

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality poskytované péče a následných opatření v porodnicích  
Pardubického kraje  
Bc. Lucie Posavádová

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Posavádová**  
Osobní číslo: **Z12225**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Hodnocení kvality poskytované péče a následných opatření  
v porodnicích Pardubického kraje**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GLADKIJ, Ivan a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-722-6996-8.
2. MADAR, Jiří a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
3. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
4. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
5. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Markéta Moravcová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce:

16. června 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

22. srpna 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. července 2014

**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 se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o 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 jinému 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 22.8.2014

Bc. Lucie Posavádová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce, Mgr. Markétě Moravcové, za cenné rady, podporu a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Janě Holé, Ph.D., coby vedoucí Projektu Kvalita, za rady a připomínky při řešení a statistickém zpracování výzkumného šetření. Také děkuji kamarádce Mgr. Kateřině Gabrielové za spolupráci při řešení projektu. Poděkování patří i mé rodině za podporu během celého studia.

## **ANOTACE**

Diplomová práce je věnována kvalitě poskytované zdravotní péče. Oblasti, které se týkají kvality a jejího hodnocení, managementu zdravotnictví, řízení rizik a hodnocení péče o rodičku, jsou obsaženy v teoretické části práce. Výzkumná část diplomové práce popisuje kvantitativní longitudinální studii, která se realizuje formou anonymního dotazníkového šetření a výsledky této studie. Součástí práce je také doporučení pro další průběh výzkumu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Hodnocení, Kvalita, Nemocnice, Péče, Porodnice

## **TITLE**

The Quality Evaluation Of Provided Care And Following Measures In The Maternity Hospitals Of The Pardubice Region

## **ANNOTATION**

The master thesis has been focused on the quality of provided health care. The areas concerning quality and its evaluation, management of public health, management of risks and quality evaluation of maternity care are included in the theoretical part. The research part of master thesis describes quantitative longitudinal study, which takes the form of an anonymous questionnaire and the results of this study. Some recommendations are also mentioned in the conclusion of this thesis.

## **KEYWORDS**

Evaluation, Quality, Hospital, Care, Maternity hospital

## **OBSAH**

ÚVOD .....	14
CÍL PRÁCE .....	15
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	16
1    Systém kvality ve zdravotnictví.....	16
1.1    Pojmy související s problematikou kvality zdravotní péče .....	16
1.2    Systémové charakteristiky ve zdravotnictví .....	17
1.2.1    Základní prvky soustavy zdravotnictví .....	17
1.3    Hodnocení kvality ve zdravotnictví.....	18
1.3.1    Standardy zdravotní péče .....	18
1.3.2    Indikátory zdravotní péče.....	19
2    Management ve zdravotnictví.....	20
2.1    Historie a teorie managementu .....	20
2.2    Manažeři a vlivy prostředí.....	21
2.3    Manažeři ošetrovatelské péče.....	22
2.4    Kvalita ve zdravotnictví .....	23
2.5    Základní pojmy a řízení kvality zdravotnických služeb.....	24
2.6    Systémy řízení a zajišťování kvality .....	25
2.6.1    Joint Commision on Accrediation of Healthcare Organizations (JCAHO) ....	25
2.6.2    Spojená akreditační komise (SAK).....	26
2.6.3    ISO .....	27
2.6.4    Total Quality Management (TQM).....	27
2.6.5    European Foundation for Quality Management (EFQM).....	27
3    Řízení rizik ve zdravotnictví.....	28
3.1    Řízení rizik z hlediska kontinuálního zvyšování kvality.....	28
3.2    Program řízení kvality a bezpečnosti péče .....	28

3.3	Manažer rizik.....	30
3.4	Prevence rizik a JCAHO .....	31
3.5	Řízení rizik a SAK ČR .....	31
3.6	Prevence rizik a ISO 9001:2000.....	32
3.7	Řízení rizik z pohledu ošetrovatelského personálu .....	32
3.8	Důležité faktory pro úspěšné řízení kvality a rizik.....	33
3.8.1	Osobní odpovědnost.....	33
3.8.2	Benchmarking .....	34
3.8.3	Podpora vrcholového managementu .....	34
3.8.4	Bezpečnostní kultura .....	35
4	HODNOCENÍ KVALITY PÉČE O RODIČKU .....	37
4.1	Příjem rodičky na porodní sál.....	38
4.2	Péče v průběhu porodu .....	38
4.2.1	První doba porodní.....	38
4.2.2	Epidurální analgezie.....	39
4.2.3	Druhá doba porodní.....	39
4.2.4	Třetí a čtvrtá doba porodní.....	40
4.3	Péče na oddělení šestinedělí a fyziologických novorozenců.....	40
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	42
5	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....	42
6	METODIKA .....	43
6.1	Metodika sběru a zpracování dat.....	43
6.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	44
6.3	Statistická metodika.....	45
6.3.1	Tabulky četností .....	45
6.3.2	Kontingenční tabulky a chí-kvadrát ( $\chi^2$ ) testy.....	45
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	46



7.1	Statistické ověření hypotéz.....	46
7.1.1	Hypotéza 1 .....	46
7.1.2	Hypotéza 2 .....	49
7.1.3	Hypotéza 3 .....	51
8	DISKUZE .....	54
8.1	Doporučení .....	60
9	ZÁVĚR .....	62
10	POUŽITÁ LITERATURA .....	64
11	PŘÍLOHY .....	71

## SEZNAM TABULEK

### Strana:

Tabulka 1 Představování lékařů.....	48
Tabulka 2 Představování porodních asistentek.....	48
Tabulka 3 Kontingenční tabulka představování zdrav. personálu.....	49
Tabulka 4 Nabídka epidurální analgezie .....	50
Tabulka 5 Kontingenční tabulka nabídky epidurální analgezie.....	50
Tabulka 6 Podpora kojení .....	52
Tabulka 7 Kontingenční tabulka podpory kojení .....	53

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	=	Česká republika
NZIS	=	Národní zdravotnický informační systém
JCAHO	=	Spojená komise pro akreditaci
JCI, JCIA	=	Spojená mezinárodní akreditační komise
HDP	=	Hrubý domácí produkt
EU	=	Evropská unie
NASA	=	Americký úřad pro letectví a vesmír
TQM	=	Total Quality Management
USA	=	Spojené státy americké
EFQM	=	Evropská nadace řízení jakosti
WHO	=	Světová zdravotnická organizace
SAK ČR	=	Spojená akreditační komise České republiky
ČIA	=	Český institut pro akreditaci

## ÚVOD

Název mé diplomové práce zní Hodnocení kvality poskytované péče a následných opatření v porodnicích Pardubického kraje. Téma mne zaujalo, protože si myslím, že kvalita je v poskytování zdravotních služeb velmi důležitou oblastí, která by se neměla zanedbávat.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen zavést ve svém zařízení interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Dříve bylo toto téma možná opomíjené, ale v dnešní době, kdy si klienti zdravotnických zařízení mohou vybrat, kde jim bude péče poskytnuta, vzniká mezi zdravotnickými zařízeními konkurence, a tak by měla mít sama zájem na tom, aby nabízela co možná nejkvalitnější péči. Kvalitu je možné hodnotit interní monitorací i externím auditem, stejně jako lze kvalitu měřit prostřednictvím spokojenosti klientů.

Protože je mým oborem gynekologie a porodnictví, v práci se zaměřuji na hodnocení kvality péče na porodnicích – od příjmu na porodní sál, přes porod a pobyt na oddělení šestinedělí až po propuštění z nemocnice. Těhotné ženy si vybírají porodnici dlouho před předpokládaným termínem porodu, často sbírají informace od žen, které s danou nemocnicí už zkušenosti mají. Z mé vlastní zkušenosti je velmi zajímavá tišeň bolesti při porodu a přístup personálu jak na porodním sále, tak následně na oddělení, zaměřuji se tedy především na tyto oblasti.

V teoretické části práce se zabývám kvalitou, hodnocením kvality, managementem zdravotnictví, řízením rizik ve zdravotnických zařízeních a hodnocením péče o rodičku.

V praktické části je popsána metodika a výsledky výzkumu uskutečněného formou anonymního dotazníkového šetření. Longitudinální výzkumné šetření probíhá v rámci Projektu Kvalita, který realizuje Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice ve spolupráci s Pardubickým krajem. Data jsou získávána ze všech porodnic Pardubického kraje.

Výsledky by měly sloužit k nalezení silných a slabých stránek a pomoci při zlepšování kvality poskytované péče.

## **CÍL PRÁCE**

Cílem diplomové práce bylo v teoretické rovině: Zmapovat problematiku managementu zdravotnictví, řízení kvality a rizik ve zdravotnictví a hodnocení kvality zdravotnické péče a spokojenosti klientů zdravotnických zařízení.

Cílem diplomové práce bylo ve výzkumné rovině: Zjistit spokojenost s poskytovanou péčí v porodnicích Pardubického kraje v oblasti komunikace s klientkami.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Systém kvality ve zdravotnictví

Systém kvality ve zdravotnictví lze vyjádřit jako souhrn procedur a jednotlivých procesů, které je potřeba provádět k trvalému zvyšování kvality poskytovaných služeb. Jejich cílem je zlepšení zdravotního stavu, vyšší kvalita života a spokojenost obyvatel. Tento systém tedy zahrnuje vytváření postupů a standardů, sběr informací a hodnocení zdravotní péče a zdravotnických služeb. Jedná se o uspokojování interních potřeb zařízení i externích potřeb spotřebitelů zdravotní péče. Je založen na spolupráci všech členů organizace, snaží se o získání důvěry klientů a vyšší efektivnost a účinnost procesů (Bělohávek, Košťan, Šuler, 2001, s. 24-25; Gladkij, 2003, s. 363).

### 1.1 Pojmy související s problematikou kvality zdravotní péče

Kritérium kvality zdravotní péče – 3 základní kritéria definoval americký profesor Avedis Donabedian. Jedná se o strukturální kritéria (počet personálu, vzdělávací podmínky), procesuální kritéria (zaměřené na diagnostické a léčebné výkony) a výsledná, neboli hodnotící kritéria (informace o naplnění kritérií uvedených výše, statistické zpracování) (SAK ČR, 2012).

Kvalita obecně – kvalita, neboli jakost, je pojmem používaným pro hodnocení kladných stránek služby, kvalitní služba je taková služba, která je poskytována v souladu s požadavky klientů, zákazníků nebo spotřebitelů a v souladu se standardy (Škrla, Škrlová, 2003; Managementmania, 2012).

Zdravotní péče – poskytování zdravotní péče je soubor výkonů a postupů aplikovaných u fyzických osob z důvodu prevence, diagnostiky nebo léčby nemoci či vady; z důvodu udržení, zlepšení nebo obnovení zdravotního stavu; zmírnění utrpení, prodloužení života; pomoci při porodu (eventuelně při reprodukci). Součástí zdravotní péče je také posuzování zdravotního stavu (Zákon č. 372/2011 Sb., Euroclinicum, 2013).

Zdravotnický systém – soubor institucí a činností, jejichž cílem je zlepšovat zdravotní stav populace, dalším cílem je finanční a organizační zajištění chodu zdravotnických zařízení (WHO, 2005; Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2009).

Ústav zdravotnických informací a statistiky - organizační složka státu, která byla zřízena v roce 1960, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky (ČR). Zabývá se především vedením Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), který je určen ke sběru a vyhodnocování zdravotnických dat, k vedení národních registrů (např. hospitalizovaných pacientů, zdravotnických zařízení aj.), dále nám NZIS poskytuje informace v rámci legislativy a zdravotnického výzkumu (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012).

## **1.2 Systémové charakteristiky ve zdravotnictví**

Cílem systému kvality je zvyšování kvality péče, která je poskytována v souladu s požadavky a potřebami pacientů a dalších klientů zdravotnického zařízení. Dalším cílem je také minimalizovat chyby, nechtěné výsledky, nevyužitý čas a nežádoucí náklady, které mohou být spojeny se špatnou jakostí určitého zdravotnického úkonu či služby. Systém kvality v jednotlivých zdravotnických zařízeních ovlivňuje i kvalitu celého zdravotnictví, které má za cíl dosáhnout co nejlepší péče o zdraví (Gladkij, 2003, s. 291).

### **1.2.1 Základní prvky soustavy zdravotnictví**

Řízení kvality obsahuje všechny činnosti vyplývající z manažerské funkce. Tyto činnosti určují politiku kvality, její cíle, odpovědnosti a jejich implementaci v systému jakosti. Povinností manažerů ve zdravotnických zařízeních je usilovat o využití všech nástrojů, kterými se kvalita poskytovaných služeb může zvýšit. Pokud se hovoří o kvalitě zdravotnictví, týká se to celé soustavy, tedy zákonodárných a výkonných orgánů, které spolu vytvářejí obecný rámec pro úroveň poskytované péče, kterou můžeme dosáhnout. Jde tedy o pojetí kvality jako celku i činnost jejich jednotlivých složek. Do kvality zdravotnictví jsou také zahrnuti všichni zdravotničtí pracovníci a jednotlivá pracoviště, která poskytují své služby a výkony konkrétním klientům, a to na úrovni primární, sekundární a terciální péče. Zlepšovat kvalitu není možné bez široké komunikace, spolupráce s obyvatelstvem a také

s konkrétními klienty. Kvalita zdravotnictví jako celku je závislá na kvalitě jednotlivých částí a snahou všech zdravotníků by mělo být dosažení cílů těchto částí a celku zároveň (Gladkij, 2003, s. 291).

### **1.3 Hodnocení kvality ve zdravotnictví**

K hodnocení kvality zdravotní péče se používají standardy zdravotní péče a tzv. indikátory kvality. Při posuzování kvality poskytované péče se hodnotí různé dimenze, např. přijetí klienta do nemocnice; respekt, ohled a úcta; koordinace a integrace péče; informace a komunikace; tělesné pohodlí; citová opora; zapojení rodiny; propuštění a pokračování péče; hotelové služby (Reiter, 2006).

#### **1.3.1 Standardy zdravotní péče**

Standardy zdravotní péče vytvářejí odborníci na základě doporučení k diagnostickým a léčebným postupům. Tato doporučení jsou podložena vědeckými studiemi a akceptována významnými odborníky. Standardy jsou určeny výhradně pro odborné využití, pro kontinuální zvyšování kvality zdravotní péče, k výuce začínajících zdravotníků a mohou být použity i k diskusi mezi odborníky. Nesmí být používány k potlačení, ale pouze k vlastnímu zlepšování kvality. Tvorba standardů není nijak přesně definovaná, mohou být ve formě volného textu doporučujícího postup nebo např. ve formě protokolu, který určitý postup striktně nařizuje. Standard by měl zahrnovat měřitelná kritéria s obvyklými výsledky. Při tvorbě standardů je nutné brát ohled na míru jednoznačnosti postupu. Někdy je vyžadována vysoká přesnost postupu (podání krevních derivátů), jindy není možné přesné doporučení jednoznačně popsat. Je tedy dobré, aby byl tento proces koordinován vyšší institucí na národní úrovni, která se zabývá metodikami, formální a zdrojovou stránkou projektů, aktualizací a zajišťuje akceptaci a distribuci (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009).

