**

- Naplňují nabízené služby potřeby definované profesionály, kteří služby poskytují nebo klienty/pacienty ke službám odesílají?
- Jsou techniky a procedury, zvolené k dosažení klientových/pacientových potřeb, vhodné?

**c) Kvalita z hlediska řízení znamená:**

- nejproduktivnější a nejekonomičtější využití zdrojů, stanovených vyšším managementem a plátcí;
- neustálý odborný růst pracovníků;
- zabránění vzniku rizik a minimalizace zanedbání;
- pravidelná aktualizace standardů – akreditace pracovišť;
- kontinuální zvyšování kvality (dlouhodobé strategie, komplexní přístup);
- podpůrné organizační mechanismy - založení komise kvality, interdisciplinárních týmů;
- služby pro klienty/pacienty – odvracení stížností, možnost vyjádření názoru na spokojenost/nespokojenost se službami (Gladkij, 1999).

Dle Gladkije (2003, s. 292) je dále *kvalita poskytovaných zdravotnických služeb* charakterizována následujícími vlastnostmi:

- „účinnost péče“;

- „dostupnost a včasnost péče“;
- „bezpečnost péče“;
- „přiměřenost zdravotnímu stavu“;
- „soustavnost a návaznost péče“;
- „přijatelnost pro pacienty/klienty“;
- „ekonomická efektivnost vznikající dodržováním jednoty medicínské a ekonomické racionality“.

Farkašová a kol. (2006, s. 186) ve své publikaci Ošetřovatelství – teorie jmenuje **znaky kvality zdravotní péče** v některých bodech podobně jako Gladkij:

- **dostupnost péče** – služby by měly být dostupné v dané lokalitě;
- **vhodnost péče** – péče musí splňovat potřeby jedinců, jimž je určena;
- **přijatelnost péče** – služby musí uspokojovat očekávání klientů/pacientů i veřejnosti;
- **efektivita péče** – službami se dosáhne jiný stanovený výsledek;
- **účinnost péče** – výsledky se dosáhnou jen pomocí zdrojů, které jsou k dispozici a minimem ztrát;
- **rovnocennost péče** – každému bez rozdílu se poskytuje stejná péče/služby.

Dalo by se tedy říci, že oba autoři vychází z charakteristik, které uvádí již v roce 1984 Maxwell, kdy 6 parametrů uspořádal do grafu ve formě diamantu. Diamant je totiž největším znakem kvality (Gladkij, 1999).

### 1.3 Systémy řízení a zajišťování kvality

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem, které nezajímá pouze poskytovatele léčebné a ošetřovatelské péče, ale i klienty/pacienty a jejich rodiny. Od zdravotnických zařízení se tedy očekává pravidelné předkládání důkazů o kvalitě léčebné a ošetřovatelské péče. S tím přichází i nezadržitelný trend vzniku a používání řady normovaných postupů a systémů určených pro kontinuální zvyšování a hodnocení kvality zdravotnických služeb v praxi (Mátl, Jabůrková, 2007).

#### 1.3.1 Systém TQM, EFQM

Průmyslový model TQM<sup>5</sup>, vytvořený Američany Demingem a Juranem, vznikl jako obchodní filozofie pro oživení trhu. V 80. letech se tento model začal široce užívat v organizaci řízení

---

<sup>5</sup> TQM – Total Quality Management

systemů péče o zdraví. Evropská nadace pro management jakosti (EFQM<sup>6</sup>), založená v roce 1988 za podpory Evropské unie, v roce 1991 představila modifikaci modelu TQM pod názvem Evropský model TQM, který hraje důležitou roli v evropském managementu jakosti. Model EFQM byl později zásadně inovován a na jaře roku 1999 uveřejněn pod novým názvem EFQM Model Excellence, poslední inovace proběhla roku 2003. Při řešení problému evropského pojetí zdravotnictví, jako veřejné služby za veřejné peníze, která potřebuje veřejnou kontrolu, došlo na zavádění tohoto modelu v zemích Evropské unie. Dle modelu TQM, jeho modifikací a osmi základních principů, ze kterých, vychází je pak systém zdravotní péče transformován tak, aby služby, personál a ostatní činnosti byly zaměřeny na uspokojování potřeb klienta/pacienta (Mastiljaková, 2004; Kilíková, Jakušová, 2008; Madar a kol., 2004; Nenadál, 2004).

### **1.3.2 International Organisation for Standardization (ISO)**

Mezinárodní organizace pro standardizaci má v náplni vytvořit jednotná hodnotící kritéria pro nezávislou certifikaci dodavatelů. Soubor norem ISO 9000 byl schválen již v roce 1987 a byl koncipován a deklarován jako univerzální systém k široké aplikaci nejen z pohledu velikosti organizací, ale i dle jejich zaměření, pro podnikatelské subjekty i pro neziskové organizace, zdravotnická zařízení apod. V roce 1994 byl systém norem ISO 9000 revidován, revize byla dokončena v roce 2000, v platnosti vychází ISO 9001:2000 Systém managementu jakosti. Tento systém vedoucí ke kvalitě, excelenci a ekonomické výkonnosti, je zaměřený na zákazníka, zaměstnance, dokumentaci, procesní řízení a kontinuální zvyšování kvality (Škrála, Škrlová, 2008).

### **1.3.3 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**

Roku 1951 byla ustavena v USA nestátní nezávislá nezisková organizace JCAHO<sup>7</sup>, jejímž posláním je zlepšování kvality zdravotní péče a udělováním akreditací zdravotnickým zařízením již od roku 1953. Posuzuje činnost zdravotnických zařízení, která žádají o akreditaci v USA. Spolupracuje velice úzce nejen s federální vládou USA, ale i s vládou jednotlivých amerických států při dohlížení na kvalitu zdravotní péče poskytované klientovi/pacientovi. Poslední aktualizaci standardů provedla JCAHO v roce 1994, obsahují metody kontinuálního zvyšování kvality. Jedná se o zhruba 500 ukazatelů zaměřených na práva pacientů, etiku, výchovu klienta/pacienta a rodiny, řízení nemocnice, dokumentaci,

---

<sup>6</sup> EFQM – Evropská nadace pro management jakosti

<sup>7</sup> JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

chování a jednání sester a lékařů ke klientovi/pacientovi, které zástupci JCAHO hodnotí při čtyřdenním akreditačním řízení (Mastiljaková, 2004; Kilíková, Jakušová, 2008).

#### **1.3.4 Joint Commission International Accreditation (JCIA)**

Je dceřinou společností JCAHO, vznikla v roce 1998 jako odpověď na mezinárodní požadavky zvyšovat bezpečnost a kvalitu péče o klienta/pacienta. Byl ustanoven hodnotící systém založený na standardech. V roce 1999 vydává společnost JCIA<sup>8</sup> Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, které dělí do dvou skupin, tj. standardy týkající se potřeb klienta/pacienta a standardy týkající se zdravotního zařízení jako instituce. Překlad třetího rozšířeného vydání publikace vychází od roku 2008 i u nás (Marx, Staněk, 2008; Mastiljaková 2004).

#### **1.3.5 Spojená akreditační komise ČR (SAK)**

V roce 1998 v České republice vznikla Spojená akreditační komise, o.p.s. (SAK o.p.s.<sup>9</sup>) jejímž cílem se stalo trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. SAK o.p.s. V roce 1998 vydala padesát akreditačních standardů, rozdělených do deseti tematických oblastí. SAK o.p.s. provádí akreditační šetření, která zjišťují shodu mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnických zařízení. Na základě akreditačního šetření je možné získat akreditační certifikát na 2 – 3 roky. 1. září 2009 vstoupily v platnost aktualizované „Národní akreditační standardy pro nemocnice“. Zvýšil se nejen celkový počet standardů na 74, ale i počet indikátorů jednotlivých standardů. V publikaci najdeme ke každému standardu vždy účel, popis možností pro naplnění standardu a indikátory standardu, tedy měřitelné znaky naplnění. Nemalou zásluhu na rozvoji kvality zdravotní péče má Asociace nemocnic ČR založená roku 1993 a Ministerstvo zdravotnictví ČR, které v roce 1996 zřídilo oddělení kvality péče (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2009; Marx, 2008; Brabcová, 2007).

#### **1.3.6 Akreditace zdravotnických zařízení**

Slovo akreditace a jeho význam vychází z latinského slova „crede“- důvěřovat. Tento pojem byl dříve spojován zejména se školstvím. Jednotlivá školská zařízení se ucházela o akreditaci pro vzdělávání studentů v určitých disciplínách. Pokud bychom slovo akreditace volně přeložili, znamená „důvěryhodně prokázat způsobilost“(Thótová,2008).

---

<sup>8</sup> JCIA – Joint Commission International Accreditation

<sup>9</sup> SAK o.p.s. – Spojená akreditační komise

V devadesátých letech minulého století přichází do popředí ve zdravotnictví pojem kvalita, potřeba jejího hodnocení a akreditace. Systémy externího hodnocení kvality zdravotnického zařízení, jinak nazývané akreditační systémy, byly rozvíjeny a aplikovány nejprve v USA, Kanadě a Austrálii (Thótová, 2008).

V evropských zemích, jako např. Dánsko byly akreditační normy vyvinuty stejně jako v zámořských zemích ve spolupráci s odborníky vytvářejícími program kvality péče v zemi. Dánští odborníci na kvalitu péče přirovnávají kvalitu k nikdy nekončícímu kruhu a pro jeho soudržnost je třeba dodržovat 4 kroky:

- 1) krok obsahuje požadavky, pokyny a dokumenty podporující proces zvyšování kvality v dané oblasti;
- 2) krok vyžaduje po organizaci znalost používaných dokumentů podporující zvyšování kvality a je kontrolován inspektory;
- 3) krok udává instituci povinnost sledovat kvalitu jednotlivých procesů a služeb, sledování a hodnocení probíhá stejně jako v našich nemocnicích formou auditů;
- 4) krok, instituce musí na základě zjištění z auditů vyvodit případné důsledky a opatření pro zlepšení kvality zkoumaného jevu (Institut for Kvalitet og Akreditering i Sundhedsaesenet, 2011).

V Nizozemsku pak vznikl v roce 1998 Nizozemský institut pro akreditaci nemocnic, který uděluje nizozemským nemocnicím akreditace na základě šetření externích inspektorů v zařízení. Inspektoři kontrolují dodržování standardů jakosti. Akreditace v Nizozemsku je stejně jako ve většině zemí dobrovolná a uděluje se na 4 roky, po té následuje přezkoumání. Příkladem evropské země, kde je akreditace nařízena zákony a tedy soudně vymahatelná je Francie (Gennip, Smitt, 2000).

#### **1.3.6.1 Význam akreditace**

Akreditace je formální proces s cílem poskytovat bezpečnou a co možná nejkvalitnější péči, slouží k posouzení výkonu zdravotnického zařízení, je dobrovolná. Zdravotnická zařízení, která obdrží akreditaci, se zavazují nejen k soustavnému zvyšování kvality péče o klienty/pacienty, ale i k zajištění bezpečného prostředí, v němž je péče poskytována a systematickému snižování rizik pro klienty/pacienty a zaměstnance zdravotnického zařízení. Zájem o akreditaci, jako účinný nástroj řízení a hodnocení kvality, celosvětově stoupá (Marx, Staněk, 2008).

O akreditaci JCIA může požádat jakékoliv zdravotnické zařízení. Vlastní akreditační proces následně ověřuje v přihlášeném zdravotnickém zařízení dodržování akreditačních standardů.

Pokud jsou tyto standardy plněny v přijatelné úrovni, JCIA uděluje zdravotnickému zařízení akreditační certifikát. Během akreditačního procesu se akreditační komisaři zaměřují na veškerý pohyb klienta/pacienta zdravotnickým zařízením od přijetí, přes organizaci laboratorních a jiných vyšetření, léčbu, případné intervenční výkony, až po propuštění klienta/pacienta (Marx, 2008; Janečková, Hnilicová, 2009).

Pro splnění podmínek akreditace využíváme specializovaných norem – akreditačních standardů. Akreditační standardy jsou psány srozumitelným jazykem pro pracovníky zdravotnického zařízení, na rozdíl od obecných „technických“ předpisů. Tento důležitý aspekt umožňuje nemocnicím samostatnou přípravu na akreditaci bez nutnosti externí konzultační služby a nepřiměřeného zvyšování nákladů (Marx, 2008).

Počátky akreditace ve světě jsou úzce spjaty se snahou zabezpečit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy byla narušena iniciativami zaměřujícími se zejména na sledování nákladů. S tím souvisí i založení Spojené komise pro akreditaci v USA v roce 1976 k vytvoření prvního uceleného souboru standardů. V českém zdravotnictví přichází uvědomění si rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, jak ve fyzickém stavu, tak v jejich technickém vybavení v roce 1989. V roce 1994 byl u nás iniciován projekt „Akreditace nemocnic“ pod záštitou MZČR. Tento projekt a jeho ukončení v roce 1998 vedlo k založení SAK ČR, o.p.s. V téže roce vychází Věstník MZČR č. 7, kde jsou popsány akreditační standardy a metodika. V roce 1999 SAK ČR o.p.s. udělila první akreditaci. Na webových stránkách, [www.sakcr.cz/cz-main/akreditovana-zarizeni](http://www.sakcr.cz/cz-main/akreditovana-zarizeni), SAK ČR o.p.s. lze nelézt zdravotnická zařízení akreditovaná během let 1999 – 2011. Dnes posuzuje SAK ČR o.p.s. zdravotnická zařízení podle standardů, které vznikly výsledkem práce středoevropského projektu koordinovaného USAID,<sup>10</sup> na němž se podílela řada organizací poskytujících zdravotní péči v ČR i MZČR (Marx, 2008; Spojená akreditační komise o.p.s.).

### **1.3.6.2 Přínosy akreditace pro zdravotnické zařízení**

Kultura kvality a bezpečí, kterou akreditační proces při posuzování zařízení s sebou přináší je kontinuální zlepšování všech procesů zajišťujících kvalitní péči o klienty/pacienty a zlepšování výsledků poskytované péče.

Akreditace přináší zdravotnickému zařízení dále:

- zvýšení důvěry veřejnosti v kvalitní, bezpečné prostředí a služby poskytované daným zdravotnickým zařízením;

---

<sup>10</sup> USAID – United States Agency International Development

- zajištění bezpečného a efektivního pracovního prostředí, z čehož plyne spokojenost zaměstnanců;
- možnost argumentovat při jednání s plátcí na základě dat popisujících kvalitu péče;
- zvýšení podílu klientů/pacientů a jejich blízkých na procesu poskytování zdravotní péče;
- lepší podmínky pro uspokojení potřeb a respektování práv klientů/pacientů;
- kulturu otevřené organizace, učící se ze systému včasného hlášení mimořádných událostí a bezpečnostních rizik;
- systém týmového vedení a kontinuální snahu zajišťovat kvalitu péče a bezpečí klientů/pacientů na všech úrovních (Marx, Staněk, 2008).

#### 1.4 Měření kvality zdravotní péče

Pokrok v oblasti kvality, touha stále zlepšovat již dobré, nezbytně vyžaduje soustavné měření kvality zdravotní péče. Měření nemůže být z pravidla realizováno jedním činitelem. K měření se využívá studium jednotlivých případů (kazuistický přístup) a statistických postupů.

Významnou roli při hodnocení kvality péče hrají indikátory a standardy týkající se následujících dimenzí:

- 1) **struktury péče** – manažerské standardy, zahrnující zdroje a podmínky zdravotní péče;
- 2) **vlastní proces** – ošetřovatelské, diagnostické a terapeutické postupy, zajišťují jednotnou péči a bezpečnost personálu i klienta/pacienta;
- 3) **výstupy a výsledky péče** – patří mezi ně hodnocení spokojenosti personálu, hodnocení spokojenosti klientů/pacientů, počty provedených ošetření (Gladkij, 1999).

##### 1.4.1 Indikátory kvality zdravotní péče

Jedná se o jasně definovaná a měřitelná kritéria, ukazující v porovnání s určitým standardem nebo směrnicí, jak bylo daného standardu nebo směrnice dosaženo. Long říká: „Indikátor je odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze“ (Gladkij, 1999).

Indikátory se využívají zpravidla k určení potenciálních problémů ve třech hlavních oblastech kvality: **strukturu** (kvalifikace sester, lékařů, technické vybavení), **procesu** (čekací doba na příjem, nozokomiální nákazy) a **výsledku** (náklady na lůžko, počet stížností na kvalitu péče, mobilita při propuštění). Aby nám indikátory napomáhaly při zvyšování kvality, musí být smysluplně definovány. Gladkij (1999, s. 28) takto uvádí například klinické indikátory, které

jsou k nahlédnutí v příloze 1, klíčová hlediska pro každou klinickou specializaci (např. pro laboratoř – kritické hodnoty nehlášené okamžitě klinikovi, pro chirurgii - reoperace během jednoho přijetí do nemocnice, pro anesteziologii – poranění zubů během anesteziologicko-resuscitační péče). Indikátory směřují nejen pozitivním, ale i negativním směrem, jedná se o informace varující před chybou. Škrlovi (2003, s. 101) uvádějí dále:

- **indikátory vztahu/poměru – indikátory poměrové** – jsou založeny na sběru dat a vyjádřeny relativním číslem, o předmětu našeho zájmu: počty císařských řezů, komplikace s venózním portem, dekubity;
- **indikátory sentinelové, strážní** – identifikují jevy nebo fenomény, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Jedná se o jevy kritické, ojedinělé a nežádoucí.

#### 1.4.2 Standardy

Standard či standardizace, mezinárodně užívané termíny sloužící pro zavádění a harmonizaci jednotných identifikovatelných způsobů, norem a směrnic týkajících se technologií použitých v praxi. Standardizace ve zdravotnictví má svá specifika a její historie sahá již do období krymské války (1853-1856), kdy první standardy týkající se ošetrovatelské péče sestavila Florence Nightingalová. Standardy ve zdravotnictví musí respektovat jeho charakter, musí být v souladu se současnou úrovní medicíny. Nezajišťují pouze bezpečí klientů/pacientů, chrání také sestry před neoprávněným postihem. Neslouží jako donucovací prostředek, ale pouze jako podpora vlastního zlepšování. Zpracování standardů je různé a neexistuje žádný nadnárodní předpis, prezentující se formou volného textu obsahujícího měřitelné a hodnotitelné parametry. V příloze 2 je k nahlédnutí příklad standardu. Americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedian (1919-2000), sestavil model pro měření kvality a zlepšování zdravotní péče. Model tvoří tři části: struktura, proces a výsledek. Z tohoto modelu vychází i následující dělení standardů (Škrlla, Škrlová, 2003).

**Strukturální (provozní) standardy se týkají:** personálního zajištění, jako je adekvátní počet a kvalifikace lékařů, sester a dalších pracovníků, požadovaná délka jejich praxe, používání odpovídajících technologií, užívání spotřebního materiálu s požadovanými parametry, vedení dokumentace a organizační rámec péče o klienty/pacienty s danou diagnózou. Bývají kvalifikovány legislativně, v ČR se jedná o zákon č. 123/2000 Sb., o prostředcích zdravotní techniky, standardizace dokumentace od roku 2006 upravena vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotní dokumentaci, která v intencích zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu přináší požadavky na vedení dokumentace a zákon č. 96/2004 Sb., nebo stavovský předpis č. 16



České lékařské komory upravující kompetence zdravotnických pracovníků a požadavky na jejich kvalifikaci (Janečková, Hnilicová, 2009).

**Procesuální standardy** jsou nejpodrobnější částí standardů. Představují doporučené postupy správné klinické praxe. Na mezinárodní úrovni je známe pod pojmem „clinical practice guidelines“. Doporučují postupy, které vycházející z validních, podložených údajů založených na důkazech tzv. „evidence based medicine“. V oblasti ošetrovatelství máme: standardy postupů ošetrovatelské péče – popisující výkon „krok za krokem“ a standardy činností ošetrovatelské péče (Janečková, Hnilicová, 2009).

**Standardy výsledků péče** se týkají stanovení žádoucích a dosažitelných výsledků v jednotlivých oblastech péče, vztahují se k určitému kritériu, plní funkci normy, vyjadřují to, čeho mělo být dosaženo, co mělo být splněno. Dále se vztahují, také k výsledkovým standardům a patří mezi ně mimo jiné hodnocení spokojenosti klientů/pacientů s kvalitou péče (Gladkij, 1999; (Janečková, Hnilicová, 2009).

Pro posouzení efektu implementace standardu se v praxi používají různé metody monitorování. Většina odborníků za nejvhodnější metodu považuje audit, pro stanovení úrovně poskytované ošetrovatelské péče pak ošetrovatelský audit (Janečková, Hnilicová 2009).

#### **1.4.3 Zdravotnické audity**

Zdravotnické audity jsou nedílnou součástí měření kvality zdravotní péče. Analyzují nám úspěchy jednotlivých oddělení, sester, lékařů. Hledají shodu nebo neshodu v tom, zda bylo dosaženo stanovených standardů v praxi. Poukazují na problémové oblasti vyžadující zvýšenou pozornost. Audity se mohou mimo zdravotnického personálu týkat také kvality dokumentace. Již Florence Nightingalová v roce 1863 řekla: „Zdravotnická dokumentace by měla pacientům ukázat, jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky.“ Byla tedy zřejmě první sestrou, která vyjádřila smysl zdravotnického auditu (Škrla, Škrlová, 2003).

Hindls rozlišuje v publikaci Kvantitativní metody řízení (1997, s. 63-69) dva druhy auditů:

- **externí audit**, který vykonává autorizovaný, kvalifikovaný pracovník nebo firma nemající k organizaci žádný vztah. Primárním účelem je určení nesrovnalostí v dodržování stanovených norem. Zodpovědnost externího auditora je dána zákonem;
- **interní audit** je nezávislé vnitřní hodnocení organizace. Provádí jej interní pracovník, jehož zodpovědnost je určena managementem zařízení. Interní auditor podává zprávy managementu zařízení a externím vlastníkům.

#### 1.4.3.1 Ošetřovatelský audit

Ošetřovatelský audit systematicky hodnotí kvalitu ošetřovatelské péče, ošetřovatelského procesu, který je dokumentován. Příloha 3 uvádí příklad, jak by měl audit ošetřovatelské péče vypadat. Cílem auditu není hodnocení práce sester za účelem hledání chyb s následným postihem. Audity hledají slabá místa v již stanoveném systému a zajišťují rychlou nápravu. Hlavním účelem provádění auditů je odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje, hodnocení efektivity péče, podpora kritického myšlení sester sloužící k analýze potřeb klientů/pacientů a vlastní práce. Nejčastější metodou auditu je metoda přímého participačního pozorování, pohledu, kontroly dokumentace, otázky směřované na sestru manažerku týmu a ostatní členy ošetřovatelského týmu (Kilíková, Jakušová, 2008).

Z hlediska praxe uvádí Škrlovi v knize Kreativní ošetřovatelský management (2003, s. 109) čtyři další druhy ošetřovatelských auditů, a to:

- **retrospektivní revize** – tzn. revize ošetřovatelských záznamů;
- **algoritmový audit** – hodnocení strategie péče z pohledu zachování dohodnutých procesů a jejich alternativ (klinické postupy, mapy péče);
- **audit implementace ošetřovatelských standardů** – kontrola dodržování standardů;
- **audit výsledků péče** – je nutné položit si nejprve otázku: Bylo to k něčemu dobré?