Spojená komise pro akreditaci (JCAHO) vytvořila Mezinárodní standardy pro nemocnice Joint Commission International (Spojená mezinárodní akreditační komise, JCI). Mezinárodní standardy byly vytvořeny ve spolupráci s pracovní skupinou, která byla složená ze zástupců všech obydlých světadílů. Tyto standardy mohou sloužit jako podklad k akreditačnímu



řízení, mohou být využity ministerstvy zdravotnictví či jinými institucemi, které se zabývají kontinuálním zvyšováním kvality a bezpečnosti zdravotní péče (Joint Commission International, 2004, s. 14).

### **1.3.2 Indikátory zdravotní péče**

Indikátory představují požadavky, které jsou sledovány a hodnoceny akreditačními inspektory. Stanovují, co musí zdravotnické zařízení dělat, aby jeho aktivity a postupy byly ve shodě se standardy. Indikátory jsou uváděny kvůli jednoznačnému popisu požadavků standardů, a také mají sloužit ke vzdělávání zaměstnanců při předakreditační přípravě (Joint Commission International, 2004, s. 9).

K poslední změně sběru indikátorů kvality zdravotní péče došlo v říjnu roku 2013. Zdravotnická zařízení mohou tyto indikátory využívat k hodnocení poskytované zdravotní péče. Tyto indikátory vznikly tak, že Ministerstvo zdravotnictví České republiky na podzim roku 2011 zmapovalo aktivity, které byly do té doby realizovány a s jejich pomocí vytvořilo nový postup pro řešení indikátorů kvality. Byla oslovena zařízení, kde se již některé indikátory rutinně sledují. Dalším zdrojem byla Evropská komise pro kvalitu a bezpečí. První seznam prošel připomínkovým řízením na Ministerstvu zdravotnictví a následně se pak k němu mohli vyjádřit i odborné společnosti. Dalším krokem bylo vytvoření metodiky sběru dat a provedení pilotní studie, které se záměrně zúčastnily fakultní nemocnice i menší městské nemocnice. Výsledkem je vznik první sady souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče. Indikátory slouží ke sledování a hodnocení lůžkové péče a následnému anonymnímu srovnávání jednotlivých zařízení (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

## 2 Management ve zdravotnictví

### 2.1 Historie a teorie managementu

Management má, jako každý vědecký obor, svoji historii, literaturu, teoretiky, praktiky a je přednášen na mnoha školách různých oborů. Nad pojmem manažer se v podnikatelských sférách dlouhou dobu již nikdo nepozastaví. Pojem managementu je však neméně důležitý i ve zdravotnictví, např. každá vrchní sestra, primář či ředitel nemocnice organizují práci mnoha lidí. Management v ošetrovatelství se od obecného managementu liší, má odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců a jejich rodin, proto je velmi důležitý individuální přístup, stejně tak kvalita péče, zdravotnický personál a dostupné prostředky (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 155; Madar, 2004, s. 21).

Management je proces řízení činností několika pracovníků, který má za cíl dosažení určitých výsledků, kterých není možno dosáhnout individuální prací jednotlivců. Management slouží k dosažení produktivní práce lidí (Madar, 2004, s. 21).

Dnešní systémový přístup k managementu se postupně vyvíjel od klasického, přes behavioristický a vědecký. Systémový přístup využívá všechny zkušenosti a znalosti z různých oblastí managementu. V roce 1916 bylo Henrim Fayolem sepsáno čtrnáct principů managementu, které měly být uplatňovány manažery při řízení organizací. Henri Fayol ale připomínal, že kvalita rozhodování a vedení je závislá na schopnostech a charakteru manažerů (<https://managementmania.com/cs/henri-fayol>). Práce Faoyla byla doplněna J. D. Mooneym, a sice jeho publikací *Principy organizování* (1947). Mooney uváděl, že základem managementu je vytvořit vhodné organizační prostředí. Byl přesvědčen o existenci přirozených zákonů organizování, jež se mohou uplatňovat na základě logického uvažování. Reálný pohled na problémy managementu představuje systémový přístup. Tento přístup považuje organizaci za skupinu navzájem propojených prvků se společným cílem (oddělení nemocnic chtějí být nejlepší ve své oblasti, ale nemocnice chce přežít jako celek) (Madar, 2004, s. 21).

Manažer, který se řídí systémovým přístupem, chápe nemocnici jako dynamickou firmu a je nutné, aby uměl předvídat dopady svých rozhodnutí a bojoval za změnu v rámci celého systému managementu této firmy (v oblasti plánování, organizování i kontrolování). Je nutné brát důraz na klienta a postupy tak, aby byl klient s výslednou službou spokojen. Mezi

základní manažerské úkoly v jakékoliv organizaci patří řízení práce a organizace, řízení pracovníků a řízení produkce a operace (Madar, 2004, s. 22).

Práce manažera se skládá z tzv. manažerských aktivit, kterými se manažeři zabývají, jde o:

- **Plánování**, tedy volbu úkolů, jejich důležitost a pořadí vedoucí k dosažení cíle,
- **Organizování** znamená určení odpovědných osob za splnění úkolů, jejich koordinaci, přiřazení a šíření,
- **Vedení**, tedy motivace a ovlivňování práce podřízených, jejich usměrňování,
- **Kontrolování** znamená vyhodnocování splnění úkolů a dosažení cílů. Umožňuje zlepšení práce členů týmu (Bělohávek, Košťan, Šuler, 2001, s. 24-25).

## 2.2 Manažeři a vlivy prostředí

Práce manažerů je ovlivňována mnoha faktory, které je důležité znát, rozebírat a přijímat. Vnější vlivy prostředí (působí na organizaci zvenčí, z okolí) mohou být přímé a nepřímé. Mezi přímé vnější vlivy patří *zákazníci*, tedy pacienti a zdravotní pojišťovny, jejichž požadavky se snaží zařízení uspokojovat. Organizaci dále ovlivňují *konkurenti* (okolní nemocnice, privátní organizace), kteří nabízejí stejné či podobné služby a s nimiž se soupeří o zákazníky. Přímým vlivem jsou také *dodavatelé* zdrojů (léků, spotřebního zdravotnického materiálu, energií atd.), jejichž ceny a kvalita mohou výrazně ovlivnit chod zařízení. Mezi vnější přímé vlivy patří také *lidské zdroje*, tedy získávání nového personálu s novými myšlenkami nebo metodami, který může představovat posun v chodu organizace a jehož požadavky mohou ovlivnit i manažerský přístup (Madar, 2004, s. 23).

Chod organizace významně ovlivňují také vnější nepřímé vlivy. Řadíme sem *technologie a její rozvoj*. Ta může nemocnici ovlivnit různými způsoby. Jde o například o ekonomický efekt či konkurenceschopnost organizace. *Ekonomická situace* ve státě, míra inflace, hrubý domácí produkt (HDP), státní rozpočet, systém úhrady zdravotního a sociálního pojištění aj. také výrazně ovlivňují chod organizace, která tyto vlivy sleduje, analyzuje důsledky a podle toho musí neustále operativně měnit strategii. Zevně organizaci také ovlivňuje *politika a legislativa*. Přístup ke zdravotní péči ovlivňují i *kulturní a sociální vlivy* jednotlivých

národů. Mezi *mezinárodní vlivy* patří např. vstup naší země do Evropské unie (EU). Kvůli EU se u nás musí dodržovat mnoho nových norem, které nemocnice stále významně zasahují (Madar, 2004, s. 24).

Jednotlivým manažerským pozicím je nutné přesně určit manažerské odpovědnosti tak, aby každý manažer mohl plnit své funkce na své úrovni. Na každém stupni řízení se faktory a požadavky mění, avšak vrcholový manažer se také musí zabývat problémy na úrovni operativy a primáři se musí zajímat o strategii (Madar, 2004, s. 25).

### 2.3 Manažeri ošetrovatelské péče

Manažery se stávají ti, kteří ve zdravotnickém zařízení řídí ošetrovatelské služby, včetně kontroly, hodnocení, udržování a zlepšování kvality:

- **Vrcholový manažer** - jedná se o náměstka ošetrovatelské péče, který by měl mít ošetrovatelské vzdělání, ale zároveň také manažerské. Je zodpovědný za celkovou ošetrovatelskou činnost celého zařízení, účastní se strategického plánování, zajišťuje potřebné zdroje pro výkon ošetrovatelské péče (finanční, personální, materiální). Náměstkovi, či hlavní sestře, podléhají vrchní sestry.
- **Manažer střední úrovně** - tuto pozici má člen vedení kliniky nebo oddělení, za činnost personálu na svém pracovišti je zodpovědný náměstkovi ošetrovatelské péče. Má podíl na personálním zabezpečení, odborném růstu personálu, plánování rozpočtu a na hodnocení kvality péče. Manažerka střední úrovně (vrchní sestra) může některé kompetence delegovat na své zaměstnance, na staniční nebo úsekové sestry. Jejím úkolem je také rozvíjet znalosti a dovednosti podřízených zaměstnanců.
- **Manažer první úrovně** - na této pozici v hierarchii managementu ošetrovatelské péče a její kvality najdeme staniční a úsekové sestry, tedy vedoucí ošetrovatelských týmů na ošetrovatelské jednotce. Staniční sestra pověřuje sestry, dohlíží na jejich práci. Může jim přidělovat klienty dle náročnosti péče, aby všem byla poskytnuta ta nejlepší možná péče. Zajišťuje kontinuální komunikaci v ošetrovatelském týmu, kontroluje kvalitu poskytnuté ošetrovatelské péče (Jarošová, 2006, s. 9).

## 2.4 Kvalita ve zdravotnictví

Kvalita zdravotní péče je relativní pojem, který lze vnímat individuálně a v literatuře pro něj existuje mnoho různých definic; je vnímána odlišně zdravotníkem a pacientem. Kvalita zdravotní péče má dvě dimenze, a sice subjektivní a objektivní. Subjektivní dimenze určuje, jak já, jako jedinec, jsem s péčí spokojen a objektivní zahrnuje sledování přesně stanovených a dohodnutých kritérií. WHO rozděluje kvalitu péče do šesti dimenzí, a sice jak je péče účinná, zda jsou maximálně využívány dostupné zdroje, jak je dostupná a přijatelná pro klienty, zda je spravedlivě poskytována všem a jestli je péče bezpečná (Madar, 2004, s. 27; World Health Organization, 2006, s. 9 - 10).

Kvalita poskytované zdravotní péče zajímá nejen provozovatele zařízení nebo jejich klienty, ale bezpochyby také státní správu a plátce zdravotního pojištění. Kvalitu je nutno chápat jako komplexní službu (Madar, 2004, s. 34).

Kvalitu začaly, jako první, sledovat jednotlivé cechy. Určily pravidla, sledovaly jejich dodržování a za nedodržování, nebo šízení zákazníkům ukládaly tresty. Dříve byl za kvalitu zodpovědný pouze jeden pracovník, ale s nástupem dělby práce bylo nutno kontrolovat celý výrobní proces a kvalitu v jednotlivých částech tohoto procesu. Po stanovení norem a pravidel pro Americký úřad pro letectví a vesmír (NASA) vznikají v roce 1980 pravidla pro civilní oblasti, kdy byla vytvořena komise ISO/TC 176, která stanovila návrhy norem pro řízení jakosti, které byly schváleny v roce 1987 coby normy řady 9000, které byly následně revidovány. Blecharz (2011) uvádí, že v této normě je následující definice: „*Kvalita (jakost) je stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků.*“ V roce 2001 vznikla v Detroitu první speciální ISO norma platná pro jednotlivé oblasti včetně zdravotnictví. V současnosti jsou pro kontinuální zlepšování řízení kvality využívány další metody, např. Total Quality Management (TQM) především ve Spojených státech amerických (USA). Poznatky z řízení kvality známé z průmyslových oblastí lze aplikovat i ve sféře zdravotnictví (Madar, 2004, s. 27 – 34).

Další, co sleduje zvyšování kvality firmy či zdravotnického zařízení, je akreditace. Může být stanovena na základě právní normy, nebo dobrovolná. Jedná se o rozhodnutí, že daný subjekt má způsobilost provádět specifické výkony (Český institut pro akreditaci, 2012; Madar, 2004, s. 28).

V dnešní době je také možnost získat cenu za jakost. Japonsko, USA i evropské státy mají svá ocenění. V Evropě se jedná o Evropskou cenu za jakost, která se řídí kritérii vydanými Evropskou nadací řízení jakosti (EFQM – European Foundation for Quality Management), která byla založena v roce 1988 (Nenadál, 2008, s. 268).

Definice a přístupů je mnoho, kvalitu můžeme chápat jako celkový soubor znaků entity, které mají vliv na schopnosti uspokojovat dané a předpokládané potřeby. Jak uvádí Madar (2004), dle Josepha M. Jurana je kvalita způsobilostí pro užití. Philip B. Crosby říká, že jakost je shoda s požadavky atd. Definice mají společný znak, a to takový, že hlavním hodnotitelem kvality je zákazník a jeho požadavky na výsledný produkt. Požadavky na kvalitu přináší také stát prostřednictvím zákonů, vyhlášek a nařízení, které musí být plněny (hygiena, bezpečnost aj.). Pro poskytování kvalitních služeb je nutné systémové řízení kvality v celé firmě na všech úrovních (Madar, 2004, s. 30).

## **2.5 Základní pojmy a řízení kvality zdravotnických služeb**

Téma kvality poskytovaných služeb ve zdravotnickém zařízení nezajímá zdaleka jen provozovatele léčebné péče, ale také širokou veřejnost. V poslední době se vyskytují různé přístupy, které mají snahu vyhodnotit kvalitativní úroveň zdravotnických činností. Podle Madara (2004) lze rozdělit následovně:

- dobrovolné aktivity zdravotnického zařízení, které směřuje k získání *certifikátu kvality*, který je indikátorem toho, že systém řízení kvality splňuje požadavky dané ISO 9001: 2000,
- dobrovolné nebo vynucené přístupy k vyhodnocování jakosti poskytovaných služeb ve smyslu *akreditace zdravotnického zařízení*, jejímž následkem je povolení činnosti, nebo zařazení zdravotnického zařízení do akreditačních stupňů.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO) v roce 1966 definovala kvalitu péče jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“ (Madar, 2004, s. 33).

Kvalitu zdravotních služeb můžeme rozdělit na tři části:

- kvalita z pohledu klienta – co klienti vyžadují?