#### 1.4.4 Sledování mimořádných událostí

Mimořádnou událost je možno chápat jako situaci, kdy je péče poskytována „non lege artis“. Mimořádná událost má za následek dočasné, trvalé poškození nebo smrt v souvislosti s lékařskými či ošetřovatelskými intervencemi, případně selháním techniky potřebné pro diagnostiku a léčbu. O tom, že řízení rizik je nesmírně důležitým aspektem kvalitní péče vypovídá, že JCAHO i ISO systémy řízení kvality pokládají management rizik za strategickou prioritu. Hlavní důvod, který zvyšuje zájem zdravotnických zařízení o toto téma, jsou požadavky akreditačního systému ISO 9001:2000 a tlak Světové zdravotnické organizace, která má prevenci mimořádných událostí za hlavní prioritu. V ČR zatím není jednotná definice a klasifikace mimořádných událostí, z čehož vyplývají nesnáze při statistickém zpracování informací. Jakmile však přijme zdravotnické zařízení některý ze systémů klasifikace, musí jej zakotvit do závazné vnitřní směrnice (Škrlovi, Škrlová, 2008).

##### 1.4.4.1 Řízení rizik z perspektivy ošetřovatelského personálu

Sestry představují nejpočetnější skupinu personálního obsazení ve zdravotnictví, proto pozorujeme ve zvýšené míře pozornost médií nejen o rizika léčebná, ale i o rizika

ošetřovatelské péče. V literatuře nacházíme řadu důvodů pochybení ošetřovatelského personálu:

- nedostatečná orientace nových sester;
- nedostatky v komunikaci nebo nevhodná komunikace;
- nedostatečný dohled;
- nezajištění bezpečí klienta/pacienta;
- nesoustředěnost sester;
- nerozhodnost, neposkytnutí adekvátní péče včas;
- provádění procedur bez dostatečné znalosti a praktické dovednosti;
- medikační omyly – chybná identifikace klienta/pacienta, neochota požádat o radu, nedostatečná klinická kompetence;
- chyby v ošetřovatelské dokumentaci – nečitelnost, nekompletní nebo chybějící zápis;
- nedostatek preventivních opatření – nedodržování předepsaných protokolů pro prevenci, dekubitů, nozokomiálních nákaz, pádů, hygieny rukou apod. (Škrla a Škrlová, 2008, s. 46-48).

## **1.5 Sledování kvality zdravotní péče u nás a ve světě**

Níže uvedené západoevropské země byly vybrány s ohledem na velmi podobný zdravotní systém, jaký je v ČR a s přihlédnutím k tomu, že srovnání se zeměmi USA máme díky standardům a akreditaci JCIA, které jsou zaváděny v některých nemocnicích ČR.

### **1.5.1 Sledování kvality zdravotní péče v České republice**

Při zmínce o historii zajišťování kvality zdravotní péče u nás je třeba shrnout nejen současný systém zdravotnictví, ale i ten minulý. Již v minulém systému zdravotnictví se objevují prvky kontroly kvality zdravotní péče, jako je kontrola proočkovanosti, analýzy mateřské a kojenecké úmrtnosti apod. Většina těchto zjištění byla veřejnosti neznámá a lékaři je vnímali negativně. Oblast dalšího vzdělávání lékařů a středních zdravotnických pracovníků v minulém systému byla tak důkladně propracována, že i přes chabou technickou vybavenost, kdy lékaři a sestry nemohli uplatnit všechny získané teoretické znalosti, po změně režimu se na mnohých stážích ukázali jako rovnocenní partneři západoevropských kolegů. Odborné

společnosti tedy udělali mnoho pro odborný růst svých členů v minulosti i současnosti a tím i pro kvalitu péče. Zlomový okamžik u nás pak přichází se změnou politického režimu v roce 1989 a tím dochází i ke změně v přístupu k pacientovi, stává se klientem. Lze-li to říci, co nejuvýstižněji, pak se tedy pacient stává zákazníkem platícím zdravotnickou péčí.(Gladkij, 1999; Škrļa, Škrlová 2003; Madar a kol., 2004).

Snahou transformačního procesu v českém zdravotnictví po roce 1989 bylo snížit vysokou odlišnost mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a nastavit určitý standard. Jednou z takovýchto metod standardizace se po vzoru západních zemí i u nás stala akreditace (Škrļa, Škrlová, 2003; Spojená akreditační komise o.p.s., 2009).

Dnes přesahuje kvalita odborný rámec medicíny, stává se součástí národních politik. Webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR nabízejí „Portál kvality zdravotní péče“. Zde můžeme nalézt nejen podrobné informace o programu zvyšování kvality zdravotní péče u nás, ale také informace o výzkumu spokojenosti pacientů se zdravotní péčí. V rámci programu „Zdraví 21“, „Národní politiky podpory jakosti“ (usnesení vlády ČR 458/2000) a požadavků EU zavádět systém kontinuálního rozvoje kvality došlo k vývoji standardizované metodiky „Kvalita Očima Pacientů“, která je kompatibilní se zahraničními a umožňuje srovnání. Pilotní šetření proběhlo v roce 2002. Výstupy získané pomocí této metodiky poskytují informace široké laické veřejnosti, odborné veřejnosti a managementu jednotlivých nemocnic. Pro certifikaci „Spokojený pacient“ musela dosáhnout lůžková zařízení metodikou stanovených procent pro danou kategorii. V kategorii sestry lůžkových zařízení byla dolní mez intervalu spolehlivosti výsledku spokojenosti, jako i v jiných oblastech stanovena na větší nebo rovnu 80% (Raiter, 2010).

Od roku 2006 MZČR vede řadu projektů zaměřených na zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče např.: Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních Následné péče 2007, Zavedení identifikace pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení 2008, Kvalita Očima Pacientů 2009 pilotní šetření spokojenosti pacientů v ambulantní péči, Zavedení a zajištění provozu a správy národního systému hlášení nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních 2010 – 2011. Kvalita zdravotní péče je hojně diskutované téma i v odborných periodikách: Zdravotnické noviny, Sestra, Florence, nebo Medical Tribune CZ (Gladkij, 1999; Škrļa, Škrlová 2003; Raiter, 2010).

### **1.5.2 Sledování kvality zdravotní péče v Dánsku**

Dánsko přijalo komplexní strategii národní politiky zlepšování zdravotní péče v roce 1993. Dnes má Dánsko fungující kvalitní zdravotní péči. Od roku 2001 se zavádí Den Danske

Kvalitetsmodel a akreditace, tento národní interdisciplinární systém kvality byl vyvinutý ve spolupráci mezi státem, regiony, obcemi a podniky. Ústředním cílem programu DDKM<sup>11</sup> je akreditace všech nemocnic podle obecně daných norem pro léčbu klientů/pacientů. Podkladem hodnocení jsou tři kategorie: obecná – zahrnující léky a informace pro klienty/pacienty; organizační – zahrnující hygienu a řízení kvality; a kategorii třetí pro konkrétní onemocnění (Gladkij,1999; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008; Institut for Kvalitet og Akreditering i Sundhedsaesenet, 2011).

Hodnocení procesů v rámci instituce a získání akreditace by mělo odrážet především to, jak daná organizace pracuje na zlepšování kvality. Vizí je pak model, který bude zajišťovat trvale vysokou kvalitu všech služeb od lékaře, přes nemocnice, rehabilitační a ošetrovatelskou péči až po lékárny, transparentnost ve vztahu k dávkám ve zdravotnictví a kultura, kdy se všichni zaměstnanci a instituce učí od sebe navzájem a tím dochází k trvalému zvyšování kvality. Transparentnost pomáhá zároveň stanovit vysoké standardy zdravotní péče a poskytuje informace klientům/pacientům, které mohou využít při výběru nemocnice. Údaje získané pomocí DDKM jsou přístupné profesionálům i široké veřejnosti na webových stránkách [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) a [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk). První verze DDKM pro nemocnice byly předvedeny a zavedeny v roce 2009 a první dánská nemocnice dosáhla akreditace v prosinci 2010. Za účelem akreditace dánské zdravotní péče byl založen Dánský institut pro kvalitu a akreditaci ve zdravotnictví – Institut for Kvalitet og Akreditering i Sundhedsaesenet, 2011 (dále jen IKAS) a akreditační rada. Každý druhý rok dánské kraje a ministerstvo zdravotnictví a prevence provádí „Národní průzkum zkušeností pacientů“ v nemocnicích. Průzkum zahrnuje otázky týkající se klinických služeb, informačních služeb, průběhu léčby, propuštění, mezioborovou spolupráci, fyzické prostředí, čekací doby a volný výběr nemocnice. Výzkum z roku 2006 byl důkazem, že klienti/pacienti jsou s kvalitou nemocniční péče celkově spokojeni. V roce 2009 bylo v rámci tohoto výzkumu rozdáno klientům/pacientům po propuštění z nemocnice nebo po ukončení léčby dohromady 231 000 dotazníků, výsledky z roku 2009 přinášejí také pozitivní ohlasy na kvalitu péče v Dánsku (Gladkij,1999; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008, Sundhedskvalitet, 2011, Institut for Kvalitet og Akreditering i Sundhedsaesenet, 2011).

---

<sup>11</sup> DDKM – Den Danske Kvalitetsmodel

### 1.5.3 Sledování kvality zdravotní péče v Nizozemsku

V Nizozemsku byl dokument o národní politice kvality péče vydán v roce 1991 a jeho součástí byl i návrh Zákona o kvalitě péče ve zdravotnických institucích a dohledu vlády na kvalitu zdravotní péče, včetně zřízení Inspektorátu zdravotní péče. Zákon byl holandskou vládou přijat v roce 1995. Dříve byla hodnocení kvality poskytované péče dobrovolná, skládala se z rozsáhlé akreditace na základě modelů ISO nebo modelu Baldrige. V roce 2003 byl nizozemským Ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a tělovýchovy a Holandskou asociací nemocnic zahájen program „Sneller Beter“ – „Rychlejší Lepší“, který vycházel ze shromáždění WHO 2002, kde přijatá rezoluce vyzývá členské státy věnovat co největší pozornost bezpečnosti klientů/pacientů. Program „Sneller Beter“ přichází s myšlenkou, že se organizace musí učit ze svých chyb, zahrnuje tři základní aktivity – stanovení srovnávacích ukazatelů nemocnic a primární péče, indikátory pro kvalitnější a bezpečnější péči, kvalitu, inovace a efektivitu programu. V současné době dle nařízení Inspektorátu zdravotní péče shromažďují nemocnice údaje o 20 ukazatelích kvality péče včetně mortality po infarktu myokardu nebo cévních mozkových příhodách, ránách, infekcích, výskytu dekubitů a chybách při medikaci. Výsledky jsou veřejně přístupné na webových stránkách. Nemocnice jsou povinny podílet se na tomto programu, pokud tomu tak není, hrozí jim sankce ze strany Inspektorátu. Program napomáhá zjištění nedostatků v kvalitě péče, stimuluje nemocnice ke zlepšení monitoringu kvality péče a podporuje specialisty k vývoji dalších a lepších indikátorů kvality péče. Další z programů zaměřených na zlepšení kvality péče např. „In voor zorg!“ podporuje zdravotníky podělit se o své zkušenosti a nápady. Hlavními požadavky na kvalitní péči v Nizozemsku jsou:

- poskytovat odpovídající péči, na vysoké úrovni, včas bezpečně a účinně, dle standardů péče;
- plán péče a diskuse s klienty;
- účast klientů na péči;
- postup při vyřizování stížností;
- odpovědnost (výroční zprávy o kvalitě);
- kontrolu dodržení těchto požadavků provádí Inspektorát péče o zdraví (Kilíková, Jakušová, 2008; Gladkij 1999; Grol, 2006).

## 1.6 Role sestry v procesu udržení kvality ošetrovatelské péče

Názory zdravotnických pracovníků na kvalitu péče mají na pomyslných miskách vah stejnou váhu jako názory klientů/pacientů. Každé zdravotnické zařízení totiž potřebuje ke svému provozu daný počet způsobilých, motivovaných a loajálních pracovníků. Pracovníků, kteří se nebojí říci svůj názor a aktivně se podílet v procesu zvyšování kvality poskytnutých služeb. Z výzkumů všeobecně vyplývá, že dobře motivovaný pracovník odvádí kvalitní práci, ne jinak je tomu i u sester. Management ošetrovatelství je mladý dynamický obor, který využívá v rámci interdisciplinárního přístupu poznatky nových vědních disciplín, informatiky, statistiky a operační analýzy (Jarošová, 2006).

Ve zdravotnických zařízeních u nás i ve světě se za manažerky ošetrovatelských služeb považují sestry na všech úrovních, sestry vykonávající funkci náměstka ošetrovatelské péče, vrchní sestry i vedoucí (úsekové) sestry. Sestra manažerka není pouze manažerkou ošetrovatelských činností, ale zejména manažerkou kvalitních služeb budoucnosti. Manažerky ošetrovatelské péče totiž vykonávají mimo řízení ošetrovatelské péče také kontrolu a hodnocení její kvality. Z toho vyplývá, že i vrcholový manažer – náměstek ošetrovatelské péče – by měl mít mimo manažerského i vzdělání ošetrovatelské. Manažer střední úrovně, vrchní sestra – se zodpovídá náměstkovi ošetrovatelské péče za celkovou činnost ošetrovatelského týmu, plánování rozpočtu klinik, personální obsazení a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Staniční sestra je manažerkou první úrovně, která klade důraz na kvalitu ošetrovatelských služeb, kontroluje je přímou účastí při výkonu ošetrovatelského procesu nebo během sesterské vizity (Jarošová, 2006).

Mimo kvalitního vedení na všech úrovních managementu ošetrovatelství je důležitá motivace sester k práci. Motivace je významný faktor, který napomáhá k udržení kvality ošetrovatelské péče. S ohledem na osobnostní a charakterové vlastnosti sester, získané schopnosti a dovednosti je nutné ze strany managementu zajistit další motivační prostředky, které uvádí autorky Dlužořová a Tkáčová, 2009:

- finanční ohodnocení;
- příjemné pracovní prostředí s možností seberealizace;
- dobrý kolektiv;
- management zařízení, který mimo jiné komunikuje i se sestrami a má pochopení pro potřeby zaměstnanců.

Dalším významným faktorem ovlivňujícím kvalitu ošetrovatelské péče a kvalitu činností ošetrovatelského personálu jsou transformace ve zdravotnickém systému, uvádí je autorka Vašátková I. (2005, s. 40-54):

- zvýšený tlak na kvalitu ošetrovatelské péče v relativně nestabilním prostředí;
- neustálý vývoj a technický pokrok diagnostických a léčebných technologií, které nutí sestry k celoživotnímu zvyšování kvalifikace;
- kategorizace klientů/pacientů dle náročnosti ošetrovatelské péče, která mu má být poskytnuta;
- administrativní zatížení sester v souvislosti se systémem bodového hodnocení.



## **2 Spokojený pacient, znak kvalitní zdravotní péče**

Pojem spokojenost je v psychologickém slovníku definován jako pozitivní pocit z dobře vykonaných činností a dobrých vztahů. Subjektivní pocit vnímaný u jednotlivých osob velmi rozdílně a ovlivněn mnoha okolnostmi (Hártl, Hártlová, 2010).

V oblasti služeb je třeba uspokojit dvě skupiny klientů: a to klienty interní a externí. Pokud si nevyjasníme včas, kdo jsou naši klienti a jaké jsou jejich potřeby, je zbytečné mluvit o zvyšování kvality. Interní klienti v oblasti zdravotní péče jsou klienti/pacienti na odděleních, vedoucí oddělení, zaměstnanci. Externí klienti jsou pak dodavatelé, zástupci pojišťoven. Spokojenost/nespokojenost klientů se týká často jedné dílčí služby nebo se jedná o spokojenost/nespokojenost celkovou (Gladkij, 1999; Madar a kol., 2004; Škrála, Škrlová, 2003).

### **2.1 Spokojený klient/pacient**

Spokojenost klientů/pacientů patří k důležitým ukazatelům kvality zdravotnických služeb. Spolu s posuzováním klinických ukazatelů kvality patří mezi standardně používaná měřítka, podle kterých kvalitu zdravotní péče posuzujeme. Filozofie současného poskytování zdravotní péče vychází z přesvědčení, že zdravotní péče by měla být orientována především na uspokojování potřeb klientů/pacientů, které souvisí s aktuálním onemocněním a samozřejmě s jeho závažností. Uspokojení či naopak nespokojení potřeb klienta/pacienta se odráží jako subjektivně pociťovaná spokojenost nebo nespokojenost s péčí celkovou nebo některými jejími aspekty. Výsledky sledování spokojenosti klientů/pacientů s celkovou péčí nebo jejími jednotlivými aspekty přináší dobrou zpětnou vazbu pro management zdravotnického zařízení i pro zdravotnický personál. Hojně se využívají jako zdroj podnětů pro kontinuální zlepšování kvality péče (Bártlová, Hnilicová, 2000).

Je potřeba zdůraznit, že spokojenost klientů/pacientů nemůžeme zaměňovat ani ztotožňovat s klinickou kvalitou danou objektivně měřitelnými klinickými ukazateli. Spokojenost klientů/pacientů však může do jisté míry ovlivnit průběh léčebného procesu. Spokojenost klienta/pacienta tudíž vede k větší důvěře vůči lékařům a sestřám. To pozitivně ovlivňuje aktivitu a míru spolupráce klienta/pacienta se zdravotnickým personálem v průběhu léčebného procesu (Mátl, Jabůrková, 2007).

### 2.1.1 Role klienta/pacienta

Role klienta/pacienta. Dostat se do této role s sebou nese řadu nejen fyzických, psychických, ale i sociálních změn. Pokud je totiž někdo nemocný, netýká se to pouze jeho osoby, ale také rodiny, zaměstnavatele a spolupracovníků. Logicky tedy vyplývá, že dochází k vzájemné interakci. Jednání a chování sester v rámci jejich rolí ovlivňuje spokojenost klienta/pacienta s péčí, jeho ochotu podílet se dále na léčebném režimu a následně na hodnocení kvality péče (Plevová, 2011).

Výzkumy poukazují na to, že jen málo klientů/pacientů přichází do nemocnice dobrovolně, v drtivé většině jsou do nemocnice odesláni ošetřujícím lékařem. Klient/pacient počítá při nástupu do nemocnice s tím, že bude spíše poslouchat autoritu. Snaha pochopit roli klienta/pacienta se v sociologické literatuře objevuje již od poloviny minulého století. Pro Talcotta Parsonse byla nemoc především sociální deviací. Role klienta/pacienta byla spojena s určitým očekáváním společnosti v jeho okolí a klient/pacient tyto očekávání musel naplňovat. Nemoc dle Parsonse znamená pro nemocného vždy určitá práva a povinnosti, určité ztráty a zisky (Křivohlavý, 2002).

Toto pojetí bylo později překonáno teoriemi, které vysvětlují zdraví a nemoc, jako kontinuum, na kterém každý z nás osciluje a má vždy možnost se posunout na tu, či onu stranu, až ke smrti samotné. Přitom celé kontinuum závisí na kombinaci mnoha faktorů, např.:

- objektivním a funkčním stavu (zda člověk vnímá bolest, omezení a postižení způsobená nemocí, zda má o svém zdravotním stavu informace;
- sociálním kontextu (jak je klientův/pacientův stav hodnocen okolím, jaké místo zaujímá nemoc v sociálním systému klienta/pacienta, zda ho nemoc stigmatizuje a vyvolává nepříjemné pocity a předsudky v jeho okolí;
- odpovědi osoby, již se nemoc týká (zda nemoc přijímá nebo naopak popírá své zdravotní problémy (Křivohlavý, 2002).

Zdravotní politika vnímá klienta/pacienta coby příjemce a uživatele služeb. Stále více ho vnímá jako aktivního hráče při rozhodování o významných problémech v péči o zdraví. Občané ČR mají podle Listiny základních práv a svobod nejen právo na zajištění zdravotní péče, ale také povinnost podílet se na jejím financování prostřednictvím platby zdravotního pojištění. Demokratizace společnosti po roce 1989 umožnila občanům zakládat občanská sdružení, která si kladou za cíl ochranu práv a zájmů klientů/pacientů a chtějí přispívat k řešení problémů ve zdravotnictví z pohledu konzumentů služeb a široké veřejnosti. Navzdory všem těmto snahám převažují stále v českém zdravotnictví staré stereotypy a vliv

občanů na způsob poskytování zdravotní péče je relativně malý. Výzkum hodnocení EHCI<sup>12</sup> z roku 2008 ukazuje, že Česká republika se řadí na 26. místo z 30 evropských států, získala 81 ze 150 možných bodů (Janečková, Hnilicová, 2009).

Sami klienti/pacienti by měli mít zájem o vysokou kvalitu ošetrovatelské péče. Pokles jejich zájmu o kvalitu ošetrovatelské péče povede ke stagnaci nebo úplnému vymizení kvality ošetrovatelské péče. Výzkumná šetření zaměřená na kvalitu ošetrovatelské péče a dotazy na hodnocení její úrovně ze strany klientů/pacientů jsou nezbytná. Přináší nám informace umožňující porovnání vývoje kvality v čase. Je třeba pamatovat i na to, že pro klienta/pacienta je důležitým měřítkem hodnocení úrovně kvality péče cena (Gladkij, 1999; Vašátková, 2003).

## 2.2 Pojetí spokojenosti klientů/pacientů

To zda lze přesně definovat pojem spokojenost klienta/pacienta, je odborníky dlouhodobě a často diskutovaný pojem. Ani odborná literatura neuvádí jasný teoretický koncept dané problematiky, který by byl podkladem výzkumných studií a umožňoval kvalitní interpretaci získaných dat. I přes tuto skutečnost je možno v tomto směru nalézt určité pokusy a jejich základní myšlenky lze nastínit pomocí níže jmenovaných modelů:

- a) **Model postavený na dosažení spokojenosti v definovaných dimenzích.**
- b) **Fulfilment model.**
- c) **Pragmatický -eklektický model** (Bártlová, Hnilicová; 2000).

*a) Model postavený na dosažení daných hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích*  
Spokojenost je v tomto modelu charakterizována jako pozitivní hodnocení vymezených dimenzí zdravotní péče. Tyto dimenze jsou odvozeny pomocí analýzy dat získaných v průzkumech. Ware navrhl v letech 1975 a 1978 osm dimenzí kvality péče: „umění pečovat“, „technická kvalita“, „finanční záležitosti“, „prostředí“, „přiměřenost“, „kontinuita“ a „účinnost“. Pozdější studie ukázaly, že klient/pacient dimenze jako je „umění pečovat“ a „technické kvality“ péče neodlišuje. Stejně tak nepozoruje rozdíl mezi „dostupností péče“ a její „přiměřeností“. Z tohoto důvodů došlo k zredukování dimenzí z osmi na polovinu. Jak je patrné z výše uvedeného textu, dimenze kvality dle Wareho jsou téměř totožné se znaky

---

<sup>12</sup> EHCI – Euro Health Consumer Index

kvality, které uvádí ve svých publikacích Farkašová nebo Gladkij (Bártlová a Hnilicová, 2000).

Americký sociolog Hulka uvádí pouze tři dimenze spokojenosti, „profesionální kompetenci“, „interpersonální kvalitu“ a „spokojenost s cenou péče“(Gladkij, 1999).

Projekt „Kvalita Očima Pacientů“ vychází z osmi dimenzí filozofie Pickerova institutu, jsou to: „přijetí klienta/pacienta do nemocnice“, „respekt, ohled a úcta ke klientovi/pacientovi“, „koordinace a integrace péče o klienta/pacienta“, „informace, komunikace s klientem/pacientem“, „citová opora a zmírnění strachu a úzkosti klienta/pacienta“, „zapojení rodiny a blízkých“, „propuštění a pokračování léčby pacienta“ (Raiter, 2010).