- kvalita z profesionálního pohledu – zda jsou služby poskytovány tak, jak definují profesionálové, kteří je poskytují nebo kteří klienty za těmito službami odesílají a jestli obsahují vhodné techniky a postupy, které jsou nutné pro uspokojení klientových potřeb,
- kvalita z pohledu řízení – sleduje se ekonomické a produktivní využití zdrojů v souvislosti s limity a direktivy, které jsou stanoveny nadřízenými nebo plátcí zdravotní péče. Kvalita není jen zlepšování spokojenosti klientů, profesionální audit, lepší ekonomičnost a snižování nákladů, ale obsahuje všechny tyto pojmy současně (Madar, 2004, s. 33 – 34).

Kvalitu poskytované péče vnímá pacient především při provedení vlastního léčebného výkonu, ale svoji roli zde hrají i doprovodné služby, jako je například organizace příjmu pacienta, zajištění bezpečnosti, sdělování informací, strava a ubytování, organizace péče, tedy jak péči celkově poskytujeme. V současnosti je používáno mnoho různých způsobů, jak sledovat kvalitu péče, různé instituce používají různá kritéria. Stát se zajímá o základní demografické ukazatele, zdravotní pojišťovny o náklady na péči. Svaz pacientů se zajímá o neúspěchy v poskytování zdravotní péče. Pokusy o měření kvality vznikají na různých úrovních (akreditace, TQM, EFQM), které mohou být úspěšné tehdy, kdy je plošně zaveden management kvality v zařízeních dle jasně daných kritérií. Česká republika se připojila k programu Světové zdravotnické organizace *Zdraví pro všechny do roku 2000*, kde cíl č. 31 hovoří o tom, že by měly všechny členské státy vytvořit mechanismy, které budou účinné v zajišťování kvality poskytované péče ve zdravotnických systémech. Toho lze docílit uplatňováním metod a postupů, jimiž se soustavně monitoruje kvalita poskytované péče tím, že hodnocení a usměrňování se stanou stálou složkou činností zdravotníků. K dosažení výše zmíněného cíle přispěje také to, když budou zdravotničtí pracovníci k zajišťování kvality vedeni a vychováni (Madar, 2004, s. 35).

## **2.6 Systémy řízení a zajišťování kvality**

### **2.6.1 Joint Commision on Accrediation of Healthcare Organizations (JCAHO)**

JCAHO, založena v USA, je nezávislá nezisková organizace, která od roku 1951 sleduje kvalitu a úroveň zdravotnictví. Snaží se vytvořit soubor kritérií pro hodnocení kvality

poskytované péče v nemocnicích. Hodnocení nemocnic trvá 4 dny a probíhá na základě 500 ukazatelů. Komise může nahlížet do dokumentace, hovořit s pacienty i s personálem. Hodnocení se zaměřuje na etiku, výchovu a práva pacientů i rodiny, na lékaře a sestry, na sledování infekcí, šíření informací a řízení nemocnice. Činnost JCAHO není kontrolována žádnou veřejnou organizací, není usměrněna zákonem, proto v USA nemocnice od akreditace JCAHO ustupují. Dalším důvodem je její vysoká cena a přínos pro nemocnici. Systém sice pomáhal zlepšování horších nemocnic, ale bohužel nedocházelo k motivaci těch dobrých, hodnocení zaměřoval hlavně na dokumentaci a ne procesy, byl příliš byrokratický. Situace se ale mění začíná být kladen důraz na procesy a soustavné zlepšování (Madar, 2004, s. 43; Joint Commission International, 2014).

JCAHO má dceřinou společnost Joint Commission International Accreditation (JCIA), která vydala mezinárodní standardy pro akreditace nemocnic (2004). Tyto standardy jsou děleny do dvou skupin. Týkají se jak potřeb pacienta, tak i funkce zdravotnického zařízení coby instituce.

### **2.6.2 Spojená akreditační komise (SAK)**

Akreditace podle Českého institutu pro akreditaci (ČIA) představuje oficiální uznání, že subjekt akreditace je způsobilý posuzovat, tedy certifikovat systémy jakosti ve shodě s požadavky akreditace, s normami EN řady 45 000. Akreditace v širším smyslu slova znamená, že subjekt akreditace hodnotí někoho jiného a má oprávnění k posuzování. Zařízení, které získá akreditaci, je objektivní, nezávislé a odborně způsobilé vykonávat svoji definovanou činnost., také má větší důvěru v dodržování nutné úrovně. Ve zdravotnictví se termín akreditace díky špatnému překladu z anglického jazyka vnímá jinak (Český institut pro akreditaci, o.p.s, 2012; Madar, 2004, s. 44).

Akreditace znamená pro zákazníka, spotřebitele zdravotní péče, jistotu deklarované kvality, trvalé zvyšování jakosti, které je podporované stálou kontrolou dodržování akreditačních kritérií. Dále je známkou růstu odborných dovedností personálu a zlepšování technického vybavení (Český institut pro akreditaci, 2012)

V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR (SAK) jako sdružení právnických osob. Byly stanoveny standardy členěné do deseti skupin, které byly následně určeny jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky (SAK ČR, 2010).



### **2.6.3 ISO**

Závažný krok pro kvalitu českého zdravotnictví znamenal vstup České republiky do Evropské unie (EU). I do našich postojů ke klientům, k práci i ke kolegům se promítne zaujetí EU pro kvalitu a bezpečnost péče. Aby se kvalita v českých zdravotnických zařízeních zvyšovala podobně jako v průmyslu, je nutné, aby management zavedl nový, průhledný systém řízení kvality a k tomu je potřeba získat zaujetí pro kvalitu především u zaměstnanců, což je přirozené ve vyspělých zemích. Vlastní certifikace pomocí ISO spočívá ve zhodnocení zavedeného systému - do jaké míry tento systém fakticky splňuje evropské normy. Certifikaci provádí nezávislá třetí strana akreditovaná certifikační organizací. ISO 9001:2000 je systémem řízení kvality, který vede k ekonomické výkonnosti, excelenci a kvalitě organizace (Madar, 2004, s. 45; Škrála, Škrlová, 2008, s. 29).

### **2.6.4 Total Quality Management (TQM)**

TQM klade důraz na soustavné zlepšování. Řízení kvality je vytvořeno tak, aby bylo maximálně efektivní a výkonné, mělo co nejnižší náklady a maximálně využívalo materiální i lidské zdroje. Mezi hlavní principy systému péče, podle TQM, patří zaměření na uživatele péče, tedy na klienty, týmová spolupráce, dále řízení lidských zdrojů a odstranění profesionálních bariér. Hlavním cílem TQM je vytvoření takového systému zdravotní péče, který by zajistil, že personál, služby i ostatní činnosti jsou zaměřeny hlavně na potřeby klientů a jejich uspokojování (Madar, 2004, s. 45).

### **2.6.5 European Foundation for Quality Management (EFQM)**

Posláním Evropské nadace pro řízení kvality je stimulace institucí, aby zlepšovaly své činnosti a snažily se dosáhnout vysoké spokojenosti zákazníků i zaměstnanců, podporovaly manažery v prosazování postupů, které vnímají kvalitu jako faktor k získání konkurenční výhody. Jednotlivé organizace se samy posuzují v definovaných oblastech, EFQM zájemcům nabízí kritéria a strategickou osnovu pro řízení organizace (Madar, 2004, s. 46).

## **3 Řízení rizik ve zdravotnictví**

### **3.1 Řízení rizik z hlediska kontinuálního zvyšování kvality**

Řízení kvality je zaměřeno na procesy, které jsou vyznačeny nepřijatelnou variabilitou, zatímco řízení rizik se zabývá procesy s nepřijatelnými riziky, přesto mají tato řízení společného jmenovatele, a tím jsou standardy a audity. Standardy se zaměřují na to, co je důležité a přijatelné z pohledu kvality a bezpečnosti péče, naproti tomu audity kontrolují, jestli personál naplňuje a dodržuje požadavky standardů a jestli výstupy procesů naplňují očekávané výsledky ve zdravotnickém zařízení a zda splňují očekávání klientů daného zařízení. Při řízení rizik se manažer rizik snaží předejít ohrožení zdraví pacientů, pověsti či majetku zdravotnického zařízení (Škrla, Škrlová, 2008, s. 20).

Řízení rizik může být součástí kontinuálního zvyšování kvality péče nebo může být samostatným programem. Mezi cíle programu řízení rizik patří např. prevence a efektivní proces hlášení mimořádných událostí, prevence a fungující proces hlášení nozokomiálních nákaz, zavedení kvalitní dokumentace, zavedení registru aktuálních rizik, implementace efektivního systému prevence pochybení zdravotnických pracovníků, implementace auditů, které se zaměřují na bezpečnost prostředí a procesů. Některé cíle se prolínají s cíli určenými oddělením kvality, v menších nemocnicích se tedy logicky tyto obory slučují a svěřují jednomu zaměstnanci – řízení kvality a bezpečnosti péče lze vnímat jako siamská dvojčata. Ve velkých nemocnicích je tomu naopak, aby bylo řízení kvality i bezpečnosti péče vykonáváno zodpovědně, je nutné mít manažera rizik i manažera kvality. Principy řízení rizik se nejčastěji uplatňují v těch zdravotnických zařízeních, kde již zavedli program kontinuálního zvyšování kvality péče. Řízení kvality a řízení rizik jsou ve vztahu symbiotickém, ne konkurenčním (Škrla, Škrlová, 2008, s. 20).

### **3.2 Program řízení kvality a bezpečnosti péče**

Vlivem vstupu země do Evropské unie, se zvyšováním požadavků vlády, veřejnosti či médií na kvalitní a bezpečnou péči se také výrazně mění pohled vrcholového managementu

na akreditaci SAK ČR nebo certifikaci ISO 9001:2000. Každý ředitel dnes chápe nutnost funkce manažera kvality v souvislosti s přípravou na akreditaci, ale manažer rizik mu může připadat jako nadbytečný, ale to jen do doby, než se stane mimořádná událost, která může vážně ohrozit ekonomicky zdravotnické zařízení nebo může poškodit jeho pověst. Jak již bylo uvedeno, v menších zdravotnických zařízeních se mohou některé funkce slučovat – jejich společným zájmem je kvalita a bezpečnost péče. Mezi tyto funkce patří např. manažer kvality, který se zabývá programem kontinuálního zvyšování kvality péče ve zdravotnickém zařízení, dále manažer rizik, jehož úkolem je identifikace a vyhodnocování rizik, příprava preventivních opatření a kontrola účinnosti nápravných opatření. Další funkcí je utilizační manažer, který se zabývá efektivností využívání zdrojů (lidí, léků, finančních prostředků, času atd.), snaží se stále hledat cesty ke zvýšení produktivity a prevenci plýtvání těchto zdrojů. Vedoucí útvaru kontroly a vnitřního auditu sleduje pomocí auditů nebo rozhovorů se zaměstnanci (kontrolních nástrojů), zda aplikované postupy splňují očekávání nemocnice. Toto oddělení také zodpovídá za evidenci pracovní doby, hospodárnost a účelnost využití finančních prostředků, kvalitu vnitřní dokumentace, za kontroly na pracovištích, kontroluje dodržování rezortních směrnic, obecně závazných právních norem, vnitřních předpisů a smluvních ujednání apod. Vedoucí útvaru kontroly a vnitřního auditu také musí informovat ředitele o závažných skutečnostech zjištěných kontrolou a poté navrhuje vhodné strategie ke zjednání náprav; také sestavuje plán kontrolní činnosti, který schvaluje ředitel nemocnice. Může se zdát, že jedna osoba nemůže kvalitně a zodpovědně zvládnout tyto funkce dohromady, ale zkušenosti ze zahraničí ukazují, že to reálné je – záleží na vhodné přípravě a organizace práce, na znalostech, dovednostech a zkušenostech. V menších zdravotnických zařízeních manažer kvality spolupracuje s Radou pro kvalitu, která určuje, jaké projekty jsou pro jejich zařízení důležité a prioritní. Zda se podaří projekty efektivně koordinovat, záleží také na tom, jak kvalitní je program kontinuálního zvyšování kvality na oddělení a jakou má podporu vrcholového managementu. Vrcholový management by měl svého manažera kvality podpořit tím, že mu k odpovědnosti také udělí odpovídající pravomoci (Škrála, Škrlová, 2008, s. 21 - 22).

### 3.3 Manažer rizik

Pokud má ve velkém zdravotnickém zařízení řízení rizik přinést výsledky, je nutné, aby bylo vedeno samostatně manažerem rizik. Tato role zdaleka neznamená jen sledování hlášení mimořádných událostí a jejich řešení. Jde o složitý proces, který má za cíl kontrolu a prevenci širokého spektra rizik, která by mohla poškodit zdraví pacientů, návštěv, personálu, majetku nebo zhoršit pověst daného zařízení. Manažer rizik je také mluvčím tohoto programu a má zodpovědnost za statistické přehledy a řadu hlášení. Nemusí být odpovědný osobně za rizika jako taková, ale za to, že personál zdravotnického zařízení vnímá rizika skutečná i potenciální a že se je snaží minimalizovat. Manažer svoji práci vykonává z pověření ředitele nemocnice, spolupracuje s Radou pro kvalitu, jejímž členem by také měl být. Manažer rizik má odpovědnost za všechny aktivity spojené s řízením rizik, které zahrnují hodnocení aspektů provozu a péče. Tyto aspekty v sobě nesou potenciální nebo reálná rizika. Manažer dále vytváří systematické plánování redukce rizik a zavedení určitých strategií, které by rizika omezila nebo zcela odstranila. Snahou není jen poskytování bezpečné péče, ale také aby byla překonána očekávání klientů či veřejnosti v oblasti bezpečnosti. Manažer rizik motivuje zaměstnance k poskytování bezpečnější péče, k bezpečnější práci a vede je k odpovědnosti, svými etickými postoji by měl také usměrňovat jejich chování. Osobnost manažera rizik by měla mít přirozenou autoritu, budit respekt u ostatních zaměstnanců a hlavně by měla mít podporu a důvěru vrcholového managementu. Manažer rizik musí zaměstnance trpělivě vést k tomu, aby se začali v zájmu budování bezpečnější nemocnice chovat jinak, aby mysleli jinak a aby tyto změny prováděli dobrovolně a nejlépe s nadšením. Do náplně práce manažera také patří každodenní dohled na dodržování předpisů a zákonů z oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti práce zaměstnanců, dále řídí aktivity týkající se výskytu mimořádných událostí, kriminálních činů, nozokomiálních infekcí, pochybení, pořádá edukační semináře k prevenci nežádoucích událostí. Vše musí pečlivě dokumentovat. Manažer rizik spolupracuje s ostatními manažery a vedoucími jednotlivých oddělení. Pokud ve zdravotnickém zařízení je manažer rizik i manažer kvality, je nutné, aby svoji práci zkoordinovali tak, aby se jejich aktivity zbytečně neduplikovaly nebo nepřekrývaly (Škrála, Škrlová, 2008, s. 23 – 24; Ivanová, 2006, s. 71).