### ***b) Fulfillment model***

Hlavní roli v tomto modelu hrají očekávání klientů/pacientů. Dosavadní zkušenosti s péčí mají druhotný charakter. Spokojenost v tomto případě můžeme vysvětlit vztahem mezi tím, co si klient/pacient přeje a očekává a tím, co se domnívá, že dostal. Míra spokojenosti klientů/pacientů pak ukazuje, do jaké míry byla jejich přání a očekávání splněna. V rámci Fulfillment modelu jsou socio-demografické charakteristiky (věk, pohlaví, vzdělání) rozhodující. Modifikaci tohoto modelu představuje tzv. diskrepanční model, který přistupuje k dvěma výše uvedeným proměnným v obráceném pořadí. Očekávání klientů/pacientů jsou důležitá, avšak důležitější jsou zkušenosti klientů/pacientů. V závěru je tedy rozhodující jakou péčí klienti/pacienti skutečně dostali, a jak ji subjektivně vnímali. Výzkumy opakovaně potvrzují signifikantní vztah mezi očekáváním klientů/pacientů a zkušenostmi s klinickou péčí, ale hloubku tohoto vztahu je nutné pomocí dalších výzkumů ještě stále sledovat (Bártlová, Hnilicová, 2000).

### ***c) Pragmatický (eklektický) model***

Autorem modelu je anglický sociolog R. Baker. Autor se v modelu snaží zachytit všechny podstatné faktory ovlivňující spokojenost klientů/pacientů. Grafické znázornění modelu uvádí obrázek 2 na s. 156. Úroveň spokojenosti je dle Pragmatického modelu závislá v první řadě na povaze onemocnění a na tom jaký, typ péče byl klientovi/pacientovi z medicínského hlediska poskytnut. Socio-demografické charakteristiky nelze opominout ani v tomto modelu. Další podstatnou roli hrají předchozí zkušenosti se zdravotnickou péčí, hodnotová orientace klienta/pacienta a jeho individuální preference. Empirické poznatky poukazují na to, že klienti/pacienti v průběhu hospitalizace požadují osobní přístup od sester a lékařů ke své osobě a to v podstatě bez rozdílu zda se jedná o klienta/pacienta z chudých či bohatých zemí.

Výše uvedené prvky plní funkci filtru, skrze který klienti/pacienti hodnotí zdravotnické služby. Spokojenost vede k akceptaci a souhlasu s péčí, v opačném případě vede ke změně zdravotnického zařízení nebo ošetřujícího personálu (Bártlová, Hnilicová, 2000).

### **2.2.1 Význam měření spokojenosti pacientů**

V období po druhé světové válce dochází ke zvýšenému zájmu sociologů o medicínu a vzniká nový obor – sociologie medicíny. Využívá teoretické poznatky a zkušenosti sociologie jak k analýze pojmů „zdraví“ a „nemoc“, jak k analýze pojmu „zdravotní péče“ tak i „zdravotnického povolání“ ve vztahu s klientem/pacientem. Význam výzkumů spokojenosti klientů/pacientů spočívá v tom, že:

- jedná se o nejefektivnější činnost v uplatňování tzv. zpětné vazby;
- poskytuje informace o kvalitě služeb a vybavenosti oddělení;
- přináší informace o kvalitě práce jednotlivých oddělení a klinik;
- na základě měření spokojenosti klientů/pacientů jsou zdravotnická zařízení nucena zjistit současné a očekávané požadavky klientů/pacientů, vývoj spokojenosti je jedním z důležitých impulsů pro uplatňování procesů soustavného zvyšování kvality zdravotní péče;
- poskytuje informace pro srovnání kvality péče v různých zdravotnických zařízeních v rámci akreditačního programu;
- poskytuje klientům/pacientům pocit, že pozornost je věnována nejen jim osobně, ale také jejich potřebám, názorům a požadavkům (Malíková, 2011).

## **2.3 Metody zjišťování spokojenosti pacientů**

Metody zjišťování spokojenosti klientů/pacientů s kvalitou poskytované péče lze rozlišit na tři základní typy: kvantitativní (pomocí dotazníků), kvalitativní (rozhovory) a smíšené, které využívají kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod (Škrála, Škrlová, 2003).

### **2.3.1 Kvantitativní metody**

Kvantitativní metody jsou obvykle založeny na sběru dat pomocí dotazníků a posuzovacích škál. Respondenti odpovídají na formalizované otázky a odpovědi vybírají z hotové nabídky. Dotazníky jsou tradičně konstruovány na základě rozhovorů s klienty/pacienty. Jednotlivé odpovědi jsou pak sestaveny do standardních otázek. Před samotným předložením dotazníků

široké veřejnosti se provádí pilotní studie zjišťující srozumitelnost jednotlivých otázek. První kvalitnější dotazníky tohoto druhu se objevily v 70. letech 20. století a sloužily ke zjištění spokojenosti klientů/pacientů s péčí praktických lékařů. Dnes se používají dotazníky s daleko širší možností využití (Mareš, 2009).

Dotazník je nejčastější metodou zjišťování spokojenosti klientů/pacientů. Zjišťování spokojenosti touto metodou je možné uskutečnit na velkých vzorcích klientů/pacientů v relativně krátkém čase, proto je také upřednostňován. Na rozdíl od rozhovoru je dotazník založen na systému nepřímého dotazování. Ve své postati se jedná o standardizovaný soubor otázek, který je předem připravený v určitém formuláři. Dotazníkové otázky lze položit formou:

- **zavřených otázek** – respondent vybírá odpověď z nabídky. Zavřené otázky jsou dále děleny podle počtu odpovědí na: dichotomické – pouze s dvěma odpověďmi a polyemické – výběrem jedné nebo více alternativ odpovědí a s určením pořadí;
- **polouzavřených otázek** – respondent vybírá ze zavřené nabídky odpovědi s otevřeným zakončením;
- **otevřených otázek** – nenabízejí alternativy a respondent odpovídá sám, výhodou je volný prostor k odpovědi, ale velmi těžko se statisticky zpracovávají;
- **projekčních otázek** – pomocí těchto otázek je v dotazníku zjišťován mimo názoru respondenta i názor více osob;
- **kontrolních otázek** – ty mají za úkol zjistit pravdivost některého z předchozích tvrzení dotazovaného.

Dotazník je metodou z finančního hlediska nejlacinější a časově nejméně náročnou. Pokud není navíc výzkumník v době dotazování v přímém kontaktu s respondenty, eliminuje se jeho případný nežádoucí vliv, vzniká atmosféra anonymity a tím i větší stupeň objektivity získaných informací. I přes oblibu sledování spokojenosti formou dotazníků nese s sebou tato metoda řadu úskalí ovlivňující hodnověrnost a správnost získaných výsledků. Patří k nim: kvalita používaného dotazníku, postup při výběru vzorku respondentů, návratnost dotazníků, forma otázek, způsob sběru vyplněných dotazníků, obsahová nesrozumitelnost, jazyková nesrozumitelnost, nejednoznačnost otázek, přílišná stručnost otázek, přílišná délka otázek (Kutnohorská, 2009; Žiaková a kol., 2009).

Pro hodnocení spokojenosti klientů/pacientů formou dotazníkového šetření jsou používány tyto škály:

- **slovní;**
- **číselná** – respondent vyjadřuje míru spokojenosti čísly např. 1– nejmenší spokojenost a 10 – největší spokojenost;
- **grafická** – vyznačení spokojenosti na úsečce;
- **obrázková** – škála od obličeje rozesmátého až po úplně zamračený, je vhodná u dětských klientů/pacientů (Malíková, 2011).

Pod vlivem bostonského Pickerova institutu, podle jehož metodiky se provádí celonárodní průzkumy spokojenosti klientů/pacientů v řadě zemí se sleduje spokojenost v osmi dimenzích:

- přijetí pacienta do zdravotnického zařízení;
- respekt, ohled, úcta k pacientovi;
- koordinace a integrace péče o pacienta;
- informace, komunikace s pacientem;
- tělesné pohodlí pacienta;
- citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta;
- zapojení rodiny a blízkých pacienta do léčby;
- propouštění a pokračování léčby pacienta.

Také u nás byla tato metodika převzata a je používána v řadě nemocnic. Podle již uskutečněných výzkumů by se personál měl více zaměřit na citovou oporu klienta/pacienta a jeho tělesné pohodlí. Naopak zlepšení v posledních letech zaznamenala oblast zabývající se vstřícností, komunikací sester s klienty/pacienty. Největší míra nespokojenosti je tradičně s kvalitou stravy (Janečková, Hnilicová, 2009; Raiter, 2010).

### **2.3.2 Kvalitativní metody**

Nejčastěji využívanou metodou pro zjištění spokojenosti klientů/pacientů s kvalitou péče tohoto druhu je rozhovor. Rozhovor vedený s jednotlivými klienty/pacienty nebo rozhovor formou ohniskové skupiny tzv. focus groups. Touto formou proběhl v roce 2005 výzkum ve Švédsku, který uskutečnili autoři Andénová, Anderson a Rudebeck. Vytvořili skupiny po 3 – 6 klientech/pacientech a vedli s nimi rozhovor a další rozhovory vedli individuálně s 8 klienty/pacienty. Rozhovory byly nahrány, zaznamenány do protokolů a následně analyzovány. Z analýzy získaných dat vyplynulo 6 kategorií popisujících výsledek klientovy/pacientovy spokojenosti s návštěvou praktického lékaře:

1. kategorie – léčba nebo zmírnění obtíží nemoci;
2. kategorie – porozumění klienta/pacienta zdravotním problémům;
3. kategorie – potvrzení/ vyvrácení klientovy/ pacientovy domněnky;
4. kategorie – uklidnění klienta/pacienta;
5. kategorie – změna názoru klienta/pacienta na nemoc a také na sebe sama;
6. kategorie – celková spokojenost/nespokojenost klienta/pacienta (Mareš, 2009).

Rozhovor řadíme nejen mezi nejstarší a nejpoužívanější způsob získávání informací, ale také mezi přirozený prostředek lidské komunikace. Rozhovor disponuje důležitými vlastnostmi, které objektivní testy a škály nemají. Už z překladu anglického výrazu pro rozhovor – interview, kdy slovo inter znamená „mezi“, a slovo view „názor“ nebo „pohled“ vyplývá, že metoda je založena na interpersonálním kontaktu a přímém dotazování, verbální komunikaci výzkumníka a respondenta. Její pružnost a dynamičnost umožňuje výzkumníkům hlouběji proniknout k postojům respondentů, usměrňovat situaci, kladení dalších otázek a zopakovat informace. Rozhovor nejčastěji probíhá formou:

- **standardizovaného rozhovoru** s klienty/pacienty podle předem stanovených otázek, drží se striktně předem připravené formy otázek a jejich pořadí. Formální podobou se přibližuje hodně dotazníku. Tazatel by měl zaujímat ústranné stanovisko, působit neutrálně a neměl by se od schématu zásadně odklonit;
- **nestandardizovaného rozhovoru** – je opakem standardizovaného rozhovoru, nemá předem stanovené schéma, důraz je kladen na přirozenost konverzace. Držíme se především zkoumaného tématu. Otázky pro různé osoby nemusí být stejné a nemusí být pokládány ve stejném pořadí;
- **semistrukturovaný rozhovor** má vytvořené určité schéma se specifickými okruhy otázek závaznými pro tazatele. Pořadí otázek lze zaměňovat. Odpovědi účastníků rozhovoru je někdy potřeba doplnit nebo ověřit zda kladenou otázku správně pochopili, proto jsou respondentům kladeny doplňující otázky. Výhodou tohoto druhu rozhovoru je jeho kreativita (Žiaková a kol., 2009).

Rozhovory jsou finančně i časově velmi náročné, ale umožňují hlouběji prozkoumat příčinu nespokojenosti nebo přihlédnout k socio-demografickým a psychologickým charakteristikám. Je doporučováno provést zvukový záznam rozhovoru a následné písemné zpracování. Rozhovory mají vysokou reliabilitu. V případě použití rozhovoru jsou kladeny vysoké nároky na komunikační dovednosti tazatele. Pro vedení rozhovorů platí obecná pravidla: vést hovor přirozeně a nenásilně, respektovat únavu a pokles zájmu respondenta, respondenta je třeba k rozhovoru motivovat a vytvořit příjemnou atmosféru, tazatel by měl odpovědět



respondentovi na všechny související otázky, tazatel by se měl vyhnout odborné terminologii (Škrála, Škrlová, 2003; Kutnohorská, 2009).

Metoda „focus groups“ – má doplňující charakter a je metodou cíleného rozhovoru, velmi dobře využitelnou v programech kontinuálního zvyšování kvality péče. Výhodou je, že přináší řadu velmi zajímavých informací. Nevýhodou této metody vedení rozhoru je naopak zaměření na vybranou skupinu. Dotazníková šetření nenahrazuje, ale je vhodné ji s dotazníkovou metodou zkombinovat (Malíková, 2011).

### 3 Vliv sestry a jejího jednání v procesu hodnocení kvality zdravotní péče klientem/pacientem

Role sestry se odlišují podle toho, s kým je sestra aktuálně v kontaktu. Jiná role sestry je při vzájemném kontaktu sester, jiná při kontaktu s lékařem či klientem/pacientem. Každá profese by měla mít v legislativních normách zakotveno definování specifických rolí. Péče o klienta/pacienta je komplexní, proto se mohou některé kompetence a povinnosti v určitých situacích překrývat. Z obecného hlediska by se však měly překrývat co nejméně a neměly by zasahovat do hlavní funkce té které profese (Plevová, 2011).

#### 3.1 Role sestry

Jen málo profesí prodělalo v poměrně krátkém období tolik změn jako profese sestry. Role sestry prošla složitým vývojem od prvotního formování ošetrovatelství na půdě charitativních institucí až po dnešní profesionální podobu. Dodržení a udržení kvality ošetrovatelské péče vyžaduje od sester neustálé rozšiřování vědomostí zejména ve vztahu, které provázejí nemoc a zdraví. V 50. letech zaujala role sestry pozornost sociologů. Snažili se definovat a charakterizovat hlavní rolové znaky (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001).

- **funkční specifita** – udává nutnost odborné kompetence pro výkon profese sestry. Odbornou kompetenci vymezuje odborné a specializační vzdělávání sester. Ve zdravotnickém zařízení je role sestry a její kompetence ovlivněna horizontálně – tj. druhem oddělení a jeho zaměřením. Ve vertikální struktuře zdravotnického zařízení je kompetenční pole vymezeno postavením – tj. vrchní, staniční, primární sestra;
- **sociocentrismus** – sestra nevychází ze svých potřeb nýbrž z potřeb klienta/pacienta. Sociocentrismus je pro zvládnutí role sestry nepostradatelný;
- **univerzalismus** – vychází z předpokladu, že sestra může zaujmout roli vůči všem klientům/pacientům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim;
- **emocionální neutralita** – očekává se, že sestra je schopna podřídit své emoce určité rozumové kontrole. Emocionální neutralita umožňuje sestram vykonávat povolání bez vnitřních a vnějších konfliktů. Povolání sestry vyvolává v řadě případů napětí vzhledem k odpovědnosti za zdraví a život ošetrovaného člověka (Plevová, 2011).

(Staňková, 2002, s. 78) charakterizuje role sestry při výkonu povolání následovně:

- **sestra pečovatelka** – role spojená se samotným poskytováním ošetrovatelské péče klientovi/pacientovi ve zdravotnickém zařízení, terénní péči, tato role zahrnuje identifikaci problému a stanovení plánu na jeho řešení;
- **sestra edukátorka pacienta/klienta a rodiny** – sestra se podílí na upevňování zdraví a prevenci, rozvoji soběstačnosti a výuce klienta/pacienta a jeho rodiny žít relativně spokojeně i dlouhodobým onemocněním a nábiku praktických dovedností;
- **sestra obhájkyň klient/pacienta** – pokud není nemocný schopen vyjádřit své potřeby, přání, stává se sestra jeho mluvčím, protože má možnost prostřednictvím ošetrovatelského procesu získat řadu informací o klientovi/pacientovi;
- **sestra koordinátorka** – plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči a zároveň úzce spolupracuje při její realizaci s ostatními členy zdravotnického týmu;
- **sestra výzkumnice** – získává nové informace z odborných periodik a využívá je v praxi;
- **sestra asistentka** – díky této roli se sestra podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, připravuje klienta/pacienta na vyšetření a asistuje lékaři.

### 3.2 Osobnost sestry a klienta/pacienta

Vlastnostmi zdravotníka myslíme obecně ty vlastnosti, které pozitivně ovlivňují vztah zdravotník – klient/pacient a podporují tak kladně lidskou komunikaci – autenticita (hodnověrnost, otevřenost), akceptace (přijetí, úcta, důvěra vůči klientovi/pacientovi), empatie (porozumění a schopnost vcítit se do druhého). Neexistuje ideální vzorec pro osobnost zdravotníka a jeho specifické vlastnosti. Důležitá je skladba celého ošetrovatelského týmu (Vymětal, 2003).

Konkrétní požadavky na osobnost sestry přináší psychologický profesiogram, který udává podrobný popis určitého povolání a předpokladů, které musí mít jedinec, aby povolání mohl vykonávat. Předpoklady výkonu povolání sestry:

- **senzomotorické předpoklady:** šikovnost, zručnost, nenarušené smyslové vnímání;
- **estetické předpoklady:** schopnost úpravy vlastního zevnějšku i zdravotnického prostředí;

- **intelektové předpoklady:** schopnost pojmout širokou soustavu pojmů, řešit rychle měnící se situace;
- **sociální předpoklady:** pozitivní přístup k lidem, umění navázat kontakt, vést dialog a ovládat své verbální a neverbální projevy;
- **komunikační předpoklady:** umění naslouchat, mlčet;
- **autoregulační předpoklady:** přizpůsobivost a zvýšená odolnost při fyzickém a psychickém stresu (Plevová, 2011).

Ne všechny sestry odpovídají těmto předpokladům. Mezi sestrami se můžeme setkat i s osobami náladovými, které dělíme podle typu nálady na tři skupiny:

- **osoby expanzivní** – charakteristické celkově zvýšenou aktivitou k řešení překážek a problémů. Ve všem vidí kladné stránky, jsou euforické a optimistické, často mění svoje plány a cíle své činnosti;
- **osoby hypothylní** – vyznačují se naopak od předchozí skupiny sníženou aktivitou, nespokojeností, poklesem nálady. Podceňují se, jsou bojácní, nerozhodní a jejich vnitřní emoce dalekosáhle ovlivňují jednání a vztahy k lidem;
- **osoby cykloidní** – u osob tohoto typu se střídají nálady předchozích typů osob v delších nebo kratších časových úsecích. Mnohdy nesouhlasí s tím, co udělaly v předchozích obdobích, jsou labilní (Vymětal, 2003).

Dále se můžeme ze strany sester setkat s problémy jako absentérství – jeden z nejčastějších problémů na oddělení, nedostatečné personální obsazení ohrožuje klienta/pacienta přímo i nepřímo, práce přesčas nebo práce s menším počtem sester podle dostupných studií způsobují frustraci personálu, což se podepíše na efektivitě a kvalitě jeho práce vzhledem ke klientovi/pacientovi. Neochota spolupracovat, nízká produktivita, klinická nekompetence. Tento problém se může vyskytnout jak u nově přijatých sester tak u sester, které pracují na oddělení delší dobu. Sestra, která skrývá svoji neschopnost za kvalitně odvedenou práci svých kolegyně, je nebezpečná. Problémy s alkoholem a jinými návykovými látkami je v dnešní době také velmi aktuální problém, který představuje nemalý problém pro kvalitu péče poskytovanou sestrou. Sestry se subverzním chováním – podrýváním autority a rozvracení kolektivu. Se sestrami tohoto typu se velmi špatně spolupracuje, protože sestru manažerku považují za nepřítele řadových zaměstnanců a nejsou ochotny se podřídit novým skutečností stanoveným v oblasti péče o klienta/pacienta apod. Problémové zaměstnance je nutné řešit dříve, než bude mít jejich chování dopad na organizační kulturu a péči o klienta/pacienta. Cílem sester manažerek v řízení problémových sester by neměl být trest a postih, ale pomoc sestrám zlepšit jejich výkony a udržet vysoký standard ošetrovatelské

péče. V každém případě by si sestra manažerka měla vést dokumentaci o problémových zaměstnancích, a to zejména pro případ kdyby byla už jediným možným východiskem eliminace problémů rozvázání pracovního poměru s problémovou sestrou (Škrla, Škrlová, 2003).

Osobnost klienta/pacienta je stejně jako osobnost sestry faktor brzdící nebo napomáhající v ošetrovatelské péči. Je samozřejmé, že účinnost ošetrovatelské péče a terapie vůbec je u lidí s pozitivním laděním a motivací ke změně vždy účinnější. K úspěchu ošetrovatelské péče přispívá v nemalé míře důvěra klienta/pacienta ve schopnosti sester a zájem o ošetrování jsou nadějí na změny k lepšímu. Pro úspěšnou léčbu a ošetrovatelskou péči je optimální, aby byl klient/pacient schopen přijmout dosud neakceptované stránky a negativní vlastnosti své osobnosti. Klient/pacient musí přebrat zodpovědnost za své problémy. Nemoc a její průběh ovlivňují aktuální psychický stav, nálada, znalost a neznalost průběhu choroby, působení rodiny, pracovníků na oddělení a spolupacientů. Všechny výše uvedené faktory se nemalou mírou podílejí na pohledu klienta/pacienta při hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Musíme si proto ujasnit faktory formující osobnost klienta/pacienta, které jsou pak schopny vyvolat specifické projevy jednání. Dále všechny tyto faktory ovlivňují emocionální prožitky jedince, hodnotovou hierarchii osobnosti a životní perspektivy klienta/pacienta. Faktory ovlivňující osobnost klienta/pacienta:

- **psychologické faktory** – míra, s jakou klient/pacient prožívá závažnost situace jako celku;
- **chorobný proces** – existují choroby, v jejichž důsledku mohou nastat osobnostní změny (úrazy hlavy, psychická onemocnění);
- **sekundární vlastnosti nemoci** – jako je délka, bolest, následky po operačním zákroku, ohrožení života apod.

Sestra by se vždy měla zajímat o vlastnosti klienta/pacienta a informovat se na příklad u rodiny, jak nemocný reaguje na nepříjemné pocity, hluk nebo bolest. Jak se vyrovnává s novými životními situacemi, změnou prostředí, strachem a úzkostí. Jaké jsou jeho zájmy, informovanost o nemoci a jaké tendence má při vystupování vůči jiným osobám v sociálních situacích, zda dominantní, submisivní (častý případ v nemocničním prostředí) nebo egocentrický. Nemoc klade na klienta/pacienta zvýšené nároky při adaptaci a motivaci. Nemoc je tedy pro klienta/pacienta těžkým břemenem a jeho reakce ne vždy musí být v souladu s očekáváním jeho okolí. Duševní stránka klienta/pacienta jeho psychické reakce na nemoc a ošetroující personál ovlivňují průběh nemoci. Spokojenost klienta/pacienta s péčí

sester, lékařů a prostředím, ve kterém se nachází během nemoci, příznivě ovlivňuje průběh nemoci samotné a prožívání klienta/pacienta (Plevová, 2011; Křivohlavý, 2002).

### **3.3 Vztah mezi sestrou a klientem/pacientem**

Vzájemný kontakt mezi sestrou a klientem/pacientem vyžaduje po sestře mimo psychologických znalostí i schopnost empatie, pohotovosti, osobní angažovanosti a postřehu, které mění psychologické znalosti na umění jednat správně s klientem/pacientem po psychologické stránce. Vzhledem k tomu, že profese sestry patří mezi pomáhající profese, nelze ji provádět pouze jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta/pacienta. Závažná situace ve vztahu mezi sestrou a klientem/pacientem nastává nejen v případě neutrálního vztahu, ale i tehdy, chová-li se sestra vůči klientovi/pacientovi agresivně, lhostejně, nebo pokud sestra klienta/pacienta podceňuje. Vztah mezi sestrou a klientem/pacientem by měl být upřímný, radostný a plný vzájemné důvěry (Hornáková, 2003).

Pomáhající profese patří mezi ty, které mohou nadchnout, angažovat člověka jako celek a pomáhají překonat pocit osamělosti kontaktem s klienty/pacienty. U pomáhajícího mohou však tyto tendence přinášet i problémy. Pomáhající může mít sklon ke zvýšené kontrole nad klientem/pacientem, nebo mít sklon se pro klienta/pacienta na svůj úkor obětovat. Příkladem zvýšené kontroly ze strany zdravotníků je přísný až omezující řád některých oddělení nebo nadměrná kontrola v chování zdravotníků k nemocným jako k dětem. Obětování se pro klienta/pacienta je dalším extrémem. Nejen, že ztrpčuje profesionálům život, ale zároveň nadměrná péče klienta/pacienta oslabuje a může ho udržovat pod úrovní jeho samostatnosti a způsobit až invaliditu (Plevová, 2011).

Úkolem každého angažovaného pracovníka je podle Kopřivy partnerský přístup ke klientovi/pacientovi, to znamená jevit o něj zájem, vcítit se do něj, držet mu palce a přijímat ho takového jakým opravdu je (Kopřiva, 2006).

Sestra může projevit verbálně i nonverbálně ke klientovi/pacientovi určitou míru vážnosti, úcty, uznání a porozumění. Tento jev je nazýván sociální evalvací, zvyšování lidské hodnoty. Evalvační prvky komunikace, jako je pozdrav, odpověď na pozdrav, pozornost vůči klientovi/pacientovi, naslouchání, schopnost sestry pochválit, respektování osoby klienta/pacienta a schopnost odpouštět, vztah sestry a klienta/pacienta prohlubují. Obecně platí, že přístup sestry klient/pacient vnímá o to intenzivněji, o co naléhavější je potřeba

sestřiny pomoci. V opačném případě mluvíme o prvcích devalvačních, hrubém, necitlivém jednání bez úcty, respektu či taktu ke klientovi/pacientovi. Mezi devalvační prvky řadíme také dále neprofesionální komunikační zlovyky, ignoraci, porušení mlčenlivosti, úřední tón při rozhovoru s klientem/pacientem, lhaní apod. Devalvační prvky mohou narušit nejen velmi křehký vztah mezi sestrou a klientem/pacientem, ale také ovlivnit jeho spokojenost s jednáním sester a následně ovlivnit spokojenost s celkovou kvalitou péče (Kristová, 2009).

### **3.4 Spolupráce sestry s klientem/pacientem**

Míru spolupráce sestry a klienta/pacienta určuje celá řada prvků. Patří k nim očekávání klienta/pacienta a očekávání sestry. Sestra očekává plnou spolupráci klienta/pacienta, ale to je jeden z největších omylů, protože klient/pacient spolupracuje spolehlivě jen tehdy, cítí-li se být klientem/pacientem. Pokud dojde byť jen k subjektivnímu zlepšení zdravotního stavu ze strany klienta/pacienta, musí ho sestra ke spolupráci neustále více motivovat. Navíc nejen lékaři, ale i sestry si často špatně myslí, že pacient/klient strpí narušování tělesné integrity, bolestivé manipulace, stejně jako to, že se klient/pacient podrobí úkonům, které pro něj mohou znamenat nebezpečí (Plevová, 2011).

Interakce mezi klientem/pacientem a sestrou probíhá za zvláštních okolností, které vztah dotváří a zabarvují. Jsou to: věk klienta/pacienta, typ onemocnění a medicínský obor. Větší obavy mohou mít klienti/pacienti odkázáni k onkologovi, chirurgovi, psychiatrovi apod. (Křivohlavý, 2002).

Spolupráce klienta/pacienta je výsledkem vzájemné komunikace a vztahu mezi nimi. K jejímu vyjádření používáme výrazu adherence, rozsah věrnosti, ve kterém se klientovo/pacientovo chování shoduje s radami sestry. Pojem adherence odráží také klientovi/pacientovi preference a postoje a klade důraz na jeho aktivní spolurozhodování při ošetrovatelském procesu a uspokojování jeho potřeb (Plevová, 2011).

*„...je žádoucí, aby pacient byl aktivním subjektem péče, nikoliv trpným objektem.“*

*Plevová*

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST



## 4 Cíl, výzkumné otázky a hypotézy

V této části práce jsou popisovány jednotlivé fáze výzkumu – stanovené cíle práce, dále metodika práce a zhodnocení dotazníkového šetření. V závěru výzkumné části je uvedeno statistické zhodnocení hypotéz.

Hlavním cílem výzkumné části bylo provedení kvantitativního výzkumu ve vybraných zdravotnických zařízeních a zjištění statisticky významné souvislosti mezi celkovým hodnocením péče pacienty a jednáním a chováním sester. Pro kvantitativní výzkum byly stanoveny dále následující dílčí cíle:

- statisticky zhodnotit rozdíl ve spokojenosti klientů/pacientů s jednáním a chováním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení;
- statisticky zhodnotit rozdíl ve spokojenosti klientů/pacientů s celkovou kvalitou péče v akreditovaném a neakreditovaném zařízení;
- zjistit na základě dotazníku, s čím byli klienti/pacienti nejvíce ve vybraných zařízeních spokojeni;
- zjistit na základě dotazníku, s čím byli klienti/pacienti ve vybraných zařízeních nejméně spokojeni;
- stanovit vhodná doporučení pro praxi.

### Výzkumné otázky a pracovní hypotézy

1. Existuje souvislost mezi hodnocením spokojenosti pacientů s jednáním a chováním sester a hodnocením celkové kvality péče pacientem?

**H: Hodnocení celkové kvality péče pacientem souvisí s hodnocením spokojenosti pacienta s jednáním a chováním sester.**

2. Liší se míra spokojenosti pacientů s jednáním a chováním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení?

**H: Míra spokojenosti s jednáním sester je vyšší u pacientů akreditovaného zařízení než u pacientů neakreditovaného zařízení.**

3. Liší se míra spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče v akreditovaném a neakreditovaném zařízení?

**H: Míra spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče je vyšší u pacientů akreditovaného zařízení než u pacientů neakreditovaného zařízení.**

4. S čím byly klienti/pacienti ve vybraných zařízeních nejvíce spokojeni?
5. S čím byly klienti/pacienti ve vybraných zařízeních nejméně spokojeni?

## 5 Metodika výzkumu

Technika výzkumu je jinak také soubor postupů efektivního užívání některé z výzkumných procedur. Metoda použitá v rámci šetření musí adekvátně odpovídat požadavkům spolehlivosti a platnosti výzkumu (Kutnohorská, 2009).

### **Organizace kvantitativního výzkumu ve vybraných zdravotnických zařízeních**

Před zahájením samotného dotazníkového šetření byly odeslány předem vytvořené žádosti o provedení výzkumného šetření. Výzkum proběhl ve vybraném akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení. Šetření se uskutečnilo na odděleních interních a chirurgických klinik po předchozí domluvě s vrchními a staničními sestrami. Po sestavení dotazníku následovala pilotní studie u 4 respondentů různých věkových kategorií a pohlaví pro ověření srozumitelnosti dotazníku. Z následného zhodnocení vycházelo, že otázky byly pro respondenty srozumitelné, proto nebyly dotazníky dále upravovány a mohl proběhnout samotný výzkum.

### **Sestavení dotazníku**

Úvod dotazníku obsahoval oslovení respondentů, představení výzkumníka, zkoumané problematiky a vymezení účelu, za jakým je dotazník vyplňován. Úvod dále obsahoval informace o potvrzení a anonymitě dotazníku, instrukcích k vyplnění a poděkování.

Na základě porady s vedoucí diplomové práce, s ohledem na zkoumanou problematiku a vzhledem ke zvoleným cílům, hypotézám a výzkumným otázkám, byla zvolena technika dotazníkového šetření. Při výzkumném šetření bylo užito nestandardizovaného dotazníku. Dotazník, který byl sestaven na základě konzultací s vedoucí práce Ing. Janou Holou, Ph.D. a na základě podkladů standardizovaného dotazníku „Kvalita Očima Pacientů“.

Dotazník obsahoval otázky týkající se jednotlivých znaků kvality péče a jednání a chování sester v zařízení. Tato část zahrnovala 20 otázek uzavřeného charakteru, tzn., že respondentům byly nabídnuty odpovědi na otázky, ze kterých vybíral vždy jednu odpověď, se kterou souhlasil. Otázky 17 a 18 v dotazníku byly polootevřeného charakteru, kdy měl respondent možnost případně doplnit odpověď, pokud mu z výčtu nabídnutých odpovědí žádná nevyhovovala. Otázky v dotazníku byly uspořádány do 6 dimenzí, a to:

- Přijetí sestrou na oddělení – položky 1, 2, 3, 4 v dotazníku

- Respekt, ohled a úcta k pacientovi – položky 5, 6, 7, 8 v dotazníku
- Informace a komunikace sester s pacientem – položky 9, 10, 11, 12, 13 v dotazníku
- Tělesné pohodlí pacienta – položky 14, 15, 16, 17, 18 v dotazníku
- Citová a duchovní opora pacienta – položky 19, 20 v dotazníku
- Obecné hodnocení zařízení – položky v dotazníku 21 a 22

Poslední tři otázky dotazníku, označené S1 – S3, byly zaměřeny na socio-demografické charakteristiky respondentů, věk, pohlaví a vzdělání.

Vybrané položky mají dle mého názoru důležitou vypovídající hodnotu pro zhodnocení vlivu jednání a chování sester na celkové hodnocení kvality péče klientem/pacientem ve 2 vybraných zařízeních, akreditovaném a neakreditovaném.

Celkový počet distribuovaných dotazníků byl 80 z toho 40 v akreditovaném a 40 v neakreditovaném zdravotnickém zařízení. Sběr dat probíhal v období od prosince 2011 do února 2012. Z celkového počtu 80 rozdaných dotazníků bylo relevantně vyplněno 68 dotazníků, které byly zařazeny do výzkumného šetření. Návratnost dotazníků tak činila 85 %. Dotazník k výzkumu je uvedený v příloze 4.

### **Charakteristika zkoumaného souboru**

Respondenti byli zastoupeni ve dvou skupinách tvořených z klientů/pacientů akreditovaného zařízení a klientů/pacientů neakreditovaného zařízení. Počet respondentů první skupiny souboru byl 34 a počet respondentů druhé skupiny byl taktéž 34. Respondenti byli oslovoováni na lůžkových odděleních interních a chirurgických klinik. Pro distribuci dotazníků bylo zvoleno časové období těsně před propuštěním ze zařízení, klienti/pacienti tak měli možnost hodnotit celý průběh péče a ne jen její části. Vzhledem k tomu, aby nedošlo k případnému ovlivnění výsledků, byly podmínky pro čas distribuce u druhé skupiny zachovány stejně jako u první skupiny na dobu těsně před propuštěním ze zařízení a na stejných druzích klinických odděleních.

Celkový počet respondentů čítal tedy dohromady 68 (100 %) klientů/pacientů z akreditovaných a neakreditovaných zařízení. Byl použit záměrný výběr, respondenti se do výběru dostali díky své ochotě spolupracovat.

### **Zpracování dat kvantitativního výzkumu**

Anonymní data získaná během výzkumného šetření byla následně tříděna, analyzována a vyhodnocena v počítačových programech Microsoft Office Excel 2007 a STATISTIKA:CZ. V programech byly využity jejich funkce pro tvorbu statistických výpočtů, tabulek a grafů.

Pro testování předem stanovených hypotéz byly vybrány metody popisné statistiky: Spearmanův neparametrický korelační koeficient a Chí-kvadrát test nezávislosti ( $\chi^2$  – test) pro porovnávání pravděpodobností ve dvou nezávislých populacích. Podrobné informace k jednotlivým testům budou uvedeny v následujících kapitolách. Hladina významnosti byla u statistického testování stanovena hodnotou 5 %.

U věkového rozložení souboru byl určen průměr, modus medián. Medián je střední hodnota souboru, která ho dělí na dvě poloviny. Při sudých počtech měření je za medián považován průměr dvou prostředních čísel. Modus je nejčetnější hodnota, ne vždy musí být pouze jedna (Kožíšek, Stieberová, 2010).

## 6 Analýza dat a prezentace výsledků kvantitativní části výzkumu

V kapitole jsou analyzovány a prezentovány výsledky socio-demografických položek dotazníku a položek využitých pro stanovené hypotézy, v závěru jsou uvedeny statisticky zkoumané hypotézy.

### Popis zkoumaného souboru v rámci socio-demografických charakteristik

Tab. 1 Celkový počet respondentů obou skupin

Respondenti	Absol. četnost	Rel. četnost	Rel. četnost v %	Kumul. absol. Četnost	Kumul. rel. četnost v %
Klienti/pacienti akreditovaného zařízení	34	0,50	50	34	50
Klienti/pacienti neakreditovaného zařízení	34	0,50	50	68	100
<b>Celkem</b>	68	1	100	-	-

Celkový počet respondentů zahrnutých do výzkumného šetření diplomové práce byl dohromady 68 (100 %) z toho bylo 34 (50 %) klientů/pacientů z akreditovaného a 34 (50 %) z neakreditovaného zdravotnického zařízení.

## Otázka S1. Vaše pohlaví?

Tab. 2 Četnosti pohlaví respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení

Pohlaví	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %	Kumul. absol. četnosti	Kumul. rel. četnosti v %
Ženy	19	0,56	56	19	56
Muži	15	0,44	44	34	100
Celkem	34	1,00	100	-	-

**Modus:** položka ženy, četnost 19

Tabulka 2 popisuje složení respondentů – klientů/ pacientů, kteří využili péče v akreditovaném zdravotnickém zařízení, podle pohlaví. Z celkového počtu 34 (100 %) bylo 19 (56 %) žen a 15 (44 %) mužů.

Tab. 3 Četnosti pohlaví respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení

Pohlaví	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %	Kumul. absol. četnosti	Kumul. rel. četnosti v %
Ženy	18	0,53	53	18	53
Muži	16	0,47	47	34	100
Celkem	34	1,00	100	-	-

**Modus:** položka ženy, četnost 18

Tabulka 3 popisuje složení respondentů – klientů/pacientů, kteří využily péče neakreditovaného zařízení, podle pohlaví. Z celkového počtu 34 (100 %) klientů/pacientů bylo 18 (53 %) žen a 16 (47 %) mužů.

## Otázka S2: Jaký je Váš věk?

Tab. 4 Četnosti věkových kategorií respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení

Věkové kategorie	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %	Kumul. absol. četnosti	Kumul. rel. četnosti v %
do 30 let	3	0,09	9	3	9
31 - 40 let	2	0,06	6	5	15
41 - 50 let	5	0,15	15	10	29
51 - 60 let	9	0,26	26	19	56
61 - 70 let	8	0,24	24	27	79
více jak 71 let	7	0,21	21	34	100
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Modus:** četnost 9, věková kategorie 51 – 60 let

**Medián:** 58

**Průměrný věk** respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení byl vypočítán podle

$$\bar{x} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i$$

vzorce

**Průměrný věk klientů/pacientů v akreditovaném zařízení: 58,21 let**

Tab. 5 Četnosti věkových kategorií respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení

Věkové kategorie	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %	Kumul. absol. četnosti	Kumul. rel. četnosti v %
do 30 let	2	0,06	6	2	6
31 - 40 let	2	0,06	6	4	12
41 - 50 let	7	0,21	21	11	32
51 - 60 let	6	0,18	18	17	50
61 - 70 let	10	0,29	29	27	79
více jak 71 let	7	0,21	21	34	100
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Modus:** četnost 10, věkové kategorie 61 – 70 let

**Medián:** 61

**Průměrný věk** respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení byl vypočítán podle

$$\bar{x} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i$$

vzorce

**Průměrný věk klientů/pacientů v neakreditovaném zařízení: 58,44 let**



### Otázka S3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 6 Četnosti vzdělání respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení

Vzdělání	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %	Kumul. absol. četnosti	Kumul. rel. četnosti v %
Základní bez vyučení	7	0,21	21	7	21
Středoškolské bez maturity	11	0,32	32	18	53
Středoškolské s maturitou	10	0,29	29	28	82
Vysokoškolské	6	0,18	18	34	100
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Modus:** četnost 11, položka středoškolské vzdělání bez maturity

Tabulka 6 popisuje vzdělání respondentů, kteří využili péče v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Na dotazník odpovídalo nejvíce klientů/pacientů se středoškolským vzděláním bez maturity – 11 (32 %). Klientů/ pacientů se základním vzděláním bez vyučení odpovídalo 7 (21 %). Klientů/pacientů se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou bylo 10 (29 %) a s vysokoškolským vzděláním 6 (18 %).

Tab. 7 Četnosti vzdělání respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení

Vzdělání	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %	Kumul. absol. četnosti	kumul. rel. četnosti v %
Základní bez vyučení	5	0,15	15	5	15
Středoškolské bez maturity	8	0,24	24	13	38
Středoškolské s maturitou	15	0,44	44	28	82
Vysokoškolské	6	0,18	18	34	100
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Modus:** četnost 15, položka středoškolské vzdělání s maturitou

Největší zastoupení ve skupině klientů/pacientů, kteří využili péče v neakreditovaném zdravotnickém zařízení, představovali respondenti středoškolského vzdělání s maturitou 15 (44 %). Dále bylo 8 (24 %) respondentů se středoškolským vzděláním bez maturity,

6 (18 %) vysokoškolsky vzdělaných a nejméně bylo respondentů se základním vzděláním  
5 (15 %).

## 6.1 Ověřování hypotéz

Úkolem výzkumné části diplomové práce bylo pomocí metod popisné statistiky ověřit hypotézy k výše stanoveným výzkumným otázkám.

### 6.1.1 Statistické testování hypotéz

Slovo hypotéza vychází z řeckého slova hýpóthesis a dalo by se přeložit, jako „teze“ – domněnka, o které ještě nevíme, zda je pravdivá, či ne. Její pravdivost netvrdíme, ale pouze předpokládáme jako možnou variantu. Ve vědě chápeme hypotézu jako částečné zdůvodnění zatím nepotvrzených předpokladů nebo souvislostí a vyžaduje potvrzení na základě příslušných výzkumů. Pro stanovení hypotéz platí obecně platná pravidla:

- 1) stanovte nulovou hypotézu ( $H_0$ ), jejíž platnost se bude statisticky ověřovat;
- 2) stanovte hladinu významnosti ( $p$ ), definuje hranici, při které je nulová hypotéza ( $H_0$ ) málo pravděpodobná, neplatí a rozdíl mezi porovnávanými veličinami je statisticky významný;
- 3) zvolte statistický test;
- 4) vypočtete hodnoty testovacího kritéria;
- 5) vyhledejte ve statistických tabulkách kritickou hodnotu pro stanovenou hodnotu hladiny;
- 6) statistické rozhodnutí – pokud hodnota testovaného kritéria překročí kritickou hodnotu, bude nulová hypotéza zamítnuta na hladině významnosti. Pokud nastane opačný případ, je prohlášena odchylka za nevýznamnou na dané hladině významnosti a hypotéza je přijata (Kutnohorská, 2009).

K testování hypotéz byl použit počítačový program Microsoft Office Excel 2007 a program STATISTIKA.cz.

### Ověření hypotézy

**H:** Hodnocení celkové kvality péče pacientem souvisí s hodnocení spokojenosti pacienta s jednáním a chováním sester.

**H<sub>0</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící souvislost mezi spokojeností pacientů s jednáním a chováním sester a spokojeností pacientů s celkovou kvalitou péče není statisticky významný rozdíl.

**H<sub>A</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící souvislost mezi spokojeností pacientů s jednáním a chováním sester a spokojeností pacientů s celkovou kvalitou péče je statisticky významný rozdíl.

Pro statistické zpracování hypotézy bylo využito celého souboru dotazovaných, tzn. 68 klientů/pacientů bez rozdílu na akreditaci zdravotnického zařízení.

Hypotéza je testována testem - neparametrický Spearmanův korelační koeficient  $r_s$ . Tento korelační koeficient nevychází přímo z naměřených párových hodnot proměnných X a Y, ale z jejich pořadí. Neparametrický Spearmanův korelační koeficient je odolný vůči odlehlým hodnotám. Používá se u ordinálních dat a dat metrických, které nesplňují podmínky normálního rozdělení a očekávání lineárního vztahu (Kožíšek, Stieberová, 2010).

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum_{i=1}^n d_i^2}{n \cdot (n^2 - 1)},$$

$r_s$  – Spearmanův korelační koeficient

$D_i$  – rozdíly z pořadí hodnot proměnných X a Y vzhledem k ostatním hodnotám seřazeného výběru podle velikosti

$n$  – počet srovnávaných dvojic hodnot

Interpretace konkrétních hodnot korelačního koeficientu se v různých situacích posuzuje různě, závisí na prostředí výzkumu, počtu sledovaných osob apod.

Podle Chrásky (2000, s. 201) „...prakticky použitelná závislost je minimálně  $r = \pm 0,40$ .“  
Následující tabulka slouží k orientačnímu posouzení vypočítaného koeficientu korelace.