### 3.4 Prevence rizik a JCAHO

Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení) se nezabývá jen kvalitou, ale také s ní související bezpečností péče, proto do svých standardů začlenila i požadavek na soustavné vyhodnocování rizik a procesů. Standard LD 5.2 říká, že je nutné vyhodnotit a upravit proces tak, aby byla minimalizována rizika a ochráněni pacienti před potenciálními následky selhání. Dále by měl proces být ověřen v praxi, poté by se měla vyhodnotit efektivnost zavedených opatření a nakonec by se měla zavést strategie, která zajistí efektivitu a udržení tohoto procesu. Více než polovina akreditačních standardů této organizace se dotýká bezpečí pacientů. Mezi nejdůležitější principy a cíle, které se dají aplikovat i v našich zdravotnických zařízeních patří například zlepšení spolehlivosti **identifikace pacientů**, zkvalitnění **komunikace mezi personálem** (ve verbální i písemné komunikaci), **zlepšení bezpečnosti rizikových medikací**, zabránění chirurgickým zákrokům na jiném pacientovi, nesprávné straně – zapojení klienta do procesu lokalizace zákroku, omezení rizik nozokomiálních infekcí a mnoho dalších. JCAHO sestavila efektivní nástroj, díky kterému může zdravotnický personál předejít vážným mimořádným událostem, mezi které patří například medikační pochybení, záměna klienta, záměna strany při operaci nebo nemocniční infekce. Tento nástroj, nazvaný *Sentinel Event Alert* uvádí doporučené postupy, které lze využít k prevenci mimořádných událostí s fatálními následky, například *Sentinel Event Alert: Issue 30 Preventing infant death and injury during delivery* (Joint Commision International, 2004; Škrla, Škrlová, 2008, s. 25 - 26).

### 3.5 Řízení rizik a SAK ČR

U Spojené akreditační komise České republiky dnes také můžeme sledovat větší důraz na aspekt rizik a bezpečnosti léčebné i ošetrovatelské péče. Specifické standardy SAK ČR jsou zaměřeny na **rizika v medikačním procesu**, stravovacím provozu, v souvislosti s nozokomiálními infekcemi, zdravotnickou dokumentací, **identifikací pacienta**, dále také rizika související s likvidací odpadů nebo se zaměřují na důležitost informovaných souhlasů. Indikátory k hodnocení splnění jednotlivých standardů jsou stanoveny v akreditačním

manuálu SAK ČR. Zdravotnická zařízení by měla tyto indikátory používat v přípravě na akreditační šetření (Spojená akreditační komise ČR, 2014; Škrla, Škrlová, 2008, s. 27).

Existuje však několik oblastí, kde se během předakreditačních šetření opakovaně nachází závady a neshody. Tyto neshody jsou překážkami k získání akreditačního certifikátu, ale také jsou překážkami na cestě k dosažení kvalitnější a bezpečnější péče. Mezi nejčastější neshody patří systém informovaných souhlasů, nevyhovující proces prevence a hlášení nozokomiálních infekcí, nesmyslné indikátory kvality a jejich sledování, chybějící vnitřní směrnice (Škrla, Škrlová, 2008, s. 27 - 28).

### **3.6 Prevence rizik a ISO 9001:2000**

ISO 9001:2000 má z pohledu řízení rizik důležitý cíl, a sice dosažení stálé shody mezi požadavkem na produkt a výsledným produktem. Neshodu vnímáme z pohledu ISO systému jako riziko a tento systém nabízí laboratořím, stravovacímu provozu, lékárně nebo oddělení radiační onkologie účinné nástroje, kterými by se provozní rizika snížila. O efektivnosti těchto nástrojů nás mohou přesvědčit zkušenosti z leteckého, automobilového nebo telekomunikačního průmyslu. Vrcholový management by měl znát systémy řízení ISO 9001:2000 i SAK, aby se mohl informovaně rozhodnout, který ze systémů je pro jejich zařízení nebo oddělení ten nejvhodnější. Proces výběru systému by ale neměl být důvodem k odkládání kvalitnější a bezpečnější péče (Škrla, Škrlová, 2008, s. 29).

### **3.7 Řízení rizik z pohledu ošetřovatelského personálu**

Pozornost médií se v současné době nezaměřuje jen na rizika léčebné péče, ale protože ošetřovatelský personál představuje po celém světě nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků, věnuje se také rizikům péče ošetřovatelské. Manažer rizik se musí důkladně seznámit s potenciálními i reálnými riziky souvisejícími s touto skupinou zaměstnanců a identifikovat příčiny těchto rizik (Škrla, Škrlová, 2008, s. 46).

Mezi důvody pochybení a omylů nelékařských zdravotnických pracovníků patří například **špatná komunikace**, nedostatečná orientace nových zaměstnanců, nízká informovanost

sester, nedostatečný dohled, špatné zajištění bezpečí pacienta nebo narušení soustředěnosti. Podle studií jsou nejzávažnějším v ošetrovatelské péči **medikační omyly**, které představují více než 19%. Další závažná pochybení v ošetrovatelské péči jsou neposkytnutí péče včas nebo provádění výkonů bez dostatečných znalostí a dovedností. Z výzkumů vyplývá, že pochybení sester často způsobí vážnou újmu na zdraví pacientů nebo dokonce jejich smrt. Počet omylů v medikaci roste s počtem klientů, o které sestra pečuje a také s obložeností na oddělení, únavou a množstvím odpracovaných přesčasových hodin (Škrála, Škrlová, 2008, s. 46).

Hlavními úkoly manažera rizik a ošetrovatelského personálu by mělo být například sestavení systému péče, ve kterém je obtížné pochybit, dále při výskytu pochybení se snažit o rychlou nápravu a eliminování následků nebo soustředit se na prevenci chyb. Na odděleních hrají důležitou roli sestry manažerky, které nesou zodpovědnost za mnoho aktivit spojených s poskytováním kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče a současně by měly být manažerkami rizik na svých odděleních. Bylo identifikováno osm hlavních oblastí, kterými je nutné se zabývat, protože zde v ošetrovatelství dochází k pochybení nejčastěji. Patří sem nedostatečná vnímavost k měnícímu se stavu klienta vlivem pracovního přetížení, nedostatku vědomostí či neefektivní komunikace; nedostatečná morální odpovědnost, netečnost k chybám svým i ostatních členů týmu; chybné rozhodování, nesprávná identifikace pacienta, špatná ošetrovatelská anamnéza a následná intervence, přehnaná sebedůvěra, nedostatečná kompetence; medikační chyby, vlivem chybné identifikace, nepozornosti, neznalosti dávkování a vedlejších účinků léků, podání nesprávného léku, v nesprávnou dobu nebo nesprávnému pacientovi, nepodání léku apod. K medikačním omylům dochází v kombinaci s jinými faktory, mezi které patří například špatná komunikace, rušivé elementy v prostředí nebo chybné označení léků (Škrála, Škrlová, 2008, s. 47 - 48).

### **3.8 Důležité faktory pro úspěšné řízení kvality a rizik**

#### **3.8.1 Osobní odpovědnost**

Osobní odpovědnost může být vnímána s určitými obavami, protože jestliže má osoba za něco zodpovědnost, může být v případě nežádoucí události shledána vinnou, což může být důvodem vyhýbání se odpovědnosti a týká se to i zdravotnictví. Bez osobní odpovědnosti ale

téměř není možné zavést stálý pořádek, jde především o kvalitu. Pracovník s osobní odpovědností nesmí kvalitu vnímat jako nadstandard, za který by měl dostávat odměny, ale jako svoji povinnost. Také by měl svoji práci vykonávat tak, aby neohrožoval kolegy či pacienty, odpovědnost se týká tedy i bezpečnosti péče a vztahuje se i na integritu, což znamená, že by zaměstnanec nikdy neměl porušovat normy, nařízení a směrnice zařízení nebo morální hodnoty (Škrála, Škrlová, 2008, s. 96).“

### **3.8.2 Benchmarking**

Protože je práce manažera rizik velice náročná na čas, tak neumožňuje vytvářet nové způsoby řízení rizik, není tedy možné objevovat něco, co již bylo objeveno, ale manažer musí zjišťovat, jak se přistupuje k odstraňování problémů v průmyslu nebo jiném zdravotnickém zařízení, kde mají zavedený fungující program řízení. Tyto informace lze získat například na internetové síti. Když najde něco vhodného pro své zdravotnické zařízení, snaží se o úpravu a následnou aplikaci – tento proces se nazývá *benchmarking*. Pokud cílová organizace dá svolení a jsou dodržena etická pravidla, je tento proces naprosto legální, k řízení zdravotnického zařízení patří - pomáhá zvýšit jeho efektivitu. Obecně lze benchmarking chápat jako strukturované porovnávání, které má za cíl definovat a zlepšovat zavedené postupy na principu učení se od druhých. Smyslem benchmarkingu je také zjistit, jak si organizace stojí v porovnání s ostatními, jaká je úroveň poskytovaných služeb. Díky benchmarkingu se zdravotnické zařízení může posunout výrazně vpřed a snažit se o dosažení nejlepší úrovně. V České republice si bohužel většina zdravotnických zařízení chrání své změny postupů, ať už se jedná o ošetrovatelský postup nebo změnu ve formuláři, i když je jasné, že zanedlouho na tyto změny přijdou i ostatní manažeři rizik v jiných zdravotnických zařízeních. V zahraničí je postup opačný, a sice tamní nemocnice se o své zlepšovací postupy podělí s ostatními například na internetu, aby tím pomohly ke kvalitnější a bezpečnější péči i jiným zdravotnickým zařízením (Souček, Burian, 2006, s. 25; Škrála, Škrlová, 2008, s. 97; Vzdělávací centrum pro veřejnou správu, 2005, s. 7 - 8).

### **3.8.3 Podpora vrcholového managementu**

Podporou vrcholového managementu se rozumí podpora ředitele organizace, jeho náměstků a Rady pro kvalitu. Význam programu řízení rizik je u nás plně vnímán, až když dojde



k závažné mimořádné události, přestože každého napadne, že je lepší krizovým situacím předcházet než odstraňovat jejich následky. Každý ředitel nemocnice by se měl zamyslet, zda je výhodnější manažera rizik mít či nemít, protože se neustále pohybují mezi riziky. I kvalitní nemocnice může svoji kvalitu a pověst rychle ztratit. V médiích slyšíme neustále o mnoha mimořádných událostech a pochybeních, které mají závažné důsledky a často jsou zbytečné (Škrla, Škrlová, 2008, s. 97).

### **3.8.4 Bezpečnostní kultura**

Volný anglický překlad výrazu Safety culture poukazuje na takovou organizační kulturu, jejíž členové chtějí poskytovat bezpečnou léčebnou péči a v zájmu bezpečné péče nemají obavy z přiznání vlastního omylu. Jedná se tedy o prostředí, ve kterém se za pochybení netrestá, ale úsilí všech zaměstnanců směřuje k opatřením, která omyly a pochybení výrazně omezí. V roce 2005 vznikla Lucemburská dohoda o bezpečnosti pacientů, která vyzývá evropské země, aby vytvořily takovou kulturu, která není zaměřena na trestání za pochybení, ale takovou kulturu, která se z pochybení a mimořádných událostí poučí a získá nové poznatky (Škrla, Škrlová, 2008, s. 97).

V Safety culture se dostává postoj personálu k bezpečnosti pacientů do popředí, neustále se pracuje na nových postupech pro bezpečnější systém péče. Aby takový systém fungoval, musí být definován v dokumentech organizace a je nutné, aby měl podporu vrcholového managementu, právníků, politiků, zaměstnanců apod. Důležité je také uvědomění si, že pochybení není jen osobní selhání, ale že jde o výsledek více faktorů. K odstranění těchto faktorů je nutné vytvářet nové vzorce chování a hodnoty sloužící k eliminaci nebezpečí poškození zdraví klientů zdravotnického zařízení. Jednou důležitou změnou je přístup k trestání zaměstnanců za pochybení, který je chybně nastaven – počítá se s tím, že zdravotník by chyby dělat neměl a pokud se nějakého omylu dopustí, musí nést odpovědnost a být potrestán, trest pak také slouží k varování ostatních zaměstnanců. Je tedy nutné, aby zdravotnická zařízení zaujala takový postoj a zavedla změny, aby se zaměstnanci nebáli hlásit svá pochybení, aby poté nemocnice mohla zavést novinky, které by zlepšily bezpečnost pacientů (Škrla, Škrlová, 2008, s. 98).

V zařízeních, kde je již Safety culture zavedena, management věří, že zdravotníci se nemýlí úmyslně, že k pochybením dochází vlivem špatně nastaveného systému, a proto se snaží

směrnice a procedury upravovat. Bezpečnostní kultura není podporou neodpovědnosti zdravotníků, nepřehlíží nedbalost v péči, nedodržování protokolů ani netoleruje neochotu k hlášení mimořádných událostí. Implementace bezpečnostní kultury v zahraničí není jednoduchá a v České republice bude ještě obtížnější (Škrla, Škrlová, 2008, s. 99 - 100).

## 4 HODNOCENÍ KVALITY PÉČE O RODIČKU

V Pardubickém kraji, který má přibližně 516 000 obyvatel (k 31. 12. 2013) se v roce 2013 narodilo 5077 dětí v pěti porodnicích. Hodnocením kvality péče v porodnicích se rozumí péče o těhotnou či rodící ženu při příjmu do porodnice, péče o rodičku během porodu, péče o ženu a novorozence na lůžkovém oddělení, včetně podpory a podávání informací o kojení. Do oblasti péče v porodnici také patří úroveň poskytovaných hotelových služeb (Český statistický úřad, 2014).

Dle Bártlové a Hnilicové (2000) byly identifikovány 3 hlavní oblasti péče, které jsou z pohledu klientů důležité a hodnotí je. Je to:

- **kvalita péče**, která zahrnuje spokojenost klientek s přístupem a odbornými kompetencemi zdravotnického personálu a s technickým vybavením,
- **poskytování informací**, jímž se rozumí podávání informací klientům ohledně nemoci, diagnostických a terapeutických postupů, prognostických informací, medikace a také dostatečné informování při propuštění z nemocnice,
- **hotelové služby**, které představují hygienu, úroveň úklidu a spokojenost s čistotou v nemocnici, dále spokojenost se stravou a jejím podáváním a celkově spokojenost s denním režimem (Bártlová, Hnilicová, 2000, s. 66 – 72).