**Tab. 8 Přibližná interpretace hodnot korelačního koeficientu. (převzato z Chráska, M. (2000). Základy výzkumu v pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, str. 201)**

Koeficient korelace	Interpretace
$ r  = 1$	Naprostá závislost
$1,00 >  r  \geq 0,90$	Velmi vysoká závislost
$0,90 >  r  \geq 0,70$	Vysoká závislost
$0,70 >  r  \geq 0,40$	Střední závislost
$0,40 >  r  \geq 0,20$	Nízká závislost
$0,20 >  r  \geq 0,00$	Slabá (nepoužitelná) závislost
$ r  = 0$	Naprostá nezávislost

Aby mohla být získaná data z dotazníku statisticky zpracována, bylo nutné nabídku uzavřených odpovědí kódovat následujícím způsobem:

velmi spokojen/a = 1

spíše spokojen/a = 2

neumím posoudit = 3

spíše nespokojen/a = 4

velmi nespokojen/a = 5

Míra korelace vztahu jednání schování sester a hodnocení celkové kvality péče byla měřena přes tyto otázky:

**Otázka č. 3 Jste spokojen/a s informacemi, které Vám během přijetí podala sestra o dalším průběhu ošetrovatelské péče?**

**Tab. 9 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 3**

Varianta odpovědi	K/P akreditovaného zařízení	K/P neakreditovaného zařízení	Celkem
velmi spokojen/a - 1	15	17	32
2	10	14	24
3	6	3	9
4	2	0	2
velmi nespokojen/a - 5	1	0	1
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>68</b>

**Otázka č. 8 Jak jste spokojen/a s jednáním sester, s nimiž jste byl/a během hospitalizace v kontaktu?**

**Tab. 10 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 8**

<b>Varianta odpovědi</b>	<b>K/P akreditovaného zařízení</b>	<b>K/P neakreditovaného zařízení</b>	<b>Celkem</b>
<b>velmi spokojen/a - 1</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>40</b>
<b>2</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>velmi nespokojen/a - 5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>68</b>

**Otázka č. 10 Jste spokojen/a se srozumitelností odpovědí sester na Vaše otázky týkající se zdravotního stavu, vyšetření apod.?**

**Tab. 11 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 10**

<b>Varianta odpovědi</b>	<b>K/P akreditovaného zařízení</b>	<b>K/P neakreditovaného zařízení</b>	<b>Celkem</b>
<b>velmi spokojen/a - 1</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>42</b>
<b>2</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>velmi nespokojen/a - 5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>68</b>

**Otázka č. 20 Jste spokojený s postojem sester tohoto zařízení a jejich schopností povzbudit Vás a vyvolat ve Vás dobré pocity?**

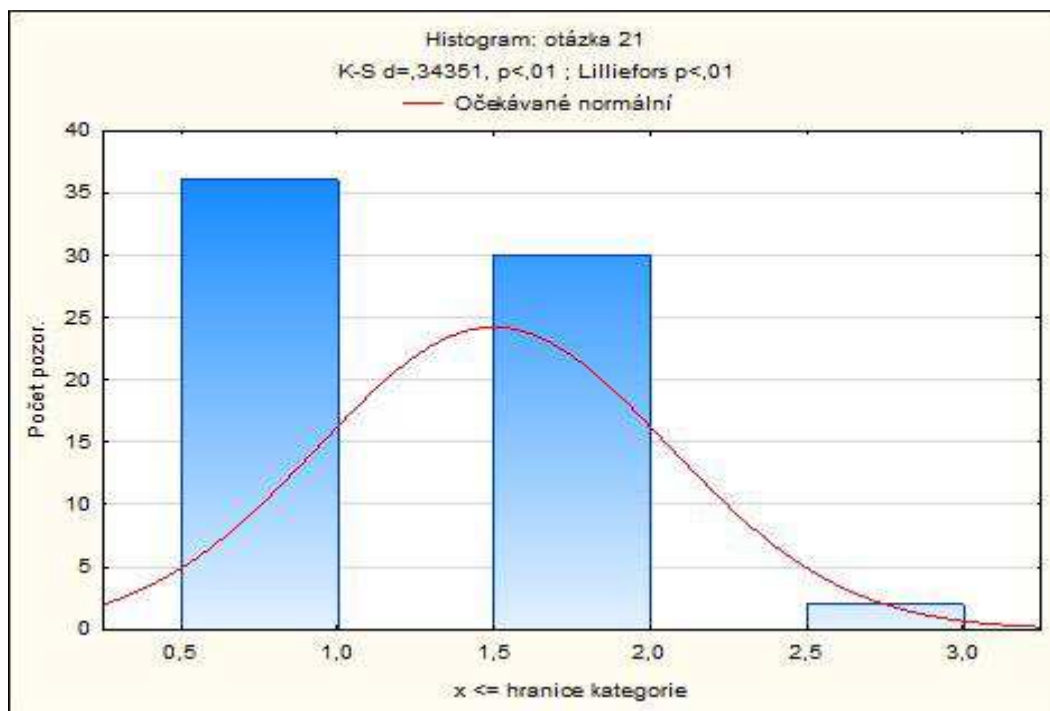
**Tab. 12 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 20**

<b>Varianta odpovědi</b>	<b>K/P akreditovaného zařízení</b>	<b>K/P neakreditovaného zařízení</b>	<b>Celkem</b>
<b>velmi spokojen/a - 1</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>38</b>
<b>2</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>velmi nespokojen/a - 5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>68</b>

**Otázka č. 21 Jste celkově spokojen/a s kvalitou péče, která Vám byla poskytnuta v tomto zařízení?**

**Tab. 13 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 21**

<b>Varianta odpovědi</b>	<b>K/P akreditovaného zařízení</b>	<b>K/P neakreditovaného zařízení</b>	<b>Celkem</b>
<b>velmi spokojen/a - 1</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>36</b>
<b>2</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>velmi nespokojen/a - 5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>68</b>



Obr. 1 Histogram: otázka 21

Uvedený histogram byl vybrán za účelem názorné ukázky, proč byl zvolen Spearmanův neparametrický korelační koeficient. Z histogramu je evidentní, že data rozložení odpovědí neodpovídají rozložení gaussovskému. Toto rozložení bylo i v dalších otázkách zvolených pro ověření výše uvedené hypotézy.

Tab. 14 Interpretace korelačních hodnot

	otázka 3	otázka 8	otázka 10	otázka 20	otázka 21
otázka 3	1,000000	0,555824	0,249777	0,450603	0,206315
otázka 8	0,555824	1,000000	0,307799	0,772976	0,547571
otázka 10	0,249777	0,307799	1,000000	0,464565	0,388250
otázka 20	0,450603	0,772976	0,464565	1,000000	0,703710
otázka 21	0,206315	0,547571	0,388250	0,703710	1,000000

Označené korelace v tabulce jsou významné na hl.  $p <,5000$

### **Rozhodnutí o přijetí či zamítnutí $H_0$ :**

Vypočítané a všechny červeně označené hodnoty v tabulce 9 jsou hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu, které jsou statisticky významné, nejsou tedy nulové. Proto se nulová hypotéza zamítá a přijímá se hypotéza alternativní.



### **Závěr statistického testování hypotézy:**

Z korelační tabulky je patrné podle červeně zvýrazněných hodnot, že existuje vzájemný vztah otázek 3-8,3-10,3-20,8,8-3,8-10,8-20,8-21,10-3,10-8,10-20,10-21,20-3,20-8,20-10,20-21,21-8,21-10,21-20, který je statisticky významný. Z tabulky 9 tedy vyplývá, že spokojenost pacientů s chováním a jednáním sester ovlivňuje hodnocení celkové kvality péče pacienty. Např. mezi otázkou 8 týkající se jednání sester s pacienty a otázkou 20, která se týkala schopnosti sester vyvolat v pacientovi příjemné pocity a povzbudit ho, jsou vysoké korelace. Stejně tak mezi otázkou 8 zkoumající spokojenost pacientů s jednáním sester a otázkou 21 týkající se hodnocení celkové kvality péče pacientem je vysoká korelace. Nezanedbatelně vysoké korelace jsou i mezi otázkou 20 schopností sester vyvolat v pacientovi příjemné pocity a povzbudit ho a otázkou 8 týkající se hodnocení celkové kvality péče pacientem.

### Ověřování hypotéz

Pro ověření následujících hypotéz byl zvolen Chí-kvadrát test nezávislosti dvou znaků ( $\chi^2$  – test) patřící mezi neparametrické metody. Systém použití testu nezávislosti spočívá v tom, že umožňuje vyvrátit či potvrdit domněnku o dvou statisticky sledovaných znacích. Základem pro analýzu dat Chí-kvadrát testem nezávislosti dvou znaků bylo sestavení kontingenčních tabulek, díky kterým získáme orientační představu o závislosti dvou statisticky zkoumaných znacích (Kožíšek, Stieberová, 2010).

Vzorec, který sloužil k výpočtu:

$$\chi^2 = \sum \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Kde  $n_{ij}$  = naměřená četnost

$e_{ij}$  = očekávaná četnost

Počet stupňů volnosti vyjadřuje vzorec  $v = (r - 1) * (c - 1)$ , hladina významnosti byla stanovena na hodnotu 5% (Pecáková, 2004).

Aby mohla být získaná data z dotazníku statisticky zpracována, bylo nutné nabídku odpovědí uzavřených odpovědí (velmi spokojen/a; spíše spokojen/a, neumím posoudit, spíše nespokojen a velmi nespokojen) upravit následujícím způsobem:

- Odpověď – velmi spokojen a spíše spokojen = **SPOKOJEN**
- Odpověď – neumím posoudit, spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a = **NESPOKOJEN**

Při zpracování hypotéz byli respondenti rozděleni dle akreditace zařízení.

**H: Míra spokojenosti s jednáním sester je vyšší u pacientů akreditovaného zařízení než u pacientů neakreditovaného zařízení.**

**H<sub>0</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící míru spokojení pacientů s jednáním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení není statisticky významný rozdíl.

**H<sub>A</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící míru spokojení pacientů s jednáním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení je statisticky významný rozdíl.

Rozdíl v míře spokojenosti pacientů s jednáním sester na základě akreditace zařízení byl měřen přes tuto otázku:

**Otázka č. 8 Jak jste spokojen/a s jednáním sester, s nimiž jste byl/a během hospitalizace v kontaktu?**

Pro statistické zpracování bylo zvoleno kódování odpovědí následujícím způsobem.

- a) **Spokojen/a** (varianty odpovědí: velmi spokojen/a, spíše spokojen/a)
- b) **Nespokojen/a** (varianty odpovědí: neumím posoudit, spíše nespokojen/a, velmi nespokojen/a)

Tab. 15 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 8

Odpověď	Akreditované	Neakreditované	Celkem
Spokojen/a	33	31	64
Nespokojen/a	1	3	4
Celkem	34	34	68

Tab. 16 Očekávané četnosti respondentů na otázku č. 8

Odpověď	Akreditované	Neakreditované	Celkem
Spokojen/a	32	32	64
Nespokojen/a	2	2	4
Celkem	34	34	68

**Výpočet:**

$$\chi^2 = \frac{(33-32)^2}{32} + \frac{(31-32)^2}{32} + \frac{(1-2)^2}{2} + \frac{(33-2)^2}{2} = 1,06$$

Vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 1,06$

Kritická tabulková hodnota je = 3,84 při  $\alpha = 0,05$  a  $df = 1$

$\alpha$  = hladina významnosti

$df$  = počet stupňů volnosti

**Rozhodnutí o přijetí či zamítnutí  $H_0$ :**

Vypočítaná hodnota 1,06 je menší než kritická tabulková hodnota 3,84, proto se nulová hypotéza přijímá a alternativní hypotéza zamítá.

**Závěr statistického testování hypotézy:**

Ve zkoumaném souboru respondentů se nepotvrdilo, že by existoval statisticky významný rozdíl v četnostech odpovědí na míru spokojenosti pacientů s jednáním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení, domněnka se tedy nepotvrdila. Z tabulky 10 vyplývá, že četnost spokojených pacientů s jednáním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení je téměř totožná.

**H:** Míra spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče je vyšší u pacientů akreditovaného zařízení než u pacientů neakreditovaného zařízení.

**H<sub>0</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící míru spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče v akreditovaném a neakreditovaném zařízení není statisticky významný rozdíl.

**H<sub>A</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící míru spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče v akreditovaném a neakreditovaném zařízení je statisticky významný rozdíl.

Rozdíl v míře spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče na základě akreditace zařízení byl měřen přes tuto otázku:

**Otázka č. 21** Jste celkově spokojen/a s kvalitou péče, která Vám byla poskytnuta v tomto zařízení?

Pro statistické zpracování bylo zvoleno kódování odpovědí následujícím způsobem.

- a) **Spokojen/a** (varianty odpovědí: velmi spokojen/a, spíše spokojen/a)
- b) **Nespokojen/a** (varianty odpovědí: neumím posoudit, spíše nespokojen/a, velmi nespokojen/a)

Tab. 17 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 21

Odpověď	Akreditované	Neakreditované	Celkem
Spokojen/a	34	32	66
Nespokojen/a	0	2	2
Celkem	34	34	68

Tab. 18 Naměřené očekávané četnosti odpovědí na otázku č. 21

Odpověď	Akreditované	Neakreditované	Celkem
Spokojen/a	33	33	66
Nespokojen/a	1	1	2
Celkem	34	34	68

**Výpočet:**

$$\chi^2 = \frac{(34-33)^2}{33} + \frac{(32-33)^2}{33} + \frac{(0-1)^2}{1} + \frac{(2-1)^2}{1} = 2,06$$

Vypočítaná hodnota  $\chi^2 = 2,06$

Kritická tabulková hodnota je = 3,84 při  $\alpha = 0,05$  a  $df = 1$

$\alpha$  = hladina významnosti

$df$  = počet stupňů volnosti

**Rozhodnutí o přijetí či zamítnutí  $H_0$ :**

Vypočítaná hodnota 2,06 je menší než kritická tabulková hodnota 3,84, proto se nulová hypotéza přijímá a alternativní hypotéza zamítá.

**Závěr statistického testování hypotézy:**

Ve zkoumaném souboru respondentů se nepotvrdilo, že by existoval statisticky významný rozdíl v četnostech odpovědí na míru spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení, domněnka se tedy nepotvrdila. Z tabulky 13 vyplývá, že četnost spokojených pacientů s celkovou kvalitou péče sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení je téměř totožná.

### Výzkumné otázky

#### **S čím byli klienti/pacienti ve vybraných zdravotnických zařízeních nejvíce spokojeni?**

V rámci dotazníkové otázky č. 17 mohli klienti/pacienti vybírat z odpovědí týkajících se nejen ošetrovatelské a lékařské péče, ale i z odpovědí týkajících se služeb, nabídky vyšetřovacích metod, nebo spokojenosti s dobou objednacími lhůt na vyšetření. Pokud si z uvedené nabídky nevybrali, s čím byli nejvíce spokojeni, mohli doplnit svou vlastní odpověď. Četnosti odpovědí jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 19 četnosti odpovědí na otázku č. 17 – všichni klienti/pacienti

Možnosti odpovědí	Abs. četnosti	Rel četnosti	Rel. četnosti v %
S chováním, jednáním a komunikací sester s pacienty	22	0,32	32%
S chováním, jednáním a komunikací lékařů s pacienty	5	0,07	7%
Se službami nabízenými nemocnicí (telefonování, internet, možnost zakoupit noviny, atd.)	2	0,03	3%
S dosažitelností a ochotou lékařů	5	0,07	7%
S dosažitelností a ochotou sester	0	0	0
S nabídkou vyšetřovacích metod a léčebných postupů	24	0,35	35%
S časovým horizontem objednacích lhůt na zákroky	7	0,10	10%
S časovým horizontem objednacích lhůt na zákroky	1	0,02	2%
S možností zapojení pacienta do léčby	0	0	0
Jiné	2	0,03	3%
<b>Celkem</b>	<b>68</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Z tabulky četností k otázce č. 17 vyplývá, že nejvíce byli respondenti obou zařízení spokojeni s nabídkou vyšetřovacích metod a léčebných postupů, tuto variantu uvedlo 24 (35 %) respondentů. Druhá nejvyšší četnost byla zaznamenána ve spokojenosti pacientů s chováním, jednáním a komunikací sester s pacienty, 22 (32 %) respondentů.

### S čím byli klienti/pacienti ve vybraných zdravotnických zařízeních nejméně spokojeni?

V rámci dotazníkové otázky č. 18 mohli klienti/pacienti vybírat z odpovědí týkajících se nejen ošetrovatelské a lékařské péče, ale i z odpovědí týkajících se služeb, nabídky vyšetřovacích metod, nebo spokojenosti s dobou objednacích lhůt na vyšetření. Pokud si z uvedené nabídky nevybrali, s čím byli nejméně spokojeni, mohli doplnit svou vlastní odpověď. Četnosti odpovědí jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 20 četnosti odpovědí na otázku č. 18

Možnosti odpovědí	Abs. četnosti	Rel četnosti	Rel. četnosti v %
S chováním, jednáním a komunikací sester s pacienty	0	0	0
S chováním, jednáním a komunikací lékařů s pacienty	4	0,06	6%
Se službami nabízenými nemocnicí (telefonování, internet, možnost zakoupit noviny, atd.)	8	0,12	12%
S dosažitelností a ochotou lékařů	0	0	0
S dosažitelností a ochotou sester	9	0,13	13%
S nabídkou vyšetřovacích metod a léčebných postupů	1	0,02	2%
S časovým horizontem objednacích lhůt na zákroky	0	0	0
S časovým horizontem objednacích lhůt na zákroky	16	0,24	24%
S možností zapojení pacienta do léčby	2	0,03	3%
Jiné	28	0,41	41%
<b>Celkem</b>	<b>68</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

Z tabulky četností k otázce č. 18 vyplývá, že nejčastěji byla respondenty obou zařízení volena varianta odpovědi jiné, a to ve 28 (41 %) případech. Druhá nejvyšší četnost odpovědí, která vedla k nespokojenosti pacientů, byla zaznamenána u varianty odpovědi časový horizont objednacích lhůt na zákroky, zvolilo ji 16 (24 %) z 68 (100 %) dotazovaných.



**Doporučení:** Management pro plánování a objednávání pacientů na vyšetření by měl více sledovat tuto oblast, zjistit, konkrétní důvod nespokojenosti pacientů (např. oddělení, druh vyšetření, druh operačního výkonu apod.)

Zhodnocení ostatních položek dotazníku je v příloze 5.

## 7 Diskuze

Cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo zjištění vlivu jednání a chování sester na hodnocení celkové kvality péče klientem/pacientem ve vybraných zdravotnických zařízeních. Jedná se o problematiku velmi aktuální a veřejnosti blízkou vzhledem ke skutečnosti, existence hodnocení nemocnic na základě projektu a metodiky „Kvalita Očima Pacientů“, který vznikl jako reakce na projekt WHO „Zdraví 21“. Výsledky zmíněného výzkumu i výzkumů předešlých poukazují na to, že vliv jednání a chování sester má nezanedbatelný podíl na hodnocení kvality péče klienta/pacienty a na průběh samotného léčebného procesu. Problematikou vlivu jednání, chování a „image“ sestry na průběh léčebného procesu se zabývaly ve výzkumu pro Rubriku kardiologických sester také autorky Pokorná a Šenkýřová (2008). Srovnávání kvality péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních u nás i ve světě je vzhledem k zvyšujícím se nárokům klientů/pacientů nezbytné.

Před samotným sběrem dat bylo třeba přiblížit problematiku teoreticky definicemi pojmů – kvalita, kvalita péče a spokojený klient/pacient. Autoři Nenadál (2007), Aristoteles (1780 př. n. l.) i Janečková (2009) chápou výše zmíněné pojmy jako velmi těžko přesně definovatelné, subjektivně vnímané a objektivním způsobem obtížně měřitelné. V textu diplomové práce je dále vymezeno chápání kvality zdravotní péče podle klienta/pacienta i podle provozovatele. Pro srovnání chápání kvality péče u nás na rozdíl od zahraničí jsou uvedeny příklady z Dánska a Nizozemí. Uvedené země byly zvoleny ke srovnání s ohledem na jejich zdravotnický systém, který je podobný zdravotnickému systému v ČR. Srovnání se zeměmi USA máme navíc díky akreditačním standardům JCI, které jsou postupně zaváděny v některých našich nemocnicích, např. Ústřední vojenská nemocnice v Praze. Za zmínku stojí skutečnost, že Dánsko a Nizozemí, byly jedny z prvních evropských zemí vůbec, kde se začala sledovat kvalita zdravotní péče.

Na teoretické pojetí kvality péče a vlivu jednání sester na její hodnocení klienty/pacienty plynule navázalo sestavení vhodného dotazníku, kterým byla získána data potřebná pro uskutečnění výzkumu v rámci diplomové práce. Sestavený dotazník obsahoval spektrum otázek týkajících se jednání a chování sester a kvality péče. Otázky byly sestaveny do 6 dimenzí. Na základě konzultací s vedoucí práce byly položeny v rámci výzkumu výzkumné otázky doplněné o nulové hypotézy a alternativní hypotézy. Dotazníková metoda s sebou nese řadu nevýhod, které je třeba mít na paměti, protože mohly do určité míry ovlivnit výsledky výzkumu. Výsledky výzkumu mohli také ovlivnit skutečnosti jako je např. závažnost

onemocnění klientů/pacientů, předchozí zkušenosti se zdravotnickými zařízeními nebo zdravotnickým personálem, věk, vzdělání, pohlaví apod.

Do výzkumu bylo zahrnuto 68 relevantně vyplněných dotazníků od respondentů hospitalizovaných ve vybraném akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení. Po rozdělení respondentů do skupin dle akreditace zdravotnického zařízení, bylo 34 dotazovaných ze zařízení akreditovaného a ve srovnávací skupině z neakreditovaného zdravotnického zařízení taktéž 34 respondentů.

Celkový počet respondentů je vzhledem k výzkumnému tématu poměrně nízký, což při rozdělení do dvou skupin vyžaduje volbu vhodné statistické analýzy a citlivou interpretaci dat. Fakt, že se jednalo pouze o tak malou skupinu respondentů, také omezuje generalizaci na celou populaci hospitalizovaných klientů/pacientů, ať už akreditovaného nebo neakreditovaného zdravotnického zařízení.

### **Hypotéza: Hodnocení celkové kvality péče pacientem souvisí s hodnocením spokojenosti pacienta s jednáním a chováním sester.**

Záměrem hypotézy směřované k hlavnímu cíli diplomové práce bylo ověření vlivu jednání a chování sester na hodnocení celkové kvality péče klientem/pacientem. Před stanovením hypotézy byla položena otázka: Existuje souvislost mezi hodnocením spokojenosti pacientů s jednáním a chováním sester a hodnocením celkové kvality péče klienty/pacienty? Při ověřování hypotézy bylo využito všech 68 relevantně vyplněných dotazníků bez ohledu na akreditaci zdravotnického zařízení. Z hodnot naměřených v rámci stanovené hypotézy vyplynulo, že mezi otázkami týkajícími se chování a jednání sester a otázkou hodnocení celkové kvality péče klientem/pacientem existuje vzájemná statisticky významná souvislost. Statisticky nejvýznamnější souvislosti byly pak zjištěny právě mezi otázkami týkajícími se jednání sester s pacientem a hodnocením celkové kvality péče a dále mezi hodnocením celkové kvality péče klientem/pacientem a schopností sester povzbudit klienta/pacienta a vyvolat v něm pozitivní pocity. Každý, kdo prožil hospitalizaci, zajisté potvrdí, že se jedná o velice nepříjemnou situaci. Dochází k narušení běžného osobního, rodinného a pracovního života. Člověk se v pozici klienta/pacienta dostává do cizího prostředí, kde se veškeré jeho soukromí smršťuje na nemocniční lůžko. Musí komunikovat s lékaři a sestrami, kteří často mluví odbornou pro laika nesrozumitelnou řečí, nebo mluví jako, když je nemocný nepřítomen. Na druhou stranu je nutné brát na vědomí, že každý klient/pacient vnímá situaci související s hospitalizací zcela individuálně a jedná se o jeho subjektivní pocity. Křivohlavý (2002) uvádí, že je třeba při hodnocení kvality klienty/pacienty brát na vědomí složitou

životní situaci, ve které se klient/pacient nachází (nemoc), závažnost této nemoci, povahové rysy. Nezanedbatelnými faktory jsou, pak i pohlaví, vzdělání a věk pacientů.

Akreditací ať už povinnou nebo dobrovolnou prochází v dnešní době zdravotnická zařízení mnoha zemí. Je samozřejmé, že existuje jistý předpoklad, že by akreditace mohla mít do jisté míry vliv na kvalitu poskytované péče a tím i na spokojenost pacientů. Proč by se jinak zdravotnická zařízení dobrovolně hlásila do akreditačních řízení, která jsou po personální, materiální i ekonomické stránce pro ně tak náročná. Následující hypotézy byly stanoveny s úmyslem ověřit tuto skutečnost. Podobný průzkum proběhl mezi lednem a květnem 2007 v německé fakultní nemocnici v Essenu. 78 508 klientů/pacientů z 328 oddělení v 73 nemocnicích obdrželo standardizovaný dotazník. Data získaná z těchto dotazníků byla analyzována a statisticky ověřena za účelem zjistit vliv akreditace zdravotnických zařízení na kvalitu péče a spokojenost klienta/pacienta. Výsledky šetření poukázaly na to, že akreditace zdravotnických zařízení se nespojuje s měřitelným zlepšením kvality poskytované péče Sack et. al. (2011).

**Hypotéza: Míra spokojenosti s jednáním sester je vyšší u pacientů akreditovaného zařízení než u pacientů neakreditovaného zařízení.**

Hypotéza byla stanovena se záměrem zjistit statisticky významný rozdíl ve spokojenosti pacientů s jednáním sester na základě akreditace zdravotnického zařízení. Výzkumná otázka zněla: Bude se lišit míra spokojenosti klientů/pacientů s jednáním a chováním sester v akreditovaném a neakreditovaném zařízení? Domněnka byla, že klienti/pacienti akreditovaného zdravotnického zařízení jsou ve větší míře spokojeni s jednáním a chováním sester než pacienti neakreditovaného zdravotnického zařízení. Spokojenost, jak bylo již výše v teoretické části zmíněno, je možno definovat jako pozitivní pocit z dobře vykonaných činností a vztahů. Je to však subjektivní pocit vnímaný jednotlivci velmi rozdílně a zároveň je ovlivněn mnoha skutečnostmi. Autorky Bártlová a Hnilicová (2000) uvádějí, že spokojenost pacientů je důležitým ukazatelem kvality péče. Vzhledem ke koncepci ošetřovatelství a jeho filozofii vychází spokojenost/nespokojenost pacientů především z uspokojování potřeb klienta/pacienta. Navíc spokojenost klienta/pacienta vede k větší důvěře nejen vůči sestřám, ale i lékařům a zvyšuje se tzv. compliance, spolupráce klienta/pacienta se zdravotnickým personálem a ta pozitivně ovlivňuje celkový průběh léčebného procesu, jak uvádí i Plevová (2011). Pro otázku byla zvolena nulová a hypotéza alternativní. Vzhledem k tomu, že vypočítaná hodnota byla nižší než kritická hodnota, proto byla přijata nulová hypotéza a alternativní hypotéza byla zamítnuta. Domněnka, že klienti/pacienti akreditovaného zdravotnického zařízení jsou více spokojeni s jednáním sester než klienti/pacienti

neakreditovaného zdravotnického zařízení, se tedy nepotvrdila. Z tabulek četností odpovědí na otázku týkající se spokojenosti pacientů s jednáním sester je evidentní, že spokojenost pacientů s jednáním sester je v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení téměř totožná. Je nutné si uvědomit, že vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku a zkoumanému tématu nelze vyvozovat validní závěry ze statistického vyhodnocení hypotézy.

**Hypotéza: Míra spokojenosti pacientů s celkovou kvalitou péče je vyšší u pacientů akreditovaného zařízení než u pacientů neakreditovaného zařízení.**

Třetí výzkumná otázka zněla: Bude se lišit hodnocení celkové kvality péče klienty/pacienty v akreditovaném zdravotnickém zařízení od neakreditovaného? Výzkumnou otázku stejně jako v předešlém případě doplnily hypotézy nulová a alternativní a bylo využito, rozdělení klientů/pacientů na dvě skupiny. Hypotéza týkající se celkové kvality péče v sobě sdružuje nejen psychologické a etické aspekty péče, ale i ty organizační a ekonomické jak udává Gladkij (2003). U klienta/pacienta, laika, který nedokáže zhodnotit zdravotní péči z odborného hlediska lze považovat právě jeho spokojenost jako nejvyšší měřítko kvality péče. Vše dobré je však možné stále zlepšovat, nemocnice by měly stále usilovat o co největší kvalitu služeb, které klientů/pacientům nabízí. Jedním z prostředků nutících udržet zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních na kvalitní úrovni je právě akreditace (Marx, Staněk, 2008). Při testování hypotézy byla vypočítaná hodnota nižší než kritická hodnota. Na základě výsledku byla přijata nulová hypotéza a hypotéza alternativní stejně jako u předchozí hypotézy byla zamítnuta. Domněnka, že pacienti akreditovaného zdravotnického zařízení hodnotí kvalitu celkové péče lépe, než pacienti neakreditovaného zdravotnického zařízení se tedy nepotvrdila. Je možné říci, že i přes velikost zkoumaného souboru se potvrdila stejná skutečnost jako ve výše zmíněném německém výzkumu. Akreditace zdravotnického zařízení není vodítkem k vyšší míře spokojenosti klientů/pacientů s celkovou kvalitou poskytované péče.

Podrobnější zkoumání na téma akreditace a její vliv na kvalitu péče v nemocnicích ČR provedený na stejném nebo podobném vzorku respondentů jako v Německu, by mohl být například námětem další práce podobného typu, případně porovnání těchto výzkumů.

Zkoumání vztahu mezi socio-demografickými charakteristikami a hodnocením kvality péče pacienty nebylo předmětem zkoumání diplomové práce. Jedná se však o dotazníkové položky, které mohly svým rozložením méně či více ovlivnit výstupy zkoumání. Zastoupení některých věkových kategorií ve srovnávaných skupinách bylo totožné, což lze považovat při srovnávání dvou skupin za výhodu. Ze socio-demografických charakteristik je to podle

Hnilicové a Bártlové (2000) právě věk, to co nejprůkazněji determinuje spokojenost klientů/pacientů. Podle zahraničních i našich výzkumů je mezi těmito proměnnými statisticky průkazná závislost. Literatura i odborné periodiky vedou polemiku nad tím, proč právě vyšší věk vede klienty/pacienty k větší spokojenosti s kvalitou péče. Jedním z možných vysvětlení je podle Křivohlavého (2002) dnes tolik protlačovaný celosvětový kult mládí. Vysoký věk s sebou nese řadu omezení v podobě snížené soběstačnosti, výkonnosti a tím vzniká podle sociologických výzkumů určitá forma sociální izolace. Možná právě vina, za to, že jsou starší lidé častěji odkázáni na pomoc druhých, v nich vyvolává určitý pocit viny, snižují se jejich nároky na kvalitu péče. Jiné výzkumy poukazují na to, že příčina vyšší míry spokojenosti, klientů/pacientů vyššího věku spočívá v komunikaci. Sociální kontakt mezi zdravotníky a staršími lidmi probíhá podle sociologů totiž daleko uvolněněji, jak uvádí i Kopřiva (2006). Na základě těchto poznatků je možné si položit otázku. Bylo při jiném rozložení věkových kategorií ve srovnávaných skupinách dosaženo odlišných výsledků při výzkumu? (např. kdyby v jedné skupině převažovali mladší klienti/pacienti nebo naopak starší).

Pohlaví – vliv pohlaví na hodnocení spokojenosti a kvality péče je v mnoha případech předmětem diskuse, protože výsledky zkoumání jsou doposud nejednoznačné a mohly by být dalším námětem pro výzkum z oblasti hodnocení kvality péče klienty/pacienty. Např. průzkum z Vojenské fakultní nemocnice v Praze z roku 1997 poukázal na to, že ženy jsou méně spokojeny než muži. Průzkum, který provedla Hnilicová stejnou metodou v nemocnici Slaný, ale takový rozdíl nezjistil (Bártlová, Hnilicová 2000).

Poslední ze socio-demografických charakteristik, která se objevila v dotazníku výzkumu, byla otázka na vzdělání klientů/pacientů. Autorky Bártlová, Hnilicová (2000), které se opakovaně zabývají průzkumy spokojenosti klientů/pacientů v nemocnicích ČR, potvrdily, že rozdíly ve vzdělání jsou na úrovni statistické významnosti při hodnocení spokojenosti s kvalitou péče klienty/pacienty. Klienti/pacienti s vyšším vzděláním jsou výrazně kritičtější než klienti/pacienti s vzděláním nižším. U klientů/pacientů v ambulantních byly výsledky totožné studie nejednoznačné. Proto by zkoumání spokojenosti klientů/pacientů mohlo být jako u předchozí socio-demografických charakteristik předmětem podrobnějšího zkoumání. Pokud lze brát v úvahu, že vysokoškolsky vzdělaní klienti/pacienti by mohli negativně ovlivnit spokojenost s kvalitou péče. V obou srovnávaných skupinách bylo shodně po 6 (17,65 %) vysokoškolsky vzdělaných klientech/pacientech z počtu 34 (100 %). Při těchto skutečnostech lze předpokládat podobnou míru vlivu vysokoškolsky vzdělaných respondentů ve srovnávaných skupinách.

Vzájemnou podobnost obou skupin považuji za metodologický klad v prezentovaném výzkumu. Srovnávané skupiny se významně neliší ve sledovaných parametrech (pohlaví, věk a vzdělání).

Témata týkající se kvality zdravotní péče jsou častým podkladem pro bakalářské, diplomové i disertační práce studentů. Uttendorfská (2008) napsala bakalářskou práci na téma „Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako jeden z ukazatelů kvality zdravotní péče“, Lněničková (2011) obhájila na Pardubické univerzitě práci s tématem „Kvalita ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení následné péče“ apod. Je nutné zdůraznit, že výše zmíněné závěrečné práce, které jsou v mnohém podobné, nejsou však zcela shodné s touto diplomovou prací.

## Závěr

Diplomová práce je věnována jednomu z aktuálních témat v oblasti zdravotní péče – „*Vliv jednání sester na celkové hodnocení kvality péče pacienty*“. Teoretická část popisuje témata historie a současnosti sledování kvality zdravotní péče u nás i v zahraničí.

Práce měla tři hlavní cíle zájmu. Hlavním a prvním cílem práce bylo zjistit, zda má jednání a chování sester významný vliv na hodnocení celkové kvality klientem/pacientem. Základem pracovní hypotézy byl předpoklad, že mezi těmito proměnnými je určitá souvislost. Odborná literatura popisuje vliv chování, jednání a „image“ sestry na průběh hospitalizace. Výzkumem byla tato informace potvrzena a doplněna. Z výzkumu vyplynulo, že jednání sester má statisticky významný vliv na hodnocení celkové kvality péče pacienty. Dalšími cíly bylo zjištění rozdílu míry spokojenosti klientů/pacientů s jednáním sester a hodnocení celkové kvality péče v závislosti na akreditaci zařízení. Ve sledovaném souboru se nepotvrdily žádné statisticky významné rozdíly v hodnocení spokojenosti klientů/pacientů s jednáním sester a hodnocením celkové kvality péče v souvislosti s akreditací zařízení. Práce naplnila sledované cíle.

Závěry této diplomové práce mohou posloužit jako jedno z východisek pro další zkoumání vlivu jednání a chování na hodnocení celkové kvality péče pacienty. Dále by tato diplomová práce mohla být zdrojem informací pro management kvality zdravotnických zařízení.



## Seznam bibliografických citací

1. BRABCOVÁ, I. *Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In: Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 48 – 51 s. ISBN 978-80-7040-992-3.*
2. BÁRTLOVÁ, S.; HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. 1. vyd. Brno : IDVPVZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.*
3. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie. 3. vyd. Brno : IPDVZ, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.*
4. DLUGOŠOVÁ, A.; TKÁČOVÁ, L. *Motivace a její aplikace na práci sester [online]. Praha : Mladá fronta a.s., 2009 [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/motivace-a-jeji-aplikace-na-praci-sester-461367>>.*
5. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie. Přeložila Valerie Tóthová. 1. české vyd. Martin : Osveta, spol. s r.o., 2006. 211 s. ISBN 20-8063-227-8.*
6. GENNIP, E. M. S. J.; SMITT SILLEVIS, P. A. E. *The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals [online]. Oxford : Oxford University Press, 2000, [cit. 2012-02-26]. Dostupný z WWW: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/12/3/259.full.pdf>>.*
7. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno : Computer press, a.s., 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.*
8. GLADKIJ, I.; HEGER, L.; STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.*

9. GROL, R. *Quality Development in Health care in the Netherlands* [online]. Nijmegen : Centre for Quality of Care Research Radboud University Nijmegen Medical Centre 2006, [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2006/Mar/Quality%20Development%20in%20Health%20Care%20in%20the%20Netherlands/Grol\\_qualityNetherlands\\_910%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2006/Mar/Quality%20Development%20in%20Health%20Care%20in%20the%20Netherlands/Grol_qualityNetherlands_910%20pdf.pdf)>.
10. HÁRTL, P.; HÁRTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha : Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
11. HINDLS R. et al. *Kvantitativní metody řízení*. Praha : Svaz účetních, 1997. 191 s. ISBN 80-238-1697-7.
12. HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2003. 144 s. ISBN 80-968927-6-2.
13. CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. (dotisk) Olomouc : VUP, 2000. 257 s. ISBN 80-7067-798-8. 3.
14. INSTITUT FOR KVALITET OG AKKREDITERING I SUNDHEDSAESENENET. *Akkrediteringsprocessen i DDKM* [online], 2012. Kodaň [cit. 2012-02-24].  
Dostupný z WWW:  
<<http://www.ikas.dk/Hvad-er-Den-Danske-Kvalitetsmodel--DDKM/Akkrediteringsprocessen-i-DDKM.aspx>>.
15. JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 296 s. ISBN 987-80-7367-592-9.
16. JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství* [online]. Ostrava : Universitas Ostraviensis, 2006, [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW:  
<[projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20ošetřovatelství.pdf](http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20ošetřovatelství.pdf)>.
17. KILÍKOVÁ, M.; JAKUŠOVÁ, V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, spol. s.r.o. 2008. 148 s. ISBN 987-80-8063-290-8.

18. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
19. KOSTIČOVÁ, M.; BADALÍK, J. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku. *Lékařský obzor*. 2009, roč. 58, č. 3. ISSN 0457-4214.
20. KOŽÍŠEK, J.; STIEBEROVÁ, B. *Management jakosti I*. 3. přeprac. vyd. Praha : Nakladatelství ČVUT, 2010. 228 s. ISBN 987-80-01-04568-8.
21. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 3. upravené a doplněné vyd. Martin : Osveta, spol s.r.o., 2009. 188 s. ISBN 987-80-8063-160-3.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002, dotisk 2003, 2005, 2006. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
23. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 987-80-247-2713-4.
24. LNĚNIČKOVÁ, H. *Kvalita ošetrovateľské péče ve zdravotnickém zařízení následné péče* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice 2011, [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW:  
<[http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39688/1/LnenickovaH\\_KvalitaVeZdravotnick%C3%A9m\\_MJ\\_2011.pdf](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39688/1/LnenickovaH_KvalitaVeZdravotnick%C3%A9m_MJ_2011.pdf)>.
25. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
26. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
27. MAREŠ, J. *Zjišťování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí ve všeobecném praktickém lékařství* [online] 2009. [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW:  
<[www.akva-pl.cz/.../P13-Zjistovani\\_spokojenosti\\_pacientu.doc](http://www.akva-pl.cz/.../P13-Zjistovani_spokojenosti_pacientu.doc)>.

28. MARX, D. *Systém akreditací zdravotnických zařízení v ČR* [online]. Praha: MZČR, 2008, [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW: [http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni\\_1851\\_15.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1851_15.html).
29. MASTILJAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství systémový přístup II. díl*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
30. MÁTL, O.; JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Galén, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
31. MAXDORF. *Velký lékařský slovník* [online] 2008. Praha : Maxdorf s.r.o., [cit. 2012-02-12]. Dostupný na WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/kvalita-zdravotni-pece>.
32. MEZINÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE : překlad 3. vydání. Joint Commission International; [přeložili David Marx, Ivan Staněk]. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 312 s. Přeloženo z angličtiny. ISBN 978-80-247-2436-2.
33. MINISTERIET FOR OG FOREBYGGELSE. *Health Care in Denmark* [online]. Kodaň : The Ministry of Health and Prevention 2008, [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2008/UK\\_Healthcare\\_in\\_dk/pdf.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx).
34. NENADÁL, J. a kol. *Moderní management jakosti principy, postupy, metody*. 1. vyd. Praha : Management Press NT Publishing, s.r.o., 2011. 380 s. ISBN 987-80-7261-186-7.
35. NENADÁL, J. a kol. *Moderní systémy řízení jakosti Quality Management*. 2. doplněné vyd. Praha : Management Press NT Publishing, s.r.o., 2007. 284 s. ISBN 987-80-7261-071-6.

36. NENADÁL, J. *Měření v systémech managementu jakosti*. 2. doplněné vyd. Praha : Management Press NT Publishing, s.r.o., 2004. 335 s. ISBN 80-7261-110-0.
37. PECÁKOVÁ, I. *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. 1. vyd. Praha : VŠE – OECONOMICA, 2004. 145 s. ISBN 80-245-0753-6.
38. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
39. POKORNÁ, A.; ŠENKYŘÍKOVÁ, M. Vliv jednání a chování sestry a její "image" na průběh hospitalizace nemocného. *Medical Tribune*.2008, vol. 50, no. 7-8, s. 112 - 114. ISSN 0010-8650.
40. RAITER, T. *Kvalita Očima Pacientů Hodnocení lůžkové péče* [online]. Praha : Kvalita Očima pacientů hodnocení nemocnic, 2010 [cit. 2011-02-12]. Dostupný z WWW:<[http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/Priloha\\_1a\\_Dotaznik\\_H-01\\_KOP\\_11\\_nemocnice.pdf](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/Priloha_1a_Dotaznik_H-01_KOP_11_nemocnice.pdf)>.
41. SACK, C. et. al. *Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care?* [online] 2011. National Center for Biotechnology Information , US National Library of Medicine, [cit. 2011-02-24]. Dostupný z WWW:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21515636>>.
42. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o.p.s. *Národní akreditační standardy pro nemocnice* [online]. Praha : Tigis, spol. s r.o., 2009, [cit. 2012-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/pdf>>.
43. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra - reprezentant profese*. Brno : IDVPVZ, 2002 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
44. SUNDHEDSKVALITET. *Om Sundhedskvalitet* [online]. 2012, [cit. 24. 2. 2012]. Dostupný z WWW: <<http://www.sundhedskvalitet.dk/Om.aspx>>.

45. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
46. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
47. THÓTOVÁ, V. *Tematické kurzy celoživotního vzdělávání pro profesi všeobecná sestra*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. 2008. 175 s. ISBN není uvedeno.
48. UTENDORFSKÁ, M. *Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako jeden z ukazatelů kvality zdravotní péče* [online] 2008. [cit. 24. 2. 2012]. Dostupný z WWW: <[http://is.muni.cz/th/142548/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/142548/lf_b/)>.
49. VAŠÁTKOVÁ, I. Kvalita ošetrovatelské péče, *Hradec Králové: Acta Media*, 2005. roč. 5., č. 1. -2. ISSN 1212-723X.
50. VAŠÁTKOVÁ, I. Kvalita ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. 2003, roč. 5, č. 1/2, 26-33 s. ISSN 1212-723X.
51. VOTÍNSKÝ, Jiří. Úloha měření kvality zdravotní péče. *Pharm Business Magazine*. 2010, roč. 5, č. 10, s. 27-31, č. 3, 27 s.
52. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
53. WIKIPEDIA. *Kvalita* [online]. 2012 [cit. 2012-02-12]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalita>>.
54. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. 2. přeprac. vyd. Martin : Osveta spol. s.r.o., 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

## Seznam použitých zkratek

Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
ASQ	Americká společnost pro jakost
Atp.	a tak podobně
DDKM	Den Danske Kvalitetsmodel - Dánský model kvality
ČR	Česká republika
EFQM	European Foundation for Quality Management - Evropská nadace pro management jakosti
EHCI	Euro Health Consumer Index/ Evropský spotřebitelský zdravotní index
EU	Evropská unie
H	hypotéza
$H_0$	nulová hypotéza
$H_A$	alternativní hypotéza
IKAS	Dánský institut pro kvalitu a akreditaci ve zdravotnictví
ISO	International Standards Organization/Mezinárodní organizace pro standardizaci
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/Spojená komise zabývající se akreditací zdravotnických zařízení
JCIA	Joint Commission International Accreditation/Spojená mezinárodní komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
K/P	Klient/pacient
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	například
SAK	Spojená akreditační komise
Tj.	to je
TQM	Total Quality Management/Celkové řízení kvality
Tzn.	to znamená
Tzv.	tak zvaný
USAID	United States Agency International Development/Agentura pro mezinárodní rozvoj Spojených států
WHO	World Health Organization/Světová zdravotnická organizace

## Seznam tabulek

Tab. 1 Celkový počet respondentů obou skupin .....	54
Tab. 2 Četnosti pohlaví respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení.....	55
Tab. 3 Četnosti pohlaví respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení.....	55
Tab. 4 Četnosti věkových kategorií respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení.....	56
Tab. 5 Četnosti věkových kategorií respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení.....	56
Tab. 6 Četnosti vzdělání respondentů akreditovaného zdravotnického zařízení .....	57
Tab. 7 Četnosti vzdělání respondentů neakreditovaného zdravotnického zařízení .....	57
Tab. 8 Přibližná interpretace hodnot korelačního koeficientu. (převzato z Chráska, M. (2000). <i>Základy výzkumu v pedagogice</i> . Olomouc: Univerzita Palackého, str. 201) .....	61
Tab. 9 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 3 .....	61
Tab. 10 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 8 .....	62
Tab. 11 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 10 .....	62
Tab. 12 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 20 .....	63
Tab. 13 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku 21 .....	63
Tab. 14 Interpretace korelačních hodnot .....	64
Tab. 15 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 8 .....	67
Tab. 16 Očekávané četnosti respondentů na otázku č. 8.....	67
Tab. 17 Naměřené četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 21 .....	69
Tab. 18 Naměřené očekávané četnosti odpovědí na otázku č. 21 .....	69
Tab. 19 četnosti odpovědí na otázku č. 17 – všichni klienti/pacienti.....	71
Tab. 20 četnosti odpovědí na otázku č. 18 .....	72
Tab. 21 Četnosti odpovědí na otázku číslo 1 – klienti/pacienti akreditované zařízení.....	99
Tab. 22 Četnosti odpovědí na otázku číslo 1 – klienti/pacienti neakreditované zařízení.	99
Tab. 23 Četnosti odpovědí na otázku 2 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	100
Tab. 24 Četnosti odpovědí na otázku 2 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	100
Tab. 25 Četnosti odpovědí na otázku 3 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	101
Tab. 26 Četnosti odpovědí na otázku 3 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	102
Tab. 27 Četnosti odpovědí na otázku 4 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	102
Tab. 28 Četnosti odpovědí na otázku 4 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	103
Tab. 29 Četnosti odpovědí na otázku 5 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	103



Tab. 30	Četnosti odpovědí na otázku 5 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	104
Tab. 31	Četnosti odpovědí na otázku 6 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	104
Tab. 32	Četnosti odpovědí na otázku 6 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	105
Tab. 33	Četnosti odpovědí na otázku 7 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	105
Tab. 34	Četnosti odpovědí na otázku 7 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	106
Tab. 35	Četnosti odpovědí na otázku 8 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	106
Tab. 36	Četnosti odpovědí na otázku 8 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	107
Tab. 37	Četnosti odpovědí na otázku 9 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	107
Tab. 38	Četnosti odpovědí na otázku 9 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	108
Tab. 39	Četnosti odpovědí na otázku 10 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	108
Tab. 40	Četnosti odpovědí na otázku 10 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	109
Tab. 41	Četnosti na otázku 11 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	110
Tab. 42	Četnosti odpovědí na otázku 11 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	110
Tab. 43	Četnosti odpovědí na otázku 12 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	111
Tab. 44	Četnosti odpovědí na otázku 12 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	111
Tab. 45	Četnosti odpovědí na otázku 13 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	112
Tab. 46	Četnosti odpovědí na otázku 13 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	112
Tab. 47	Četnosti odpovědí na otázku 14 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	113
Tab. 48	Četnosti odpovědí na otázku 14 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	113
Tab. 49	Četnosti odpovědí na otázku 15 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	114
Tab. 50	Četnosti odpovědí na otázku 15 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	114
Tab. 51	Četnosti odpovědí na otázku 16 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	115
Tab. 52	Četnosti odpovědí na otázku 16 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	115
Tab. 53	Četnosti odpovědí na otázku 19 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	116
Tab. 54	Četnosti odpovědí na otázku 19 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	117
Tab. 55	Četnosti odpovědí na otázku 20 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	117
Tab. 56	Četnosti odpovědí na otázku 20 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	118
Tab. 57	Četnosti odpovědí na otázku 21 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	118
Tab. 58	Četnosti odpovědí na otázku 21 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	119
Tab. 59	Četnosti odpovědí na otázku 22 – klienti/pacienti akreditované zařízení .....	119
Tab. 60	Četnosti odpovědí na otázku 22 – klienti/pacienti neakreditované zařízení .....	120