Protože je výzkumná část této diplomové práce zaměřena na spokojenost v oblasti komunikace v porodnicích Pardubického kraje, z uvedených oblastí se zabývá přístupem zdravotnického personálu ke klientkám, konkrétně představováním se při prvním kontaktu se ženou. Představení se jménem je projevem slušného chování a každý klient zdravotnického zařízení má právo znát identitu ošetřující osoby. Dále bylo výzkumné šetření zaměřeno na sdělování informací, přesněji nabídku epidurální analgezie a spokojenost s objemem podaných informací o kojení (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010).

## **4.1 Příjem rodičky na porodní sál**

Těhotná žena se na porodní sál dostaví v případě, že nastoupily pravidelné nebo nepravidelné děložní kontrakce, došlo k ruptuře vaku blan, pokud žena začala krvácet. Dále žena přichází na porodní sál k plánovanému příjmu z důvodu elektivního císařského řezu nebo indukce porodu, nebo se k příjmu dostaví z důvodu jakýchkoli komplikací. (Slezáková, 2012, s.166 – 167).

Při příjmu rodičky se odebírá anamnéza, která se doplňuje údaji z těhotenské průkazky. Již při tomto prvním setkání žena vnímá, jak se personál chová a všímá si pozitivních i negativních stránek. Dále se porodní asistentka zajímá o průběh porodu před příchodem na porodní sál, pokud se nejedná o plánový příjem. Porodní asistentka provede základní fyzikální vyšetření – změří krevní tlak, puls, tělesnou teplotu a zhodnotí váhový přírůstek v graviditě. Porodní asistentka také natočí kardiokografický záznam děložní činnosti a srdeční akce plodu. Následuje průkaz odtoku vody plodové, nejčastěji chemickou reakcí Temesvaryho činidlem, vaginálním vyšetřením nebo ultrazvukem. Lékař ženu komplexně vyšetří, včetně zevního a vnitřního porodnického vyšetření a vyšetření prsů. Příjmové vyšetření může být doplněno ultrazvukovým vyšetřením.

Pokud lékař rozhodne o nutnosti hospitalizace, informuje rodičku, která tento úkon potvrdí podpisem informovaného souhlasu. Stále více žen přichází k porodu s jasnou představou a požadavky, o tom je dobré si s lékařem i porodní asistentkou pohovořit ihned při přijetí a ujasnit si, co je nebo není splnitelné a za jakých podmínek. Personál by měl rodičku informovat o důvodech jednotlivých opatření, o postupech a úkonech, aby chápala jejich smysl a tím se zbavila strachu a nejistoty. Dle aktuálního stavu žena po přijetí buď zůstává na porodním sále nebo je uložena na lůžkové oddělení (Roztočil, 2008, s.59 – 61; Slezáková, 2011, s.167 – 168).

## **4.2 Péče v průběhu porodu**

### **4.2.1 První doba porodní**

Porod je zahájen nástupem pravidelných děložních kontrakcí, které vedou k otevírání děložního hrdla a porodnické branky, první doba porodní je nejdelší částí porodu. Frekvence kontrakcí je zpočátku 1 – 2 za 10 minut, ale postupně se zvyšuje a doba trvání kontrakce se

prodlužuje, což vede ke stupňující se bolesti, kterou žena pociťuje. Z této bolesti mají budoucí matky strach, proto se před porodem velmi zajímají o její tlášení. Nejnámější analgezií je tzv. epidurální analgezie, která patří do oblasti regionální analgezie. V průběhu první doby porodní se pozornost zaměřuje na somatický i psychický stav rodičky, zásobení plodu kyslíkem a na postup porodu. Všechna zjištění a výsledky je nutné včas, správně a srozumitelně zapsat do dokumentace, která musí být řádně vedena jak lékařem, tak porodní asistentkou. V první době porodní sledujeme děložní činnost – frekvenci, sílu, délku trvání; dále bolest rodičky, kterou můžeme kromě epidurální analgezie tlumit intramuskulárně, inhalačně, teplou sprchou, koupelí, masáží, aromaterapií, polohováním atd. Důležitou roli v této části porodu hraje psychoprofylaktická příprava ženy a přítomnost blízké osoby. Dále je během porodu monitorována srdeční akce plodu, progresse hlavičky v porodních cestách, odtok plodové vody, somatický a psychický stav rodičky (Roztočil, 2008, s. 316; Slezáková, 2011, s.168 - 170).

#### **4.2.2 Epidurální analgezie**

Epidurální analgezie je jednou z neúčinnějších metod tlumení porodních bolestí, její účinnost je přibližně 95 %. Během cca 20 let, kdy se u nás používá, prošla vývojem a byla různě modifikována. Neustále se vyvíjí nová anestetika, která by co nejméně ovlivňovala stav matky i plodu a průběh porodu. Epidurální analgezie představuje přechodné přerušení vedení nervových vzruchů aplikací lokálního anestetika do prostoru v oblasti bederní páteře. Lokální anestetika se kombinují s lipofilními opioidy. Mezi podmínky epidurální analgezie patří přítomnost erudovaného personálu, kontinuální monitoring matky i plodu, statimové vyšetření koagulace, dostupnost potřebného vybavení a nástup pravidelné děložní činnosti. Porodní analgezie musí být cenově dostupná, nesmí zvýšit morbiditu ani mortalitu, je důležité, aby co nejméně ovlivňovala děložní kontrakce a aby bylo případně možné přejít na anestezii pro císařský řez. Epidurální analgezií aplikuje anesteziolog (Pařízek a kol., 2009; s. 441; Pařízek, Bláha, Nosková, 2012, s. 347; Roztočil, 2008, s.316).

#### **4.2.3 Druhá doba porodní**

Druhá doba porodní začíná zánikem porodnické branky a končí porodem plodu. V této části porodu přichází kontrakce si každé 3 minuty a trvá průměrně 60 – 90 vteřin. Rodička pociťuje vlivem sestupující hlavičky plodu nucení tlačit, správné zapojení břišního lisu a bránice pomáhá dalšímu postupu hlavičky v porodních cestách. Po porodu hlavičky následuje porod

ramének a vybavení plodu. Hlavním úkolem porodní asistentky v této porodní době je kontinuální monitoring stavu matky i plodu, příprava ženy k porodu a příprava pomůcek a prostředí, dále pak dle zvyklostí pracoviště vedení porodu. Porodnický tým musí s rodičkou komunikovat, dávat jasné a srozumitelné pokyny, ženu podporovat, uklidňovat a vysvětlovat jí kroky, které budou následovat. Důležité je udržovat stálý slovní kontakt. Pokud stav novorozence i matky dovolí, novorozence pokládáme co nejdříve matce na hrudník (Roztočil, 2008, s.115 – 166; Slezáková, 2011, s.177 – 180).

#### **4.2.4 Třetí a čtvrtá doba porodní**

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a je ukončena porodem placenty. Tuto fázi můžeme rozdělit na 3 fáze. První fáze je odlučovací, kdy se děloha retrahuje a odlučuje placentu. Druhá fáze je vypuzovací, kdy se opět objevuje pocit nucení k tlačení a žena placentu vytlačí. Poslední fáze je hemostatická, kdy dochází k zástavě krvácení z ranné plochy vlivem hemokoagulace, trombózy cév a komprese kontrakcí hladkého děložního svalstva. Placentu s plodovými obaly je nutné zkontrolovat, zda je vše kompletní. Téměř v celé republice je třetí doba porodní vedena tzv. aktivně, což představuje intravenózní aplikaci methylergometrinu nebo oxytocinu. Toto opatření vede k rychlejšímu odloučení placenty a tím k nižším krevním ztrátám. Čtvrtá doba porodní, doba poporodní, je dvouhodinové období, které žena tráví ještě na porodním sále. V tomto období je nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (Roztočil, 2008, s.117 – 118; Slezáková, 2011, s.182 – 183).

### **4.3 Péče na oddělení šestinedělí a fyziologických novorozenců**

Péče o ženu v šestinedělí je v českých porodnicích poskytována systémem rooming-in, což znamená, že matka je s novorozencem na jednom pokoji. Může s ním být nepřetržitě nebo jen během dne, záleží především na jejím stavu. Systém je přínosem z hlediska psychologického – vede k vytváření vztahu, matka se během pobytu naučí i péči o novorozence. Rooming-in je přínosem i pro nástup laktace a rozvoj kojení. Z epidemiologického hlediska je významný pro prevenci nozokomiálních nákaz (Šráčková, 2007).

Délka pobytu na oddělení šestinedělí je individuální, záleží na stavu matky a novorozence. Pro fyziologickou rodičku i novorozence je doporučen pobyt v délce minimálně 72 hodin od porodu, v této době se projevují různé poporodní komplikace jak u matky, tak u novorozence. Základem péče je sledování změn v šestinedělí, jako je výška fundu

děložního, stav hojení porodního poranění, fyziologické funkce, močení, stolice, psychický stav, vztah matky k novorozenci, nástup laktace. Úkolem personálu na oddělení šestinedělí je také zmírnění různých obtíží nefarmakologicky i farmakologicky dle ordinací lékaře, rehabilitace a edukace o průběhu šestinedělí, hygieně, výživě (Slezáková, 2011, s. 232).

Péče o novorozence většinou spadá pod oddělení fyziologických novorozenců, kde pracují všeobecné sestry, dětské sestry a porodní asistentky. Objektem jejich pozornosti je tedy hlavně novorozenec, matka především z důvodu kojení. V současnosti je přirozené výživě novorozence věnována velká pozornost, kojení je součástí Národního programu podpory zdraví a je složkou preventivních programů. Význam kojení chápe i odborná veřejnost, o čemž svědčí rostoucí počet nemocnic s označením Baby friendly hospital (nemocnice přátelské k dětem). Toto označení znamená, že v daném zařízení jsou vytvářeny podmínky pro maximální podporu kojení. Kojením se zabývají zejména dětské sestry spolupracující s porodními asistentkami z oddělení šestinedělí. UNICEF vydal pro porodnice a novorozenecká oddělení doporučení, kde nabádá k zahájení kojení do půl hodiny po porodu, neomezování délky a frekvence kojení, tedy nikoliv podle časového harmonogramu. Dále není laktačními odborníky doporučováno dokrmování. Pokud je dokrmování lékařsky indikováno, pak je vhodné ho provádět alternativním způsobem a ne lahví, nedoporučuje se používání pomůcek, které kazí techniku kojení (dudlíky, láhve). Laktační liga doporučuje naučit matku udržovat laktaci i v nepřítomnosti dítěte, odstříkáváním mléka. Matkám může být nabídnuta pomoc s kojením po propuštění, tzv. horká linka, kde jí zkušené dětské sestry nebo porodní asistentky po telefonu poradí, případně matka může využít jiné laktační poradkyně (Slezáková, 2011, s. 249 – 251; Unicef, 2010).

Kojení má mnoho výhod pro matku i pro dítě. Mateřské mléko má ideální teplotu, je kdykoliv k dispozici, je sterilní, obsahuje ideální poměr tuků, bílkovin a cukrů, které jsou snadno stravitelné, obsahuje protilátky a posiluje imunitu, kojené děti jsou tedy méně nemocné. U kojených dětí vzniká méně často alergie na kravské mléko, je prokázán nižší výskyt atopického ekzému, obezity, diabetu, alergií, infekcí. Kojení vlivem hormonů podporuje involuci dělohy a rychlejší návrat k původní tělesné hmotnosti. Kojení také zlepšuje vztah mezi matkou a dítětem. V neposlední řadě má kojení také ekonomické výhody – je levnější než umělá strava (Mrázková, 2009; Slezáková, 2011, s. 249 – 251).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

#### **Cíle výzkumu:**

Cílem diplomové práce bylo v teoretické rovině: Zmapovat problematiku managementu zdravotnictví, řízení kvality a rizik ve zdravotnictví a hodnocení kvality zdravotnické péče a spokojenosti klientů zdravotnických zařízení.

Cílem diplomové práce bylo ve výzkumné rovině: Zjistit spokojenost s poskytovanou péčí v porodnicích Pardubického kraje v oblasti komunikace s klientkami.

#### **Na základě cílů výzkumu a studia literatury jsme stanovily tyto výzkumné otázky:**

VO 1: Jaké rozdíly jsou v chování zdravotnického personálu při prvním kontaktu s klientkami v posuzovaných obdobích?

VO 2: Jaké rozdíly jsou v nabídce tišení bolesti při porodu ve sledovaných obdobích?

VO 3: Jaké rozdíly jsou v objemu poskytovaných informací o kojení ve sledovaných obdobích?

#### **Na základě výzkumných otázek jsme pro náš výzkum stanovily tyto hypotézy:**

Hypotéza 1: Chování personálu při prvním kontaktu s klientkami je v obou sběrných obdobích hodnoceno stejně.

Hypotéza 2: Nabídka epidurální analgezie byla v prvním i druhém sběrném období stejná.

Hypotéza 3: Spokojenost s objemem podaných informací o kojení byla v obou sběrných obdobích stejná.



## **6 METODIKA**

Výzkumné šetření proběhlo v rámci Projektu KVALITA, který se formou dotazníkového šetření uskutečnil v pěti nemocnicích Pardubického kraje. Hodnocení spokojenosti probíhá opakovaně na lůžkových odděleních, v ambulantních částech nemocnic a na porodnicích. Výzkumné šetření prezentované v této diplomové práci se týká péče na porodnicích. Hodnoceným zařízením byla zaručena anonymita, proto jsou označeny písmeny A, B, C, D a E.

Sběr dat proběhl v jarním období únor – březen 2013 a v podzimním období září – listopad 2013. V této části práce je popsána metodika sběru a zpracování dat, popis výzkumného souboru a prezentace výsledků výzkumu.

### **6.1 Metodika sběru a zpracování dat**

Ke sběru dat bylo použito dotazníkové šetření. Dotazníky byly vypracovány ve spolupráci se zřizovatelem nemocnic, s Pardubickým krajem. Dotazník obsahuje 20 položek, z nichž část byla po prvním období modifikována na základě nově vzniklých potřeb a požadavků zdravotnických zařízení. V současné verzi dotazníku se otázky zaměřují na demografické údaje, podávání informací klientkám, tlumení bolesti, zajištění intimity a respektu, míru spokojenosti s péčí porodních asistentek, dětských sester a lékařů na porodním sále, oddělení šestinedělí a novorozeneckém oddělení. Část dotazníku se zaměřuje rovněž na úroveň čistoty a úklidových služeb. Na závěr dotazníku se respondentky vyjadřují k úrovni jejich pobytu v nemocnici, a zda by danou nemocnici klientky doporučily ostatním (Příloha B).

Aby byla účastníkům výzkumu zajištěna anonymita, byly dotazníky k dispozici v tištěné podobě v nemocnicích a respondentky je odevzdávaly do připravených sběrných boxů nebo je mohly vyplnit v pohodlí domova v elektronické podobě na webu jednotlivých zařízení. Tištěné dotazníky byly pomocí programu Lime Survey© převedeny do elektronické podoby, aby se s daty mohlo dále pracovat v programech Microsoft Office Excel 2007 a STATISTICA© (Beranová, 2008; Fotis Fotopulos, 2009).