## Seznam příloh

<b>Příloha 1: Seznam indikátorů a výsledků péče při hodnocení kvality .....</b>	<b>91</b>
<b>Příloha 2 Návrh standardu ošetrovatelské péče.....</b>	<b>92</b>
<b>Příloha 3 Audit k vyhodnocení návrhu standardu ošetrovatelské péče .....</b>	<b>93</b>
<b>Příloha 4 Dotazník .....</b>	<b>94</b>
<b>Příloha 5: Tabulky četností ostatních dotazníkových položek .....</b>	<b>99</b>

## Přílohy

Příloha 1: Seznam indikátorů a výsledků péče při hodnocení kvality

### **Příklad kritérií (indikátorů) struktury, procesu, výstupů a výsledků péče při hodnocení kvality péče v nemocnici.**

Kritéria:	Způsob hodnocení:	Četnost:
<b>Kritéria struktury</b>		
Prostorové podmínky pro péči	EH	1x ročně
Vybavení pracoviště technikou	EH	1x ročně
Vybavení pokojů pro pacienty	EH	1x ročně
Počet pracovníků	EH	2x ročně
Kvalifikační struktura	EH	2x ročně
<b>Kritéria procesu:</b>		
Čistota provozu	EH	6x ročně
Provozní režim	EH	2x ročně
Diagnostický proces	EH,LA	2x ročně
% nozokomiální nákaz	D	4x ročně
Úroveň ošetrovatelské péče	EH	4x ročně
Úroveň lékařské dokumentace	EH,LA	4x ročně
Čekací doba na hospitalizaci	EH,D	4x ročně
Čekací doba v ambulanci	EH,D	4x ročně
Průměrný čas na 1 amb. vyšetření	EH,D	2x ročně
Vedení pracoviště	D,EH	2x ročně
<b>Kritéria výstupů:</b>		
Správnost diagnostiky	EH,LA	1x ročně
Poč. vybraných výkonů na 100 oš.dnů	EH,P	
Počet vybraných výkonů na 100 ambul. pacientů	EH,P	2x ročně
Počet stížností na kvalitu péče na 1000 oš. dnů	D	2x ročně
Počet stížností na kvalitu péče na 1000 ambul. pacientů	D	2x ročně
Počet písemných poděkování od pacientů na 1000 oš. dnů	D	2x ročně
Počet písemných poděkování od pacientů na 1000 ambul. pacientů	D	2x ročně
Vývoj ošetrovací doby	D,V	2x ročně
Využití lůžkového fondu	D,V	2x ročně
Rovnoměrnost využívání lůžek	D,V	2x ročně
Prostoj lůžka ve dnech	V	4x ročně
Přímé věcné náklady na 1 oš. den	P,V	4x ročně
<b>Kritéria výsledků:</b>		
Spokojenost pacientů	PP	1x ročně
Výsledek péče	D,LA	1x ročně
Letalita	D,V,LA	1x ročně

Zdroj: Gladkij (1999, s. 28)

Příloha 2 Návrh standardu ošetrovatelské péče  
**Příklad formulace standardu 2**

**VŠICHNI RODIČE (NEBO DOPROVÁZEJÍCÍ) MAJÍ PŘÍLEŽITOST, DOPROVODIT SVÉ DÍTĚ NA PŘED-OPERAČNÍ ODDĚLENÍ NEBO ANESTEZIOLOGICKÝ POKOJ.**

**KRITÉRIA STRUKTURY (S)**

- S1 Před-operační oddělení je zařízeno tak, aby mohlo přijmout rodiče a děti. Jsou zde k dispozici hračky a knihy.
- S2 Veškerý anesteziologický personál si plně uvědomuje potřeby dítěte a je zde bezpečná úroveň vybavení k tomu, aby vyhovovala péči o děti.
- S3 Místo pro zotavování dětí je odděleno od před-operačního oddělení.
- S4 Pro rodiče, pokud je to vyžadováno je k dispozici pokrývka hlavy, přezůvky a plášť.

**KRITÉRIA PROCESU (P)**

- P1 Zkušená sestra vysvětlí každému rodiči (nebo doprovázejícímu), že může doprovodit své dítě na před-operační oddělení nebo anesteziologický pokoj, pokud si to přeje.
- P2 Rodičům nebo doprovázejícím je stručně vysvětlena jejich role na před-operačním oddělení /anesteziologickém pokoji.
- P3 Rodiče jsou přijati na anesteziologický pokoj ve spolupráci s anesteziologem.
- P4 Rodičům (nebo doprovázejícím) jsou stručně vysvětleny aspekty spolehlivosti a bezpečí operačního traktu.

**KRITÉRIA VÝSLEDKU (V)**

- V1 Každé dítě s rodiči je přijato do uvolněného a klidného prostředí.
- V2 Každý rodič nebo doprovázející, má příležitost, pokud si to přeje, doprovodit své dítě na před-operační oddělení nebo anesteziologický pokoj. (29)

Při vlastním sledování (měření) těchto stanovených kritérií je např. možné **pozorovat** poskytovatelé péče, jestli jednají podle stanovených kritérií nebo před propuštěním dítěte **pohovořit** s rodiči a zeptat se na jejich zkušenost a zážitky. Získané informace je třeba písemně zaznamenat.

Způsob *písemného záznamu* vlastního sledování (měření), slouží jako nástroj pro vyhodnocení zjištěných výsledků.

Zdroj: Mastiljaková (2004, s. 21)

**Příklad písemného záznamu při provádění auditu (sledování, měření kritérií).**

Pojmenování jevu:

VŠICHNI RODIČE (NEBO DOPROVÁZEJÍCÍ) MAJÍ PŘÍLEŽITOST, DOPROVODIT SVÉ DÍTĚ NA PŘED-OPERAČNÍ ODDĚLENÍ NEBO ANESTEZIOLOGICKÝ POKOJ.

Auditor:

Datum auditu:

<b>Metoda</b>	<b>Kódy kritérií</b>	<b>Kritéria pro audit a otázky pro audit</b>
<i>Kontrola prostředí</i>	S1a	<b>struktura</b> Je předoperační oddělení zařízeno pro přijetí dítěte?
	S1b	Jsou zde k dispozici hračky a knihy?
	S2	Je podle vašeho názoru ve službě dostatečný počet personálu, aby to bylo pro dítě bezpečné?
	S3	Je místo pro zotavování dětí odděleno od předoperačního oddělení?
	S4	Jsou pro rodiče k dispozici pláště, galoše, pokrývky hlavy?
<i>Dotaz u sester</i>	S2a	Je každá sestra, která pečuje o dítě na oddělení předoperační péče schopna stručně popsat nejčastější potřeby dítěte před chirurgickým výkonem?
<i>Dotaz u rodičů</i>	P1	<b>proces</b> Byl každý rodič individuálně informován, že může doprovodit své dítě na předoperační oddělení nebo anesteziologický pokoj?
	P2a	Bylo rodičům řečeno, co se od nich očekává na předoperačním oddělení/anesteziologickém pokoji?
	P2b	Může každý rodič zopakovat, která to jsou ta očekávání?
	P4a	Byly každému rodiči vysvětleny aspekty jistoty a spolehlivosti předoperačního oddělení nebo anesteziologického pokoje?
	P4b	Může každý rodič stručně popsat tyto aspekty spolehlivosti?
	V2	<b>výsledek</b> Bylo dovoleno každému rodiči, který si to přál doprovodit své dítě na předoperační oddělení nebo anesteziologický pokoj?
	V1 a V2	Při přítomnosti rodičů na předoperačním oddělení jim je dána nebo byla poskytnuta příležitost k diskusi, aby pocítili menší úzkost nebo jim byla poskytnuta pomoc jiným způsobem? Hlavní problémy o kterých rodiče mluvili...

**Příloha 4 Dotazník**

Vážená paní, vážený pane.

Jsem studentkou magisterského studia Ošetřovatelství, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, který se týká zjištění vlivu jednání sester na celkové hodnocení kvality zdravotní péče pacienty. Odpovědi budou statisticky zpracovány a zahrnuty do výzkumného šetření pro diplomovou práci.

Vyplnění tohoto dotazníku je anonymní a dobrovolné. U jednotlivých otázek zaškrtněte vždy tu variantu, která nejlépe vystihuje vaši odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci a za čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Bc. Kateřina Mařanová  
Studentka FZS Univerzity Pardubice

**Přijetí sestrou na oddělení**

**1. Jak na Vás působil první kontakt se sestrou (na příjmu, na pohotovosti, na oddělení)?**

- Výborně a profesionálně  
 Velmi dobře  
 Dobře  
 Špatně  
 Velmi špatně a neprofesionálně

**2. Jste spokojen/a s plynulostí a organizací Vašeho přijetí sestrou na oddělení?**

- Velmi spokojen/a  
 Spíše spokojen/a  
 Neumím posoudit  
 Spíše nespokojen/a  
 Velmi nespokojen/a

**3. Jste spokojen/a s informací, které Vám během přijetí podala sestra o dalším průběhu ošetrovatelské péče?**

- Velmi spokojen/a  
 Spíše spokojen/a  
 Neumím posoudit  
 Spíše nespokojen/a  
 Velmi nespokojen/a

**4. Představila se Vám každá ošetrující sestra?**

- Ano, vždy  
 Pravděpodobně ano  
 Nevím, nepamatuji se  
 Pravděpodobně ne  
 Určitě ne

**Respekt ohled a úcta sester k**

**5. Zhodnoťte Váš vztah k ošetrujícím sestram z hlediska důvěry?**

- Výborný  
 Velmi dobrý  
 Dobrý  
 Špatný  
 Velmi špatný

**6. Jste spokojen/a s respektováním Vašeho soukromí sestrou (např. při vyšetřeních, oš. výkonech atd.)**

- Velmi spokojen/a  
 Spíše spokojen/a  
 Neumím posoudit  
 Spíše nespokojen/a  
 Velmi nespokojen/a

**7. Pokud jste měl strach ze svého zdravotního stavu nebo ošetrovatelských výkonů, respektovaly to sestry?**

- Ano vždy  
 Ano většinou  
 Neměl/a jsem strach  
 Občas  
 Nikdy

**8. Jak jste spokojen/a s jednáním sester, s nimiž jste byl/a během hospitalizace v kontaktu?**

- Velmi spokojen/a  
 Spíše spokojen/a  
 Neumím posoudit  
 Spíše nespokojen/a  
 Velmi nespokojen/a

**Informace a komunikace sester s**

**9. Zhodnotte schopnost sester vcítit se do Vaší situace – empatii (s hospitalizací, nemocí)?**

- Výborná a profesionální
- Velmi dobrá
- Dobrá
- Špatná
- Velmi špatná a neprofesionální

**10. Jste spokojen/a se srozumitelností odpovědi sester na Vaše otázky týkající se zdravotního stavu, vyšetření apod.?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

**11. Jste spokojen/a s dosažitelností sester na oddělení?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

**12. Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?**

- Výborně
- velmi dobře
- Dobře
- Dostatečně
- Nedostatečně

**13. Stalo se Vám během hospitalizace, že jste dostal/a od sester protichůdné informace?**

- Nikdy
- Občas
- Nepožadoval/a jsem informace
- Většinou
- Vždy

**Tělesné pohodlí pacienta**

**14. Jak jste spokojen/a s dobou ranního buzení?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

**15. Jak jste spokojen/a s čistotou pokojů?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

**16. Jak jste spokojen/a s kvalitou podávaného jídla?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a



**17. Vyberte z následující nabídky (jednu možnost), s čím jste nejvíce spokojen/a v tomto zařízení.**

- s chováním, jednáním a komunikací sester s pacienty
- s chováním, jednáním a komunikací lékařů s pacienty
- se službami nabízenými nemocnicí (telefonování, internet, možnost zakoupit noviny, atd.)
- s množstvím a srozumitelností informací o mém zdravotním stavu a vyšetřeních od personálu
- s dosažitelností a ochotou lékařů
- s dosažitelností a ochotou sester
- s nabídkou vyšetřovacích metod a léčebných postupů
- s časovým horizontem objednacích lhůt na zákroky
- s možností zapojení pacienta do léčby
- Jiné (dopíště):  
.....  
.....  
.....

**18. Vyberte z následující nabídky (jednu možnost), s čím jste nejméně spokojen/a v tomto zařízení.**

- s chováním, jednáním a komunikací sester s pacienty
- s chováním, jednáním a komunikací lékařů s pacienty
- se službami nabízenými nemocnicí (telefonování, internet, možnost zakoupit noviny, atd.)
- s množstvím a srozumitelností informací o mém zdravotním stavu a vyšetřeních od personálu
- s dosažitelností a ochotou lékařů
- s dosažitelností a ochotou sester

- s nabídkou vyšetřovacích metod a léčebných postupů
- s časovým horizontem objednacích lhůt na zákroky
- s možností zapojení pacienta do léčby
- Jiné (dopíště):  
.....  
.....  
.....

**Citová a duchovní opora pacienta**

**19. Jste spokojen/a se zajištěním Vašich citových a duchovních potřeb ze strany sester (zajištění kontaktu s knězem, rodinou, návštěva nemocniční kaple apod.)?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

**20. Jste spokojený s postojem sester tohoto zařízení a jejich schopností povzbudit Vás a vyvolat ve Vás dobré pocity?**

- Velmi spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Neumím posoudit
- Spíše nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

**Obecné hodnocení zařízení**

**21. Jste celkově spokojen/a s kvalitou péče, která Vám byla poskytnuta v tomto zařízení?**

- Velmi spokojen/a  
 Spíše spokojen/a  
 Neumím posoudit  
 Spíše nespokojen/a  
 Velmi nespokojen/a

**22. Doporučil byste na základě zkušeností s jednáním sester toto zařízení rodině a známým?**

- Ano, určitě  
 Pravděpodobně ano  
 Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom  
 Pravděpodobně ne  
 Určitě ne

**Socio - demografické charakteristiky**

**S1. Vaše pohlaví?**

- Muž  
 Žena

**S2. Jaký je váš věk?**

**Do 30 let**

- 31-40 let  
 41-50 let  
 51-60 let  
 61-70 let  
 71 a více let

**S3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní bez vyučení  
 Středoškolské bez maturity  
 Středoškolské s maturitou  
 Vysokoškolské

**Další připomínky**

**Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další komínky k Vašemu pobytu v tomto zařízení, napište je prosím do následujícího rámečku, děkuji.**

Děkuji za Vaš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Zdroj: vlastní

**Příloha 5: Tabulky četností ostatních dotazníkových položek**

Relativní četnost v tabulkách byla zaokrouhlena na celá čísla. Očíslování tabulek neodpovídá pořadí otázek v dotazníku.

**Dimenze - přijetí sestry na oddělení**

**Otázka číslo 1: Jak na Vás působil první kontakt se sestrou (na příjmu, na pohotovosti, na oddělení)?**

**Tab. 21 Četnosti odpovědí na otázku číslo 1 – klienti/pacienti akreditované zařízení**

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Výborně a profesionálně</b>	18	0,53	53
<b>Velmi dobře</b>	9	0,26	26
<b>Dobře</b>	6	0,18	18
<b>Špatně</b>	0	0,00	0
<b>Velmi špatně a neprofesionálně</b>	1	0,03	3
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 18, položka výborně a profesionálně

Na otázku, jak na respondenty zapůsobil první kontakt sestrou (na oddělení, v ambulanci, na příjmu) 18 (53 %) respondentů zvolilo možnost výborně a profesionálně, Velmi dobře zapůsobil první kontakt se sestrou na 9 (26 %) respondentů. 6 (18 %) respondentů hodnotilo první kontakt se sestrou jako dobrý. Velmi špatně a neprofesionálně zapůsobil první kontakt se sestrou na 1 (3 %) respondenta a variantu špatně nezvolil nikdo.

**Tab. 22 Četnosti odpovědí na otázku číslo 1 – klienti/pacienti neakreditované zařízení**

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Výborně a profesionálně</b>	8	0,24	24
<b>Velmi dobře</b>	10	0,29	29
<b>Dobře</b>	13	0,38	38
<b>Špatně</b>	1	0,03	3
<b>Velmi špatně a neprofesionálně</b>	2	0,06	6
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 13, položka dobře

Na tutéž otázku v neakreditovaném zařízení si vybralo z nabízených odpovědí 8 (24 %) možnost výborně a profesionálně, 10 (29 %) možnost velmi dobře. Variantu dobře zvolilo nejvíce respondentů, 13 (38 %). 1 (3 %) respondent volil odpověď špatně a na 2 (6 %) respondenty zapůsobil první kontakt se sestrou neakreditovaného zařízení velmi špatně a neprofesionálně.

**Otázka číslo 2: Jste spokojen/a s plynulostí a organizací Vašeho přijetí sestrou na oddělení?**

Tab. 23 Četnosti odpovědí na otázku 2 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	16	0,47	47
<b>Spíše spokojen/a</b>	13	0,38	38
<b>Neumím posoudit</b>	4	0,12	12
<b>Spíše nespokojen/a</b>	1	0,03	3
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 16, položka velmi spokojen/a

Tabulka 10 popisuje četnosti odpovědí na otázku, jak jsou respondenti spokojeni s plynulostí a organizací příjmu sestrou na oddělení. Nejvíce označovaná odpověď byla - velmi spokojen/a 16 (47 %). Dále 13 (38 %) respondentů uvedlo, že bylo spíše spokojeno, 4 (12 %) zvolilo variantu, neumím posoudit, nespokojen byl pouze 1 (3 %) a variantu velmi nespokojen nevolil ani jeden z dotazovaných.

Tab. 24 Četnosti odpovědí na otázku 2 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	10	0,29	29
<b>Spíše spokojen/a</b>	16	0,47	47
<b>Neumím posoudit</b>	5	0,15	15
<b>Spíše nespokojen/a</b>	3	0,09	9
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 16, položka spíše spokojen/a

Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných byly odpovědi v následujících četnostech. Velmi spokojen/a 10 (29 %), spíše spokojen/a 16 (47 %), neumím posoudit 5 (15 %), spíše nespokojen/a 3 (9 %), varianta velmi nespokojen/a nebyla zvolena ani jedním z respondentů.

**Otázka číslo 3: Jste spokojen/a s informacemi, které Vám během přijetí podala sestra o dalším průběhu ošetrovatelské péče?**

Tab. 25 Četnosti odpovědí na otázku 3 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	15	0,44	44
Spíše spokojen/a	10	0,29	29
Neumím posoudit	6	0,18	18
Spíše nespokojen/a	2	0,06	6
Velmi nespokojen/a	1	0,03	3
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 15, položka velmi spokojen/a

Na otázku zjištěná, zda jsou respondenti spokojeni s informacemi od sestry podaných při přijetí, volili respondenti varianty následovně. Dle tabulkové hodnoty je patrné, že 15 (44 %) respondentů bylo velmi spokojeno s informacemi od sester podanými během přijetí, jednalo se o nejčastěji volenou variantu. 10 (29 %) dotazovaných uvedlo, že jsou spíše spokojeni s informacemi od sester podaných během při přijetí. 6 (18 %) respondentů uvedlo variantu, neumím posoudit, variantu spíše nespokojen/a zvolili 2 respondenti (6 %) a velmi nespokojen byl v tomto případě pouze 1 (3 %) respondent.

Tab. 26 Četnosti odpovědí na otázku 3 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	17	0,50	50
<b>Spíše spokojen/a</b>	14	0,41	41
<b>Neumím posoudit</b>	3	0,09	9
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 17, položka velmi spokojen/a

Otázka hodnotila míru spokojenosti respondentů s informacemi podanými sestrou během přijetí. Odpovědi byly voleny respondenty v následujících četnostech. Velmi spokojen/a 17 (50 %), tj. nejčastěji volená varianta. 14 (41 %) respondentů volilo variantu spíše spokojen/a. 3 (9 %) respondenti volili neutrální odpověď, neumím posoudit. Variantu odpovědí spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nebyla označena žádným s respondentů.

#### Otázka číslo 4: Představila se Vám každá ošetřující sestra

Tab. 27 Četnosti odpovědí na otázku 4 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Ano, vždy</b>	11	0,32	32
<b>Pravděpodobně ano</b>	5	0,15	15
<b>Nevím, nepamatuji se</b>	7	0,21	21
<b>Pravděpodobně ne</b>	4	0,12	12
<b>Určitě ne</b>	7	0,21	21
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 11, položka ano vždy

11 (32 %) respondentů uvedlo, že se sestra vždy představila, 5 (15 %) respondentů uvedlo variantu pravděpodobně ano, 7 (21 %) respondentů si nepamatovalo, zda se sestra představila, stejný počet respondentů 7 (21 %), volilo možnost, že se jim sestra určitě nepředstavila. 4 (12 %) uvedlo, že se jim sestra pravděpodobně nepředstavila.

Tab. 28 Četnosti odpovědí na otázku 4 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Ano, vždy	14	0,41	41
Pravděpodobně ano	1	0,03	3
Nevím, nepamatuji se	3	0,09	9
Pravděpodobně ne	4	0,12	12
Určitě ne	12	0,35	35
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 14, varianta odpovědi ano vždy

Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů neakreditovaného zařízení, uvedlo 14 (41 %), že se jim sestra vždy představila, variantu určitě ne označilo 12 (35 %) respondentů. Sestra se podle odpovědi pravděpodobně představila 1 (3 %) respondentovi. Variantu nevím, nepamatuji se – zvolili 3 (8, 82 %) respondenti a variantu určitě ne si vybrali 4 (12 %) respondenti.

### **Dimenze – respekt, ohled a úcta sester k pacientovi**

**Otázka číslo 5: Zhodnoťte Váš vztah k ošetřujícím sestřám z hlediska důvěry?**

Tab. 29 Četnosti odpovědí na otázku 5 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Výborný	15	0,44	44
Velmi dobrý	15	0,44	44
Dobrý	4	0,12	12
Špatný	0	0,00	0
Velmi špatný	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 15, varianta odpovědi výborný a velmi dobrý

Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných hodnotilo vztah k sestřám s hlediska důvěry jako výborný 15 (44,12 %) respondentu a stejný počet respondentů volilo variantu velmi dobrý. 4 (11,76 %) respondentů vztah k sestřám hodnotilo jako dobrý. Varianta špatný a velmi špatný neuvedl žádný z dotazovaných.

Tab. 30 Četnosti odpovědí na otázku 5 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Výborný	14	0,41	41
Velmi dobrý	1	0,03	3
Dobrý	3	0,09	9
Špatný	4	0,12	12
Velmi špatný	12	0,35	35
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost, 14 varianta odpovědi výborný

Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných hodnotilo vztah k sestřím s hlediska důvěry jako výborný 14 (41 %) respondentů. 1 (3 %) z respondentů volil variantu velmi dobrý. 3 (9 %) respondentů vztah k sestřím hodnotilo jako dobrý. Variantu špatný označili v dotazníku 4 (12 %) a velmi špatný vztah v neakreditovaném zařízení uvedlo 12 (35 %) dotazovaných.

**Otázka číslo 6: Jste spokojen/na s respektováním Vašeho soukromí sestrou (např. při vyšetřeních, oš. výkonech atd.?)**

Tab. 31 Četnosti odpovědí na otázku 6 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	21	0,62	62
Spíše spokojen/a	8	0,24	24
Neumím posoudit	5	0,15	15
Spíše nespokojen/a	0	0,00	0
Velmi nespokojen/a	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 21, varianta odpovědi velmi spokojen/a

Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů uvedlo, že je velmi spokojeno s respektováním soukromí ze strany sester při vyšetřeních a ošetrovatelské péči. 8 (23,53 %) respondentů uvedlo, že jsou spíše spokojeni. Variantu neumím posoudit, zvolilo 5 respondentů (14,71 %), možnosti spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a ne zvolil žádný z dotazovaných.



Tab. 32 Četnosti odpovědí na otázku 6 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	21	0,62	62
<b>Spíše spokojen/a</b>	11	0,32	32
<b>Neumím posoudit</b>	0	0,00	0
<b>Spíše nespokojen/a</b>	2	0,06	6
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 21, varianta odpovědi velmi spokojen/a

Na stejnou otázku v neakreditovaném zařízení odpovídali respondenti následovně. Velmi spokojeno bylo 21 (62 %), spíše spokojeno bylo 11 (32 %) respondentů. Variantu spíše nespokojen/a s respektováním soukromí ze strany sester využili 2 (6 %) respondenti. Varianta odpovědi neumím posoudit a varianta velmi nespokojen/a nebyla označena žádným z respondentů.

**Otázka číslo 7: Pokud jste měl strach za svého zdravotního stavu nebo ošetřovatelských výkonů, respektovaly to sestry?**

Tab. 33 Četnosti odpovědí na otázku 7 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Ano vždy</b>	14	0,41	41
<b>Ano většinou</b>	4	0,12	12
<b>Neměl/a jsem strach</b>	15	0,44	44
<b>Občas</b>	1	0,03	3
<b>Nikdy</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 15, varianta odpovědi neměl/a jsem strach

Otázka 6 hodnotila, jestli zda sestry respektují strach pacientů/klientů. 15 (44 %) respondentů nemělo strach. 14 (41 %) dotazovaných uvedlo, že sestry vždy respektovali strach klientů/pacientů. Variantu odpovědi ano většinou označili 4 (12 %) respondentů a občasný

respekt sester uvedl 1 (3 %) respondent. Možnost označit, že nikdy sestra nerespektovala strach z vyšetření a ošetrovatelských výkonů nevyužil žádný z respondentů.

Tab. 34 Četnosti odpovědí na otázku 7 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Ano vždy	11	0,32	32
Ano většinou	9	0,26	26
Neměl/a jsem strach	12	0,35	35
Občas	2	0,06	6
Nikdy	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 12, varianta odpovědi neměl/a jsem strach

Variantu odpovědi neměl/a jsem strach zvolilo v neakreditovaném zařízení také nejvíce dotazovaných 12 (35 %) stejně, jako v zařízení akreditovaném. 11 (32 %) dotazovaných označilo možnost ano většinou 9 (26 %) dotazovaných uvedlo možnost, že sestry většinou respektovaly strach klienta/pacienta. Variantu občas zvolili 2 (6 %) respondenti. Možnost, že by sestry nikdy nerespektovaly strach pacientů/klientů neuvedl žádný z dotazovaných.

**Otázka číslo 8: Jak jste spokojen/a s jednáním sester, s nimiž jste byl/a během hospitalizace v kontaktu?**

Tab. 35 Četnosti odpovědí na otázku 8 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	21	0,62	62
Spíše spokojen/a	12	0,35	35
Neumím posoudit	1	0,03	3
Spíše nespokojen/a	0	0,00	0
Velmi nespokojen/a	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 21, varianta odpovědi velmi spokojen/a

V akreditovaném zařízení bylo z celkového počtu 34 (100 %) respondentů velmi spokojeno s jednáním sester 21 (62 %) respondentů a 12 (35 %) bylo spíše spokojeno. 1 (3 %) respondentů uvedlo možnost neumím posoudit.

z respondentů uvedl možnost, neumím posoudit. Možnosti spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevyužil žádný s respondentů.

Tab. 36 Četnosti odpovědí na otázku 8 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	19	0,56	56
<b>Spíše spokojen/a</b>	12	0,35	35
<b>Neumím posoudit</b>	2	0,06	6
<b>Spíše nespokojen/a</b>	1	0,03	3
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 19, varianta odpovědi velmi spokojen

V neakreditovaném zařízení bylo z celkového počtu 34 (100 %) respondentů velmi spokojeno s jednáním sester 19 (56 %) respondentů a 12 (35 %) bylo spíše spokojeno. 2 (6 %) respondenti uvedli variantu odpovědi, neumím posoudit. Označení možnosti spíše nespokojen/a využil 1 (3 %) z dotazovaných a možnost velmi nespokojen/a nevyužil žádný s respondentů.

### Dimenze – informace a komunikace sester s pacientem

**Otázka číslo 9: Zhodnoťte schopnost sester vcítit se do Vaší situace – empatii (s hospitalizací, nemocí)?**

Tab. 37 Četnosti odpovědí na otázku 9 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Výborná a profesionální</b>	19	0,56	56
<b>Velmi dobrá</b>	11	0,32	32
<b>Dobrá</b>	4	0,12	12
<b>Špatná</b>	0	0,00	0
<b>Velmi špatná a neprofesionální</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 19, varianta odpovědi výborná a profesionální

V otázce 9 hodnotili respondenti schopnost empatie sester. V akreditovaném zařízení byly respondenty odpovědi zvoleny následovně. Možnost výborně a profesionálně si vybralo 19 (56 %) z 34 (100 %) dotazovaných. Schopnost empatie jako velmi dobrou označilo 11 (32 %) dotazovaných. Variantu pro zhodnocení schopnosti empatie jako dobrou zvolili 4 (12 %) respondenti a možnost Špatná a velmi špatná neoznačil ani jeden z dotazovaných.

Tab. 38 Četnosti odpovědí na otázku 9 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Výborná a profesionální</b>	14	0,41	41
<b>Velmi dobrá</b>	8	0,24	24
<b>Dobrá</b>	11	0,32	32
<b>Špatná</b>	1	0,03	3
<b>Velmi špatná a neprofesionální</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 14, varianta odpovědi výborná a profesionální

Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných v neakreditovaném zařízení si 14 (41 %) myslí, že schopnost empatie sester je výborná a profesionální a 8 (24 %) dotazovaných si myslí, že je velmi dobrá. 11 (32 %) zvolilo možnost, že empatie sester v neakreditovaném zařízení je dobrá. Možnost špatná byla zvolena pouze v 1 (3 %) případě, variantu velmi špatně a neprofesionálně nevyužil žádný z dotazovaných.

**Otázka číslo 10: Jste spokojen/a se srozumitelností odpovědí sester na Vaše otázky týkající se zdravotního stavu, vyšetření apod.?**

Tab. 39 Četnosti odpovědí na otázku 10 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	22	0,65	65
<b>Spíše spokojen/a</b>	10	0,29	29
<b>Neumím posoudit</b>	1	0,03	3
<b>Spíše nespokojen/a</b>	1	0,03	3
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 22, varianta odpovědi Velmi spokojen/a

22 (65 %) dotazovaných označilo v otázce zjišťující spokojenost klientů/pacientů se srozumitelností odpovědí na otázky týkající se zdravotního stavu, vyšetření apod. variantu odpovědi velmi spokojen/a, 10 (29 %) označilo možnost spíše spokojen/a. Odpovědi neumím posoudit a spíše nespokojen/a označil vždy 1 (3 %) respondent, možnost velmi nespokojen/a nevyužil nikdo.

**Tab. 40** Četnosti odpovědí na otázku 10 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	20	0,59	59
<b>Spíše spokojen/a</b>	11	0,32	32
<b>Neumím posoudit</b>	3	0,09	9
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 20, varianta odpovědi velmi spokojen/a

20 (59 %) dotazovaných označilo v otázce zjišťující spokojenost klientů/pacientů se srozumitelností odpovědí na otázky týkající se zdravotního stavu, vyšetření apod. variantu odpovědi velmi spokojen/a, 11 (32 %) označilo možnost spíše spokojen/a. Odpověď neumím posoudit, využili 3 (9 %) respondenti, možnost vybrat z variant odpovědí spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevyužil žádný z dotazovaných.

**Otázka číslo 11: Jste spokojen/a s dosažitelností sester na oddělení?**

**Tab. 41** Četnosti na otázku 11 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	25	0,74	74
<b>Spíše spokojen/a</b>	5	0,15	15
<b>Neumím posoudit</b>	4	0,12	12
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 25, varianta odpovědi, velmi spokojen/a

Otázka 11 zjišťovala spokojenost respondentů z dosažitelností sester na oddělení. 25 (74 %) dotazovaných je velmi spokojeno s dosažitelností sester na oddělení a 5 (15 %) respondentů je spíše spokojeno. 4 (12 %) respondenti volili variantu odpovědi, neumím posoudit. Možnost spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevolil žádný z dotazovaných.

**Tab. 42** Četnosti odpovědí na otázku 11 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	25	0,74	74
<b>Spíše spokojen/a</b>	6	0,18	18
<b>Neumím posoudit</b>	1	0,03	3
<b>Spíše nespokojen/a</b>	2	0,06	6
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 25, velmi spokojen/a

Z celkového počtu respondentů 34 (100 %) byly varianty odpovědí zastoupeny následovně. Dle uvedené tabulky je patrné, že 25 (74 %) dotazovaných označilo variantu odpovědi velmi spokojen/a. 6 (18 %) respondentů uvedlo, možnost spíše spokojen/a. A 1 (3 %) dotazovaných uvedlo možnost, neumím posoudit, 2 (5,88 %) respondenti zvolili možnost spíše

nespokojen/a. Poslední nabízenou variantu velmi nespokojen/a neoznačil žádný z respondentů.

### Otázka číslo 12: Byl/a jste seznámen/a s právy pacientů?

Tab. 43 Četnosti odpovědí na otázku 12 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Výborně	16	0,47	47
Velmi dobře	6	0,18	18
Dobře	9	0,26	26
Dostatečně	2	0,06	6
Nedostatečně	1	0,03	3
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 16, varianta odpovědi výborně

Otázka č. 12 hodnotila, jak byli dotazovaní seznámeni s právy pacientů. Z celkového počtu 34 (100 %) respondentů byly odpovědi na předloženou otázku zastoupeny následovně. Z uvedené tabulky vyplývá, že variantu výborně označilo 16 (47 %) dotazovaných. Seznámení s právy pacientů, jako velmi dobré označilo 6 (18 %) respondentů 9 (26 %) jako dobrou. 2 (6 %) respondentů zvolilo možnost dostatečně. Poslední z nabízených možností – nedostatečně označil 1 (3 %) respondent.

Tab. 44 Četnosti odpovědí na otázku 12 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Výborně	15	0,44	44
Velmi dobře	7	0,21	21
Dobře	7	0,21	21
Dostatečně	4	0,12	12
Nedostatečně	1	0,03	3
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 15, varianta odpovědi výborně

V neakreditovaném zařízení byly na stejnou otázku voleny varianty odpovědí následovně. Nejvyšší četnost je patrná u varianty odpovědi výborně 15 (44 %), nejmenší četnost pak

u varianty nedostatečně 1 (3 %). Varianta velmi dobře byla zvolena v 7 (21 %) odpovědí a stejně tak i varianta dobře. Jako variantu dostatečné seznámení s právy pacientů označili 4 (12 %), nedostatečně pak 1 (3 %) respondent.

**Otázka číslo 13: Stalo se Vám během hospitalizace, že jste dostal/a od sester protichůdné informace?**

Tab. 45 Četnosti odpovědí na otázku 13 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Nikdy	26	0,76	76
Občas	3	0,09	9
Nepožadoval/a jsem informace	5	0,15	15
Většinou	0	0,00	0
Vždy	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 26, varianta odpovědi nikdy

Z následující tabulky četností vyplývá, že 26 (76 %) dotazovaných z celkového počtu 34 (100 %) označilo, že se nikdy nesešlo s tím, že by jim sestra podala protichůdné informace. 3 (9 %) se t tímto problémem setkala občas, 5 (15 %) respondentů po sestrách nepožadovalo informace. Varianta většinou a vždy nebyla využita.

Tab. 46 Četnosti odpovědí na otázku 13 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Nikdy	26	0,76	76
Občas	3	0,09	9
Nepožadoval/a jsem informace	5	0,15	15
Většinou	0	0,00	0
Vždy	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 26, varianta odpovědi nikdy



Varianty odpovědí v neakreditovaném zařízení byly zvoleny respondenty zcela shodně jako v akreditovaném zařízení.

### **Dimenze - tělesné pohodlí pacienta**

#### **Otázka číslo 14: Jak jste spokojen/a s dobou ranního buzení?**

Tab. 47 Četnosti odpovědí na otázku 14 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	9	0,26	26
<b>Spíše spokojen/a</b>	7	0,21	21
<b>Neumím posoudit</b>	13	0,38	38
<b>Spíše nespokojen/a</b>	3	0,09	9
<b>Velmi nespokojen/a</b>	2	0,06	6
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 13, varianta odpovědi ani spokojen/nespokojen

Otázka hodnotila spokojenost respondentů s dobou ranního buzení. Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných byly odpovědi na položenou otázku označovány respondenty následovně. Varianta velmi spokojen/a byla zvolena v 9 (26 %) odpovědí, 7 (21 %) zvolilo možnost spíše spokojen/a. Největší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti ani spokojen/nespokojen 13 (38 %), nejmenší četnost byla naopak zaznamenána u možnosti velmi nespokojen/a 2 (6 %) a varianta nespokojen/a byla zvolena 3 (9 %) respondenty.

Tab. 48 Četnosti odpovědí na otázku 14 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	5	0,15	14
<b>Spíše spokojen/a</b>	25	0,74	74
<b>Neumím posoudit</b>	1	0,03	3
<b>Spíše nespokojen/a</b>	3	0,09	9
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 25, varianta odpovědi spíše spokojen/a

Otázka hodnotila spokojenost respondentů s dobou ranního buzení v neakreditovaném zařízení. Z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných byly odpovědi na položenou otázku označovány respondenty následovně. Varianta neumím posoudit, byla zvolena v 1 (3 %) případech, 3 respondenti (9 %) zvolili možnost spíše nespokojen/a. Největší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti spíše spokojen/a 25 (74 %), nejmenší četnost 0 byla naopak zaznamenána u možnosti velmi nespokojen/a.

**Otázka číslo 15: Jak jste spokojen/a s čistotou pokojů?**

Tab. 49 Četnosti odpovědí na otázku 15 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	28	0,82	82
<b>Spíše spokojen/a</b>	5	0,15	15
<b>Neumím posoudit</b>	1	0,03	3
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 28, varianta odpovědi velmi spokojen

28 (82 %) dotazovaných označilo v otázce zjišťující spokojenost klientů/pacientů s čistotou pokojů varianty odpovědi takto, velmi spokojen/a, 5 (15 %) označilo možnost spíše spokojen/a. Odpověď neumím posoudit 1 (3 %) respondent, možnost vybrat z odpovědí variantu spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevyužil nikdo.

Tab. 50 Četnosti odpovědí na otázku 15 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	14	0,41	41
<b>Spíše spokojen/a</b>	19	0,56	56
<b>Neumím posoudit</b>	0	0,00	0
<b>Spíše nespokojen/a</b>	1	0,03	3
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 19, varianta odpovědi spíše spokojen/a

V neakreditovaném zařízení byly na shodnou otázku voleny odpovědi následovně. Variantu velmi spokojen/a zvolilo 14 (41 %) a spíše spokojen/a 19 (56 %) respondentů. Spíše nespokojen/a s čistotou sprch byl 1 (23 %) respondent. Možnost neumím posoudit a velmi nespokojen/a nezvolil žádný z respondentů.

#### Otázka číslo 16: Jak jste spokojen/a s kvalitou jídla?

Tab. 51 Četnosti odpovědí na otázku 16 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	15	0,44	44
Spíše spokojen/a	11	0,32	32
Neumím posoudit	5	0,15	15
Spíše nespokojen/a	3	0,09	9
Velmi nespokojen/a	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 15, varianta odpovědi velmi spokojen/a

V akreditovaném zařízení bylo podle odpovědí respondentů velmi spokojeno 15 (44 %), druhá nejvyšší četnost je patrná u odpovědi spíše spokojen/a, 11 (32 %) respondentů. Neutrálně použitím varianty neumím posoudit, odpovědělo 5 (15 %) respondentů. S podávanou stravou v akreditovaném zařízení byli spíše nespokojeni 3 (9 %) respondenti. Velmi nespokojen/a nebyl žádný z respondentů.

Tab. 52 Četnosti odpovědí na otázku 16 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	8	0,24	24
Spíše spokojen/a	21	0,62	62
Neumím posoudit	0	0,00	0
Spíše nespokojen/a	5	0,15	15
Velmi nespokojen/a	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 21, varianta odpovědi spíše spokojen/a

V neakreditovaném zařízení byla nevyšší četnost u odpovědi spíše spokojen/a 21 (62 %), Velmi spokojeno s kvalitou bylo 8 (24 %) respondentů a 5 (15 %) označilo variantu spíše nespokojen/a. Možnosti neumím posoudit a velmi nespokojen/a neoznačil žádný z dotazovaných.

### **Dimenze – citová a duchovní opora pacienta**

**Otázka číslo 19: Jste spokojen/a se zajištěním Vašich citových a duchovních potřeb ze strany sester (zajištění kontaktu s knězem, rodinou, návštěva nemocniční kaple apod.)?**

Tab. 53 Četnosti odpovědí na otázku 19 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	24	0,71	71
Spíše spokojen/a	4	0,12	12
Neumím posoudit	4	0,12	12
Spíše nespokojen/a	1	0,03	3
Velmi nespokojen/a	1	0,03	3
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 24, varianta odpovědi velmi spokojen/a

V otázce 19 hodnotili dotazovaní spokojenost se zajištěním duchovních potřeb ze strany sester. Z tabulky je zřejmé, že velmi spokojeno v této oblasti bylo 24 (71 %) respondentů. Variantu spíše spokojen/a a variantu neumím posoudit, označili shodně 4 (12 %) respondenti. Odpověď spíše nespokojen/a zvolil 1 (3 %) dotazovaný a velmi nespokojen/a zvolil také 1 (2,94 %) dotazovaný.

Tab. 54 Četnosti odpovědí na otázku 19 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	20	0,59	59
<b>Spíše spokojen/a</b>	12	0,35	35
<b>Neumím posoudit</b>	2	0,06	6
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 20, varianta odpovědi velmi spokojen

Zajištění duchovních potřeb v neakreditovaném zařízení bylo hodnoceno respondenty následovně. Velmi spokojeno bylo 20 (59 %) respondentů, 12 (35 %) bylo spíše spokojeno a možnost neumím posoudit, zvolili 2 (6 %) respondenti. Poslední nabízenou možnost velmi nespokojen/a nevyužil žádný z dotazovaných.

**Otázka číslo 20: Jste spokojený s postojem sester tohoto zařízení a jejich schopností povzbudit Vás a vyvolat ve Vás dobré pocity?**

Tab. 55 Četnosti odpovědí na otázku 20 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	22	0,65	65
<b>Spíše spokojen/a</b>	8	0,24	24
<b>Neumím posoudit</b>	4	0,12	12
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 22, varianta odpovědi velmi spokojen

Se schopností sester vyvolat v klientovi/pacientovi dobré pocity a povzbudit bylo velmi spokojeno 22 (65 %) respondentů, spíše spokojeno bylo 8 (24 %). Možnost neumím posoudit, označili 4 (12 %) dotazovaní. Varianty odpovědí spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevyužil žádný z respondentů.

Tab. 56 Četnosti odpovědí na otázku 20 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	16	0,47	47
Spíše spokojen/a	13	0,38	38
Neumím posoudit	5	0,15	15
Spíše nespokojen/a	0	0,00	0
Velmi nespokojen/a	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 16, varianta odpovědi velmi spokojen

Se schopností sester v neakreditovaném zařízení vyvolat v klientovi/pacientovi dobré pocity a povzbudit bylo velmi spokojeno 16 (47 %) respondentů, spíše spokojeno bylo 13 (38 %). Možnost neumím posoudit, označilo 5 (15 %) dotazovaných. Varianty odpovědí spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevyužil žádný z respondentů, stejně jako v akreditovaném zařízení.

**Otázka číslo 21: Jste celkově spokojen/a s kvalitou péče, která Vám byla poskytnuta v tomto zařízení?**

Tab. 57 Četnosti odpovědí na otázku 21 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Velmi spokojen/a	24	0,71	71
Spíše spokojen/a	10	0,29	29
Neumím posoudit	0	0,00	0
Spíše nespokojen/a	0	0,00	0
Velmi nespokojen/a	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	<b>34</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>

**Modus:** četnost 24, varianta odpovědi velmi spokojen/a

S celkovou kvalitou péče poskytovanou sestrami v akreditovaném zařízení bylo velmi spokojeno 24 (71 %) z celkového počtu 34 (100 %) a spíše spokojeno bylo 10 (29 %). Dále nabízené varianty neumím posoudit, spíše nespokojen/a, velmi nespokojen/a nebyly označeny žádným z dotazovaných.

Tab. 58 Četnosti odpovědí na otázku 21 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Velmi spokojen/a</b>	12	0,35	35
<b>Spíše spokojen/a</b>	20	0,59	59
<b>Neumím posoudit</b>	2	0,06	6
<b>Spíše nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Velmi nespokojen/a</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 20, varianta odpovědi spíše spokojen

V neakreditovaném zařízení byla celková spokojenost s péčí sester hodnocena následovně. Z uvedené tabulky vyplývá, že velmi spokojeno s péčí sester bylo o polovinu méně než v akreditovaném zařízení, tedy 12 (35 %) z celkového počtu 34 (100 %) dotazovaných. Spíše spokojeno bylo 20 (59 %) dotazovaných, možnost neumím posoudit, si vybrali 2 (6 %) respondenti. Varianty spíše nespokojen/a a velmi nespokojen/a nevyužil žádný z dotazovaných.

**Otázka číslo 22: Doporučil/a byste na základě zkušeností toto zařízení rodině a známým?**

Tab. 59 Četnosti odpovědí na otázku 22 – klienti/pacienti akreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
<b>Ano, určitě</b>	17	0,50	50
<b>Pravděpodobně ano</b>	11	0,32	32
<b>Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom</b>	2	0,06	6
<b>Pravděpodobně ne</b>	4	0,12	12
<b>Určitě ne</b>	0	0,00	0
<b>Celkem</b>	34	1,00	100

**Modus:** četnost 17 (50 %), varianta odpovědi, ano určitě

Akreditované zařízení by určitě doporučilo 17 (50 %) z celného počtu 34 (100 %) respondentů, možnost pravděpodobně ano zvolilo 11 (32 %) dotazovaných. O možnosti doporučení zařízení rodině nepřemýšleli 2 (6 %) respondenti. Zařízení by pravděpodobně

nedoporučili 4 (12 %) dotazovaní. Varianta určitě ne nebyla shodně, jako v neakreditovaném zařízení zvolena žádným dotazovaným.

Tab. 60 Četnosti odpovědí na otázku 22 – klienti/pacienti neakreditované zařízení

Odpověď	Absol. četnosti	Rel. četnosti	Rel. četnosti v %
Ano, určitě	11	0,32	32
Pravděpodobně ano	12	0,35	35
Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom	5	0,15	15
Pravděpodobně ne	6	0,18	18
Určitě ne	0	0,00	0
Celkem	34	1,00	100

**Modus:** četnost 12, varianta odpovědi pravděpodobně ano

Z následující tabulky vyplývá, že 12 (35 %) by pravděpodobně doporučilo neakreditované zařízení své rodině a známým, 11 (32 %) respondentů by toto zařízení doporučilo určitě. 5 (15 %) dotazovaných o takové věci nepřemýšlí. S pravděpodobností, že by toto zařízení nedoporučilo rodině a známým se ztotožnilo 6 (18 %) respondentů. Varianta určitě ne nebyla v tomto případě využita žádným z respondentů.

***Další připomínky:***

respondent 83: dodává, že "ve srovnání po předchozích zkušenostech je péče nyní daleko lepší"

respondent 16: "nechtěli mi přijmout maminku, když jí bylo zle"

respondent 20: "uvítala bych lepší bezbariérový přístup na pokojích"

respondent 28: "vždy záleží na jednotlivé sestře - přístup bývá odlišný. Komunikace ze strany lékařů velmi vážne."

respondent 52: "jsem nespokojen s chováním RZP"



## Seznam obrázků

Obr. 1 Histogram: otázka 21 .....	64
-----------------------------------	----