## 6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentkami výzkumného šetření zaměřeného na hodnocení spokojenosti klientek porodnických oddělení byly rodičky, které byly v uvedených obdobích hospitalizovány na gynekologicko-porodnických odděleních nemocnic v Pardubickém kraji.

V jarním sběrném období se celkem výzkumného šetření zúčastnilo 316 respondentek, z toho v nemocnici A 55 respondentek, v nemocnici B 40 rodiček, v nemocnici C 36 respondentek, v nemocnici D 97 klientek a v nemocnici E 88 respondentek.

V podzimním sběrném období se celkem zúčastnilo 328 respondentek, z toho v porodnici A se výzkumu zúčastnilo 128 klientek, v nemocnici C 30 žen, v porodnici D 55 respondentek a v nemocnici E 115 žen. Porodnice B se výzkumu z důvodu uzavření oddělení již nezúčastnila. Výzkumný vzorek tedy tvořilo celkem 644 žen.

Největší část výzkumného souboru, 338 (52,48 %) žen, byla ve věku 20 – 30 let. Druhou nejpočetnější skupinou byla kategorie 31 – 40 let, a sice 291 (45,19 %) žen. Do věkové skupiny 19 let a méně bylo zařazeno 9 (1,40 %) respondentek, kategorii 41 a více let označilo 6 (0,93 %) žen. V jarním sběrném období byly věkové skupiny 20 – 30 let a 31- 40 let zastoupeny téměř stejným počtem klientek, a sice v kategorii 20 – 30 let to bylo 155 (49,05 %) žen a ve věku 31 – 40 let 156 (49,37 %) žen. Do nejmladší kategorie byly zařazeny 3 (0,95 %) respondentky a do skupiny 41 let a více 2 (0,63 %) klientky. V podzimní sběrném období byl rozdíl mezi nejpočetnějšími skupinami větší, a sice v kategorii 20 – 30 let bylo zařazeno 183 (55,79 %) žen a ke skupině 31 – 40 let se hlásilo 135 (41,16 %) respondentek. 6 (1,83 %) matek bylo devatenáctiletých nebo mladší a 4 (1,22 %) ženy byly ve věku 41 let a více.

Z celého výzkumného souboru 290 (45 %) klientek rodilo poprvé, 354 (55 %) žen již mělo zkušenost s porodem. V období únor – březen se výzkumu zúčastnilo 131 (41,46 %) prvorodiček a 180 (56,96 %) vícerodiček, 5 (1,58 %) žen na tuto otázku neodpovědělo. V období září – listopad v porodnicích Pardubického kraje poprvé rodilo 159 (48,48 %) respondentek, 168 (51,22 %) klientek odpovědělo, že už mají zkušenost s porodem. V podzimním období se ohledně parity nevyjádřila 1 (0,30 %) žena (Příloha A).

## 6.3 Statistická metodika

Statistické zpracování dat probíhalo pomocí programů Microsoft Office Excel 2007 a Statistica®. Pro přehlednost výsledků byly vytvořeny tabulky (Beranová, 2008).

### 6.3.1 Tabulky četností

Tabulky četností v této diplomové práci obsahují následující položky: četnost absolutní a relativní, celkový součet ( $\Sigma$ ). Četností se rozumí počet respondentek. Relativní četnost ( $f_i$ ) je podíl četnosti absolutní ( $n_i$ ) a celkového počtu respondentek ( $n$ ) (Chráška, 2007, s. 39 – 42).

Nejčastěji používaná jednotka pro vyjádření relativní četnosti je procento (%), proto je použita i v tabulkách v této práci. Poskytuje nám informaci o tom, jak velká část z celkového počtu na danou kategorii připadá (Chráška, 2007, s. 39 – 42).

### 6.3.2 Kontingenční tabulky a chí-kvadrát ( $\chi^2$ ) testy

Kontingencí se rozumí závislost nominálních a kvantitativních proměnných. Na základě těchto proměnných se vytvoří kontingenční tabulka. Chí-kvadrát test je jeden z testů dobré shody. Před testováním si musíme stanovit nulové hypotézy, které následně ověřujeme pomocí výpočtů. S nulovými hypotézami si stanovujeme také alternativní hypotézy pro případ, že bychom nulovou hypotézu zamítli. Obecně lze říci, že nulová hypotéza ( $H_0$ ) nepředpokládá rozdíl mezi sledovanými jevy a alternativní hypotéza ( $H_A$ ) tvrdí, že mezi sledovanými jevy je statisticky významný rozdíl. K tomuto účelu se vypočítá chí-kvadrát test.

## 7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

Získaná data byla zpracována do tabulek četností a kontingenčních tabulek. U 4 položek z dotazníku byly stanoveny nulové, alternativní a pracovní hypotézy. Poté byl použit Pearsonův chí-kvadrát test k ověření platnosti nulových hypotéz. V diplomové práci jsou výsledky jednotlivých porodnic prezentovány anonymně, porodnice své dílčí výsledky obdržely a v rámci kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče vytvořily na jejich základě opatření pro zlepšení stavu. Porodnice jsou označeny písmeny A, B, C, D, E.

### 7.1 Statistické ověření hypotéz

V následující části je zpracováno statistické ověření stanovených hypotéz, dále ze kterých položek dotazníku hypotézy vycházejí a jaké statistické metody byly použity.

Pro zjištění statistické významnosti rozdílů jsme si stanovily hladinu významnosti ( $\alpha$ ) na hodnotu 5 % ( $\alpha = 0,05$ ). Tato hodnota se porovnávala s hodnotou  $p$ , kterou jsme získaly pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Platí, že pokud  $p < \alpha$ , pak se nulová hypotéza zamítá a přijímá se alternativní hypotéza a pokud  $p > \alpha$  nulová hypotéza se nezamítá.

#### 7.1.1 Hypotéza 1

K první hypotéze se vztahují dotazníkové otázky číslo 4 a 5, které se zabývají představováním personálu při prvním kontaktu s klientkami. Představování personálu je hodnoceno obecně, ve statistickém zpracování není rozděleno na lékaře a porodní asistentky. Ke statistickému zpracování byla použita kontingenční tabulka a Pearsonův chí-kvadrát test.

#### **Stanovené hypotézy:**

Hypotéza 1: Chování personálu při prvním kontaktu s klientkami je v obou sběrných obdobích hodnoceno stejně.

Pracovní hypotéza: Na odpověď klientky nemá vliv sledované období.

Nulová hypotéza: Mezi chováním personálu při prvním kontaktu není mezi sledovanými obdobími statisticky významný rozdíl.

Alternativní hypotéza: Mezi chováním personálu při prvním kontaktu je mezi sledovanými obdobími rozdíl.

Hypotéza 1 vycházela z dotazníkových otázek č. 4 a 5:

**Otázka č. 4: Představili se Vám lékaři při prvním kontaktu s Vámi?**

Respondentky vybíraly ze 4 možných odpovědí:

- a) ano, vždy
- b) téměř vždy
- c) téměř nikdy
- d) nikdy

**Otázka č. 5: Představili se Vám porodní asistentky při prvním kontaktu s Vámi?**

Respondentky vybíraly ze 4 možných odpovědí:

- a) ano, vždy
- b) téměř vždy
- c) téměř nikdy
- d) nikdy

**Tabulka 1 Představování lékařů**

		A		C		D		E		Σ	
		únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad
Ano, vždy	<b>n<sub>i</sub></b>	29	78	22	20	78	44	57	93	<b>186</b>	<b>235</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	52,73	60,94	61,11	66,67	80,41	80	64,77	80,87	<b>67,39</b>	<b>71,65</b>
Téměř vždy	<b>n<sub>i</sub></b>	18	41	10	9	19	10	25	16	<b>72</b>	<b>76</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	32,73	32,03	27,78	30	19,59	18,18	28,41	13,91	<b>26,09</b>	<b>23,17</b>
Téměř nikdy	<b>n<sub>i</sub></b>	5	7	3	1	0	1	4	3	<b>12</b>	<b>12</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	9,09	5,47	8,33	3,33	0	1,82	4,55	2,61	<b>4,35</b>	<b>3,66</b>
Nikdy	<b>n<sub>i</sub></b>	3	2	1	0	0	0	1	2	<b>5</b>	<b>4</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	5,45	1,56	2,78	0	0	0	1,14	1,74	<b>1,81</b>	<b>1,22</b>
Bez odpovědi	<b>n<sub>i</sub></b>	0	0	0	0	0	0	1	1	<b>1</b>	<b>1</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	0	0	0	0	0	0	1,14	0,87	<b>0,36</b>	<b>0,30</b>
Σ	<b>n<sub>i</sub></b>	55	128	36	30	97	55	88	115	<b>276</b>	<b>328</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	100	100	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabulka 2 Představování porodních asistentek**

		A		C		D		E		Σ	
		únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad
Ano, vždy	<b>n<sub>i</sub></b>	30	77	23	19	86	52	55	84	<b>194</b>	<b>232</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	54,55	60,16	63,89	63,33	88,66	94,55	62,50	73,04	<b>70,29</b>	<b>70,73</b>
Téměř vždy	<b>n<sub>i</sub></b>	14	40	11	9	10	2	19	26	<b>54</b>	<b>77</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	25,45	31,25	30,56	30	10,31	3,64	21,59	22,61	<b>19,57</b>	<b>23,48</b>
Téměř nikdy	<b>n<sub>i</sub></b>	6	7	1	2	1	1	7	1	<b>15</b>	<b>11</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	10,91	5,47	2,78	6,67	1,03	1,82	7,95	0,87	<b>5,43</b>	<b>3,35</b>
Nikdy	<b>n<sub>i</sub></b>	5	3	1	0	0	0	5	3	<b>11</b>	<b>6</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	9,09	2,34	2,78	0	0	0	5,68	2,61	<b>3,99</b>	<b>1,83</b>
Bez odpovědi	<b>n<sub>i</sub></b>	0	1	0	0	0	0	2	1	<b>2</b>	<b>2</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	0	0,78	0	0	0	0	2,27	0,87	<b>0,72</b>	<b>0,61</b>
Σ	<b>n<sub>i</sub></b>	55	128	36	30	97	55	88	115	<b>276</b>	<b>328</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	100	100	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabulka 3 Kontingenční tabulka představování zdrav. personálu**

odpověď	únor - březen	září - listopad	$\Sigma$
Ano, vždy	414	467	881
Téměř vždy	254	53	307
Téměř nikdy	41	23	64
Nikdy	20	10	30
Bez odpovědi	4	3	7
$\Sigma$	733	556	1289

Při testování hypotézy 1 Pearsonovým chí-kvadrátem vyšla hodnota  $p < \alpha$ , nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, což znamená, že v představování zdravotnického personálu je mezi obdobími statisticky významný rozdíl.

Z tabulek četností (Tabulky 1 a 2) vyplývá, že se lékaři ve druhém sběrném období klientkám představovali častěji než prvním období, v jarním období se lékaři představili vždy 186 (67,39 %) ženám, zatímco v podzimním období se vždy představili 235 (71,65 %) klientkám. Největší rozdíl v četnostech odpovědi *Ano, vždy* můžeme vidět v porodnici E, kde tuto odpověď v prvním období označilo 57 (64,77 %) žen, ale ve druhém období se lékaři vždy představili 93 (80,87 %) respondentkám.

Porodní asistentky se v jarním období respondentkám při prvním kontaktu vždy představili v 194 (70,29 %) případech, v období září – listopad tuto možnost označilo 180 (71,65 %) žen. Oproti jarnímu období se četnost odpovědi *Nikdy* v podzimním období ve všech porodnicích snížila.

Celkově se četnost představování zdravotnického personálu vždy při prvním kontaktu ve druhém období zvýšila.

### 7.1.2 Hypotéza 2

Ke druhé hypotéze se vztahuje dotazníková otázka číslo 3, která se zajímá o nabídku tišení bolesti při porodu (epidurální analgezi) klientkám. Ke statistickému zpracování byla použita kontingenční tabulka a Pearsonův chí-kvadrát test.

#### Stanovené hypotézy:

Hypotéza 2: Nabídka epidurální analgezie byla v prvním i druhém sběrném období stejná.

Pracovní hypotéza: Na odpověď klientky nemá vliv sledované období.

Nulová hypotéza: V nabídce epidurální analgezie není mezi sledovanými obdobími statisticky významný rozdíl.

Alternativní hypotéza: V nabídce epidurální analgezie je mezi sledovanými obdobími rozdíl.

Hypotéza 2 vycházela z dotazníkové otázky č. 3:

**Otázka č. 3: Byl Vám nabídnut porod s tišením bolesti (v epidurální analgezi)?**

Ženy mohly vybírat ze dvou odpovědí:

a) ano

b) ne

**Tabulka 4 Nabídka epidurální analgezie**

		A		C		D		E		Σ	
		únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad
Ano	<b>n<sub>i</sub></b>	35	95	24	12	82	46	41	60	<b>182</b>	<b>213</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	63,64	74,22	66,67	40	84,54	83,64	46,59	52,17	<b>65,94</b>	<b>64,94</b>
Ne	<b>n<sub>i</sub></b>	18	29	12	17	10	8	43	51	<b>83</b>	<b>105</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	32,73	22,66	33,33	56,67	10,31	14,55	48,86	44,35	<b>30,07</b>	<b>32,01</b>
Bez odpovědi	<b>n<sub>i</sub></b>	2	4	0	1	5	1	4	4	<b>11</b>	<b>10</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	3,64	3,12	0	3,33	5,15	1,82	4,55	3,48	<b>3,99</b>	<b>3,05</b>
Σ	<b>n<sub>i</sub></b>	55	128	36	30	97	55	88	115	<b>276</b>	<b>328</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	100	100	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabulka 5 Kontingenční tabulka nabídky epidurální analgezie**

odpověď	únor - březen	září - listopad	Σ
Ano	192	213	405
Ne	109	105	214
Bez odpovědi	15	10	25
Σ	316	328	644

Při testování hypotézy 2 Pearsonovým chí-kvadrátem vyšla hodnota  $p > \alpha$ , nulovou hypotézu tedy nezamítáme, což znamená, že v nabídce porodu s tišením bolesti není mezi jednotlivými obdobími statisticky významný rozdíl.



Celkově v období únor – březen odpovědělo kladně 182 (65,94 %) žen, v období září – listopad 213 (64,94 %) klientek z celkového počtu 644 (100 %), nabídka se tedy mírně snížila. Pouze v nemocnici A a E se nabídka epidurální analgezie ve druhém sběrném období zvýšila, výrazně se snížila v porodnici C, kde v jarním období kladně odpovědělo 24 (66,67 %) žen a v podzimním jen 12 (40 %) klientek (Tabulky 4 a 5).

### **7.1.3 Hypotéza 3**

Ke třetí hypotéze se vztahuje dotazníková otázka číslo 15, která se ptá na dostatek informací a podpory ke kojení. Ke statistickému zpracování byla použita kontingenční tabulka a Pearsonův chí-kvadrát test.

#### **Stanovené hypotézy:**

Hypotéza 3: Spokojenost s objemem podaných informací o kojení byla v obou sběrných obdobích stejná.

Pracovní hypotéza: Na odpověď klientky nemá vliv sledované období.

Nulová hypotéza: Ve spokojenosti s objemem podaných informací o kojení není mezi sledovanými obdobími statisticky významný rozdíl.

Alternativní hypotéza: Ve spokojenosti s objemem podaných informací o kojení je mezi sledovanými obdobími rozdíl.

Hypotéza 3 vycházela z dotazníkové otázky č. 15:

#### **Otázka č. 15: Dostala jste dostatek informací a podpory, abyste mohla kojit svoje dítě?**

Respondentky vybíraly ze 4 možných odpovědí:

- a) ano, mám dostatek informací a dítě kojím
- b) informací a podpory bych přivítala více, ale dítě kojím
- c) informací a podpory kojení bylo nedostatek
- d) dítě nekojím

**Tabulka 6 Podpora kojení**

		A		C		D		E		Σ	
		únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad	únor - březen	září - listopad
Ano, mám dostatek informací a dítě kojím	<b>n<sub>i</sub></b>	52	118	29	28	91	53	73	98	<b>245</b>	<b>297</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	94,55	92,19	80,56	93,33	93,81	96,36	82,95	85,22	<b>88,77</b>	<b>90,55</b>
Informací a podpory bych přivítala více, ale dítě kojím	<b>n<sub>i</sub></b>	2	7	4	2	3	0	10	12	<b>19</b>	<b>21</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	3,64	5,47	11,11	6,67	3,09	0	11,36	10,43	<b>6,88</b>	<b>6,40</b>
Informací a podpory kojení bylo nedostatek	<b>n<sub>i</sub></b>	0	0	3	0	0	0	2	1	<b>5</b>	<b>1</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	0	0	8,33	0	0	0	2,27	0,87	<b>1,81</b>	<b>0,30</b>
Dítě nekojím	<b>n<sub>i</sub></b>	1	3	0	0	0	1	2	4	<b>3</b>	<b>8</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	1,82	2,34	0	0	0	1,82	2,27	3,48	<b>1,09</b>	<b>2,44</b>
Bez odpovědi	<b>n<sub>i</sub></b>	0	0	0	0	3	1	1	0	<b>4</b>	<b>1</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	0	0	0	0	3,09	1,82	1,14	0	<b>1,45</b>	<b>0,30</b>
Σ	<b>n<sub>i</sub></b>	55	128	36	30	97	55	88	115	<b>276</b>	<b>328</b>
	<b>f<sub>i</sub></b>	100	100	100	100	100	100	100	100	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabulka 7 Kontingenční tabulka podpory kojení**

odpověď	únor - březen	září - listopad	$\Sigma$
Ano, mám dostatek informací a dítě kojím	276	297	573
Informací a podpory bych přivítala více, ale dítě kojím	26	21	47
Informací a podpory kojení bylo nedostatek	6	1	7
Dítě nekojím	4	8	12
Bez odpovědi	4	1	5
$\Sigma$	316	328	644

Při testování hypotézy 3 Pearsonovým chí-kvadrátem vyšla hodnota  $p > \alpha$ , nulovou hypotézu tedy nezamítáme, což znamená, že ve spokojenosti s objemem podaných informací a podpory kojení není mezi jednotlivými obdobími statisticky významný rozdíl.

V tabulkách (Tabulkách 6 a 7) můžeme vidět, že v jarním sběrném období bylo s dostatkem informací a podpory kojení spokojeno 245 (88,77 %) žen a ve druhém sběrném období bylo takto spokojeno 297 (90,55 %) respondentek. V podzimním sběrném období se zvýšil počet nekojících žen. V období únor – březen své dítě nekojily 3 (1,09%) ženy, zatímco v období září – listopad se počet respondentek zvýšil na 8 (2,44 %), tedy více než zdvojnásobil. Největší rozdíl relativních četností mezi obdobími můžeme pozorovat v porodnici C, kde v prvním období bylo s dostatkem informací spokojeno 29 (80,56 %) žen a ve druhém sběrném období tuto možnost označilo 28 (93,33 %) klientek.

## 8 DISKUZE

Diplomová práce byla zaměřena na kvalitu poskytované zdravotní péče v porodnicích a hodnocení této kvality. Jedná se o problematiku, dle autorky, v dnešní době velmi důležitou a mezi laiky diskutovanou. Těhotné ženy se již několik týdnů před předpokládaným termínem porodu zajímají o to, co která porodnice nabízí, jaké jsou ceny služeb, jaký přístup má personál ke klientkám nebo jaké prostředí mohou v nemocnici čekat. Informace získávají buď osobně v nemocnici nebo také na internetu – na webových stránkách nemocnic nebo pročítají diskuzní fóra, kde se dozvídají jak pozitivní, tak negativní hodnocení od spotřebitelů zdravotní péče. Výsledky výzkumného šetření odhalily s čím jsou klientky v dané nemocnici spokojené a co by naopak nemocnice mohly vylepšit.

Na podzim roku 2012 proběhlo první období aktivního sběru dat, zúčastnily se 4 porodnice. Po tomto období byl dotazník pozměněn. Práce se zabývá výsledky z období únor – březen 2013 a září – listopad 2013, pro tato období byl použit stejný dotazník (viz Příloha B). Autorka se pokusí porovnat výsledky porodnic mezi těmito dvěma obdobími a zároveň je porovnat s původními domněnkami – s pracovními hypotézami, a najít odpovědi na výzkumné otázky. Jednotlivé porovnání porodnic ve dvou sběrných období mohlo být provedeno pouze u 4 nemocnic, protože porodnice B byla uzavřena.

Pro výzkumnou část byly stanoveny tři cíle. Na základě těchto cílů byly položeny tři výzkumné otázky a z výzkumných otázek byly odvozeny tři hypotézy. Tyto hypotézy byly statisticky testovány pomocí nulových a alternativních hypotéz. Nulové a alternativní hypotézy vycházejí ze 3 pracovních hypotéz, které zněly následovně:

**Hypotéza 1:** Chování personálu při prvním kontaktu s klientkami je v obou sběrných obdobích hodnoceno stejně.

**Hypotéza 2:** Nabídka epidurální analgezie byla v prvním i druhém sběrném období stejná.

**Hypotéza 3:** Spokojenost s objemem podaných informací o kojení byla v obou sběrných obdobích stejná.

**První pracovní hypotéza  $H_1$ :** *Chování personálu při prvním kontaktu s klientkami je v obou sběrných obdobích hodnoceno stejně*, vycházela z výzkumné otázky *VO 1: Jaké rozdíly jsou v chování zdravotnického personálu při prvním kontaktu s klientkami*

*v posuzovaných obdobích?* . Pro posouzení této hypotézy a nalezení odpovědi na výzkumnou otázku byla zpracována data z odpovědí na dotazníkové otázky č. 4 a 5, které se zabývaly představováním lékařů a porodních asistentek při prvním kontaktu s klientkami. Ke statistické analýze byl použit Pearsonův chí-kvadrát a kontingenční tabulka.

Bylo zjištěno, že z celkového počtu 276 (100 %) respondentek v prvním sběrném období únor – březen 2013 odpovědělo 186 (67,39 %) žen, že se jim lékaři vždy při prvním setkání představili. Zápornou odpověď, tedy že se jim lékaři nepředstavili *nikdy* nebo *téměř nikdy*, vybralo v tomto období 17 (6,16 %) žen. V podzimním období, září – listopad 2013, se výzkumu zúčastnilo 328 (100 %) klientek, z toho jich 235 (71,65 %) odpovědělo, že se jim lékaři vždy představili. Záporně v podzimním období odpovědělo 16 (4,88 %) dotázaných žen.

Porodní asistentky se v jarním sběrném období vždy představily 194 (70,29 %) ženám, téměř nikdy nebo nikdy se porodní asistentky nepředstavily 26 (9,42 %) respondentkám, z celkového počtu 276 (100 %). V období září – listopad se z celkového počtu 328 (100 %) žen porodní asistentky vždy představily 232 (70,73 %) respondentkám. V podzimním období na tuto otázku záporně odpovědělo 17 (5,18 %) žen.

Z porovnání relativních četností vyplývá, že četnost představování lékařů při prvním kontaktu se zvýšila, porodní asistentky se vždy při prvním setkání ve druhém sběrném období představovaly téměř stejně často jako v jarním období. Představování zdravotnického personálu ale bylo hodnoceno obecně, v prvním sběrném období bylo zjištěno, že při prvním kontaktu se pracovník vždy představil v 414 (56,48 %) případech, téměř vždy v 254 (34,65 %) situacích, téměř nikdy se zdravotník nepředstavil v 41 (5,59 %) případech, nikdy ve 20 (2,73 %) případech. V podzimním období byly výsledky následující: zdravotnický personál se vždy představil v 467 (83,99 %) případech, téměř vždy v 53 (9,53 %) případech, téměř nikdy v 23 (4,14 %) situacích a nikdy v 10 (1,80 %) případech.

Statistickým testováním bylo zjištěno, že nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, tedy že v představování zdravotnického personálu při prvním kontaktu je mezi sběrnými obdobími statisticky významný rozdíl. Odpověď na výzkumnou otázku *Jaké rozdíly jsou v chování zdravotnického personálu při prvním kontaktu s klientkami v posuzovaných obdobích?* tedy zní, že představování lékařů a porodních asistentek bylo ve druhém sběrném období hodnoceno jako častější než v prvním období. Mezi obdobími byl větší rozdíl v představování porodních asistentek. Na tento výsledek může mít vliv to, že

porodní asistentky se se ženou setkávají častěji, tráví s ní více času a proto možná na komunikaci začaly více dbát.

Lea Takács (2011) ve své odborné studii zaměřené na psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí uvádí sedm dimenzí spokojenosti rodiček. Mezi nimi je například zařazen přístup a chování personálu, komunikace zdravotníků a podpora kojení. Z výsledků studie vyplývá, že přístup a chování zdravotníků představují nejdůležitější kritérium v hodnocení spokojenosti rodiček s péčí. Rodičky oceňovaly především zájem zdravotníků o jejich pocity a empatii. Dále studie potvrzuje názor autorky, že představení se a podání ruky, tedy jednoduché projevy zdvořilosti, pomáhají ke snížení psychického napětí a strachu. Dalším, co rodičky ve studii komentovaly, byla vzájemná komunikace mezi zdravotníky. I tato komunikace ovlivňuje spokojenost rodiček s péčí, protože klientky vnímají i vzájemný respekt a nevraživost mezi kolegy. Na to by členové zdravotnického týmu neměli zapomínat (Takács, Kodyšová, 2011).

**Druhá pracovní hypotéza zněla *Nabídka epidurální analgezie byla v prvním i druhém sběrném období stejná.*** Tato hypotéza vycházela z výzkumné otázky ***VO 2: Jaké rozdíly jsou v nabídce tišení bolesti při porodu ve sledovaných obdobích?*** Pro posouzení této hypotézy a nalezení odpovědi na výzkumnou otázku byly zpracovány odpovědi na dotazníkovou otázku č. 3, která se zabývala nabídkou tišení bolesti při porodu - nabídkou epidurální analgezie. Ke statistické analýze byl použit Pearsonův chí-kvadrát a kontingenční tabulka.

Během zpracování dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 276 (100 %) respondentek v prvním sběrném období uvedlo 182 (65,94 %) žen, že jim epidurální analgezie byla nabídnuta, 83 (30,07 %) rodiček tuto nabídku nedostalo. V podzimním sběrném období se výzkumu zúčastnilo 328 (100 %) klientek a z toho jich 213 (64,94 %) odpovědělo, že jim tišení bolesti bylo nabídnuto, 105 (32,01 %) žen uvedlo, že nabídku epidurální analgezie nedostaly.

Největší rozdíl mezi obdobími je patrný v nemocnici A, kde se četnost kladných odpovědí zvýšila o více než 10 %. Naopak v nemocnici C se nabídka tišení bolesti snížila. Počet kladných odpovědí klesl z 24 (66,67 %) v jarním období na 12 (40 %) v podzimním období. V nemocnici D se počet kladných odpovědí snížil o necelé 1 % a v nemocnici E se podle odpovědí respondentek nabídka zvýšila přibližně o 5 %.

Statistickým testováním bylo pomocí výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu zjištěno, že nulovou hypotézu nezamítáme, tedy že v nabídce tišení bolesti při porodu není mezi obdobími statisticky významný rozdíl.

Četnosti odpovědí na otázku týkající se epidurální analgezie mohou být, kromě pracoviště, personálu apod., ovlivněny také tím, jaký porod respondentky měly. V některých dotaznících byly dopsány slovní odpovědi, jako například: „*Nestihlo se to.*“. Nebo pokud žena rodila císařským řezem, odpověděla, že jí epidurální analgezie nabídnuta nebyla a jako důvod, na který jsme se v dotazníku však neptaly, uvedla operativní porod. Tyto informace ale nebylo možné nijak vyhodnotit. Posouzení, zda dotazník do výzkumu zařadit, či nikoliv, nebylo možné, proto na ně nebyl brán zřetel a s odpověďmi bylo při zpracování dat počítáno. Počet dotazníků, ve kterých nebyla nalezena odpověď na tuto otázku je uveden v tabulkách v kapitole Interpretace výsledků a statistické ověřování. Pro lepší výpověď a další zpracování výsledků týkajících se tohoto tématu by bylo dobré do dotazníku zařadit otázku týkající se na způsob porodu, aby zpracovatel věděl, zda žena rodila vaginálně, elektivním císařským řezem nebo akutním císařským řezem.

Jak připomíná Pařízek (2012) ve své studii zaměřené na tišení bolesti v českých porodnicích, nabídka epidurální analgezie je mezioborová záležitost. Nezávisí jen na gynekologicko – porodnických odděleních, ale také na možnostech a dostupnosti personálu oddělení anesteziologicko – resuscitačního. To může nabídku a aplikaci zkomplikovat především v menších porodnicích v době, kdy je přítomný už jen sloužící lékař. Pařízek uvádí, že v roce 2009 byla epidurální analgezie při spontánním porodu nabízena v 89 (91,7 %) porodnicích z celkového počtu dotázaných 103 (100 %) nemocničních zařízení. Studií však bylo také zjištěno, že počet zařízení, kde byla tato služba nabízena 24 hodin denně, bylo méně, a sice 87 (89,7 %). Pařízek se ve studii nezabývá jen epidurální analgezií, ale i jinými způsoby tišení porodních bolestí. Zmiňuje například využívání oxidu dusného, v českých porodnicích nazývaného Entonoxem. Otázky na nabídku této inhalační analgezie by také mohly být zařazeny do dotazníku používaného k hodnocení kvality poskytované péče v porodnicích Pardubického kraje. Pařízek také připomíná, že epidurální analgezie není ve všech zdravotnických zařízeních hrazená pojišťovnou, naopak ve větší části porodnic si tuto službu rodičky musí alespoň částečně hradit. Tento fakt může ovlivňovat nejen zájem o tišení bolesti, ale také nabídku ze strany zdravotnického zařízení (Pařízek, Bláha, Nosková, 2012).

Poslední pracovní hypotéza *H<sub>3</sub>: Spokojenost s objemem podaných informací o kojení byla v obou sběrných obdobích stejná.*, vycházela z výzkumné otázky *VO 3: Jaké rozdíly jsou v objemu poskytovaných informací o kojení ve sledovaných obdobích?*. Pro posouzení této hypotézy a nalezení odpovědi na výzkumnou otázku byla zpracována data z odpovědí na dotazníkovou otázku číslo 15, která se zabývala kojením, přesněji spokojeností s objemem podaných informací a dostatkem podpory kojení. Ke statistické analýze byl použit Pearsonův chí-kvadrát a kontingenční tabulka.

Zpracováním dat, tedy odpovědí respondentek, bylo zjištěno, že ve sběrném období únor – březen z 276 (100 %) žen, jich 245 (88,77 %) usoudilo, že informací o kojení mají dostatek a své dítě kojily. V tomto období 19 (6,88 %) klientek uvedlo, že by informací i podpory přivítalo více, ale své dítě kojily. S objemem podaných informací bylo nespokojeno 5 (1,81 %) matek, které cítily nedostatky v této oblasti. Své dítě v tomto období nekojily 3 (1,09 %) ženy. V podzimním sběrném období bylo s objemem podaných informací a s podporou kojení spokojeno 297 (90,55 %) matek. Informací a podpory by přivítalo více 21 (6,40 %) žen, ale své dítě i přes tento nedostatek kojily. S objemem podaných informací byla nespokojena pouze 1 (0,30 %) respondentka, ale zvýšil se počet nekojících matek na 8 (2,44 %) žen.

Pokud se zaměříme na jednotlivé porodnice, můžeme vidět, že v nemocnici A absolutní spokojenost v této oblasti péče mírně klesla, a sice z 52 (94,55 %) spokojených žen z celkového počtu 55 (100 %) zúčastněných, na 118 (92,19 %) z počtu 128 (100 %) respondentek. V ostatních nemocnicích došlo k mírnému nárůstu četnosti spokojených žen.

Statistickým testováním pomocí výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu bylo zjištěno, že sledovaná hodnota  $p$  je větší než 0,05, a proto nulová hypotéza není zamítnuta a je zjištěno, že ve spokojenosti s objemem podaných informací a podporou kojení není mezi sběrnými obdobími statisticky významný rozdíl.

Výsledky výzkumného šetření můžeme porovnat s výsledky, které ve své bakalářské práci, zaměřené na péči na novorozeneckých odděleních, uvádí Uhlířová (2011). Ve svém výzkumném šetření zjistila, že s množstvím podaných informací o kojení bylo spokojeno 66,67 % matek, téměř spokojeno bylo 30,00 % žen a jen 3,33 % žen bylo spíše nespokojeno. Ve výzkumném šetření v porodnicích Pardubického kraje byly zjištěné výsledky podobné, lišily se pouze výsledky z prvního sběrného období v nemocnici C, kde byla spokojenost nižší (Uhlířová, 2011).



Dále výsledky můžeme porovnat s výsledky výzkumu, který byl součástí bakalářské práce Jany Charvátové (2010). Charvátová se zaměřuje na problematiku žen v poporodním období, její výsledky tedy mohou být použity k porovnání výsledků ohledně kojení. Ženy odpovídaly pomocí škály od 1 do 5, kde 1 znamená velmi spokojena a 5 je velmi nespokojena. 89 % procent respondentek odpovědělo, že bylo s množstvím podaných informací spokojeno, 3 % respondentek byla nespokojena, 8 % klientek označilo stupeň 3, což je neutrální odpověď. Výsledky ve všech nemocnicích Pardubického kraje jsou lepší, ženy jsou s podáváním informací o kojení spokojenější (Charvátová, 2010).

Pokud zjišťujeme spokojenost, pracujeme vždy se subjektivními pocity respondentů. Tyto pocity a spokojenost mohou být ovlivněny objemem informací a znalostí získaných před porodem. Ženy očekávající příchod nového potomka si v dnešní době hledají velké množství informací na internetu, případně v knihách. Může se stát, že očekávají, že se v porodnici dozví mnoho nového a pokud to tak není, jsou nespokojené. Nebo naopak očekávají, že se v porodnici jen přesvědčí o tom, co se dověděly v médiích před porodem a pokud se obsah informací získaných v porodnici rozchází s jejich vědomostmi, mají pocit, že něco není v pořádku. V kojení však jsou oblasti, které jsou závislé na názorech a zkušenostech jednotlivých pracovníků a nemusí tedy každá dětská sestra nebo porodní asistentka doporučovat stejné postupy. Při zpracování dotazníků jsem také našla komentář, který kritizoval, že v dané porodnici personál novorozeneckého oddělení nepodává jednotné informace a doporučení v oblasti kojení. Dále mohou být tyto subjektivní pocity spokojenosti ovlivněny paritou, tedy opět zkušenostmi. Výzkum probíhal v tzv. jarním a podzimním období, což mohlo také ovlivnit náladu a spokojenost respondentek.

Výsledky šetření realizovaného v porodnicích v Pardubickém kraji by bylo zajímavé porovnat se stejnými kritérii v jiných zdravotnických zařízeních, protože podobné výzkumy probíhají ve většině nemocnic v rámci programu kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče. Nemocnice však tyto výsledky používají pouze pro svoji potřebu a nezveřejňují je.

## 8.1 Doporučení

Na základě výsledků výzkumného šetření nemocnice stanovily následná opatření, jejichž účinky se sledují podle výsledků v dalším sběrném období. Tato opatření jsou považována za interní informaci daného zdravotnického zařízení, nejsou tedy publikovatelná, a proto není možné hodnotit výsledky v souvislosti s těmito změnami nebo navrhnout zlepšení těchto opatření.

Ohledně epidurální analgezie bych velmi doporučila nemocnici C, aby tuto službu nabízela častěji, ve srovnání dvou období se nabídka dokonce snížila. Zvýšení nabídky bych doporučila i nemocnici E. Rodičky o této možnosti sice většinou vědí, ale mohou mít obavy říci si o epidurální analgezi samy. Svoji nabídku by také mohla zvýšit porodnice v nemocnici D. Bylo by vhodné o této možnosti ženu informovat ihned při příjmu nebo při začátku první doby porodní. Klientce by měly být sděleny veškeré informace ke způsobu aplikace, o nežádoucích účincích, výhody a nevýhody epidurální analgezie a že aplikaci musí být splněny určité podmínky v souvislosti s průběhem porodu. Měla by být také informována o způsobu úhrady této služby a upozorněna, že velmi záleží na dostupnosti anesteziologického týmu.

Zlepšit představování zdravotnického personálu bych doporučila všem nemocnicím, protože každý pacient má právo znát jméno ošetřující osoby a ve všech nemocnicích jsou v této oblasti rezervy. V souvislosti se znalostí identity ošetřujících osob je také důležitá podoba jmenovek, které je personál povinen nosit. Nejvhodnější jsou visačky s velkým písmem, aby bylo snadno čitelné, když už se zdravotník zapomene představit. Jméno natištěné na oblečení, dle mých poznatků, příliš často čitelné není. Slušností také je, aby představení se bylo doprovázeno podáním ruky, protože toto gesto nic nestojí, není časově náročné, je jednoduché a na klientky působí velmi pozitivně. Verbální i neverbální komunikace je důležitým nástrojem lékařské i ošetrovatelské praxe, slouží k navázání kontaktu s klientkou (Venglářová, Mahrová, 2006, s 11.; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010).

K realizaci a průběhu výzkumného šetření bych měla připomínky ke sběru dat. Dotazníky se mohly dostat k rukám zaměstnanců nemocnic, kteří si je mohli pročíst a pokud našli kritizující odpovědi, mohli se rozhodnout, zda dotazník do výzkumu zařadí nebo zda ten konkrétní dotazník vyřadí, aby nekazil celkový výsledek. Proto jsme navrhovaly, aby se sběru dat zúčastnily osobně studentky Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, aby toto

riziko bylo eliminováno. Na základě našich připomínek data již sbírají řešitelé projektu. Nedopustí tedy, aby některé otázky zůstaly bez odpovědí a navíc jsou ihned v elektronické podobě, tím odpadá fáze přepisu tištěných dotazníků do systému Lime Survey<sup>®</sup>. Mají k dispozici tablety, do kterých odpovědi zadávají. Pro lepší výpovědní hodnotu by bylo dobré, kdyby se zúčastnil vyšší počet respondentek. Toho by mohlo být docíleno, kdyby porodnice tento výzkum více propagovaly jak na odděleních, tak na webu jednotlivých nemocnic, kde by neměl chybět nápadný odkaz na elektronický dotazník.

## 9 ZÁVĚR

V teoretické části práce jsou popsány kapitoly týkající se kvality zdravotní péče a hodnocení této kvality, problematika managementu zdravotnictví a řízení rizik ve zdravotnictví, hodnocení kvality péče o rodičku. Tím byl naplněn teoretický cíl. Cíl ve výzkumné rovině zněl *Zjistit spokojenost s poskytovanou péčí v porodnicích Pardubického kraje v oblasti komunikace s klientkami*. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí zpracování dat ze dvou sběrných období výzkumného šetření.

Stanovené pracovní hypotézy  $H_1$ : *Chování personálu při prvním kontaktu s klientkami je v obou sběrných obdobích hodnoceno stejně*,  $H_2$ : *Nabídka epidurální analgezie byla v prvním i druhém sběrném období stejná*. a  $H_3$ : *Spokojenost s objemem podaných informací o kojení byla v obou sběrných obdobích stejná*.

V této diplomové práci byly v rámci zpracování dat hledány odpovědi na stanovené výzkumné otázky, které zněly následovně:  $VO_1$ : *Jaké rozdíly jsou v chování zdravotnického personálu při prvním kontaktu s klientkami v posuzovaných obdobích?*,  $VO_2$ : *Jaké rozdíly jsou v nabídce tišení bolesti při porodu ve sledovaných obdobích?* a  $VO_3$ : *Jaké rozdíly jsou v objemu poskytovaných informací o kojení ve sledovaných obdobích?* Na všechny výzkumné otázky bylo odpovězeno, odpovědi jsou rozebrány v diskuzi.

Cíle práce byly naplněny, pomocí statistického testování hypotéz bylo zjištěno, že mezi obdobími je ve sledovaných nemocnicích rozdíl v představování zdravotnického personálu. V nabídce tišení bolesti při porodu a ve spokojenosti s objemem podaných informací a podporou kojení není v porodnicích Pardubického kraje mezi zkoumanými obdobími statisticky významný rozdíl. Z výsledků studie také vyplývá, že v žádném zkoumaném zařízení není dokonalá komunikace mezi personálem a klientkami.

Výsledky z výzkumného šetření, prezentované v této diplomové práci, by měly pomoci zkoumaným zdravotnickým zařízením nalézt jejich silné a slabé stránky především v komunikaci personálu s klientkami a v poskytované péči na porodním sále a v poporodním období. Dále by výsledky měly ukázat efektivitu stanovených opatření, která jsou ale známa pouze daným zařízením, proto není možné je v této práci hodnotit.

Na základě připomínek řešitelů projektu se v dalším sběrném období, které proběhlo na jaře 2014, změnila technika sběru dat. Byly zapojeny studentky Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Byly pro ně zakoupeny tablety, které využívají k zadávání dat do elektronického systému. Tato změna by také mohla přinést vyšší počty respondentek a tím větší výpovědní hodnotu výsledků.

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

BĚLOHLÁVEK, F., KOŠŤAN, P., ŠULER, O. *Management*. Olomouc: Rubico, 2001. 642 s. ISBN 80-85839-45-8.

BERANOVÁ, P. a kol., M.: *Manuál k ovládání programu STATISTICA* [online]. 2012 [cit. 2014-04-15].

Dostupné z : <<http://www.statsoft.cz/file1/PDF/StrucnyManualSTATISTICA.pdf>>

BLECHARZ, P.: *Základy moderního řízení kvality*. Praha: Ekopress, 2011. 122 s. ISBN 978-80-86929-75-0.

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Zdravotní systém ČR*. [online] 2009 [cit. 2014-03-20].

Dostupné z : <<http://www.cpzp.cz/clanek/51-0-Zdravotni-system-CR.html>>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sbíрка zákonů České republiky. 157 s.

ČESKÝ INSTITUT PRO AKREDITACI, O.P.S. *Základní informace o akreditačním systému ČR*. [online], 2012 [cit. 2014-07-04].

Dostupné z : <<http://www.cia.cz/akreditace.aspx>>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Obyvatelstvo v Pardubickém kraji v 1. – 4. čtvrtletí 2013*. [online] 2014 [cit.2014-07-06].

Dostupné z:

<[http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_v\\_pardubickem\\_kraji\\_v\\_1\\_4\\_ctvrtleti\\_2013](http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_v_pardubickem_kraji_v_1_4_ctvrtleti_2013)>

EUROCLINICUM. *Definice zdravotní péče*. [online] 2013 [cit.2014-03-20].

Dostupné z: <<http://www.euroclinicum.cz/definice-zdravotni-pece/>>

FOTIS FOTOPULOS. *Excel návod zdarma*. [online] 2009. [cit. 2014-04-16].

Dostupné z: <<http://excel-navod.fotopulos.net/>>

GABRIELOVÁ, K. *Hodnocení kvality poskytované péče v porodnicích očima klientek*.

Pardubice, 2014. 86 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová.

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

GROHAR-MURRAY, M., E. DICROCE, H., R. *Základy vedení a řízení v oblasti*

*ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2003. 317 s. ISBN 80-247-026.

CHARVÁTOVÁ, J. *Problematika žen v poporodním období*. České Budějovice, 2010. 108 s.

Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s.

ISBN 978-80-247-1369-4.

IVANOVÁ, K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství*. [online] Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 34 s. [cit. 2014-04-20].

Dostupné z: <<http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20osetrovatelstvi.pdf>>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy*. Praha: Grada Publishing, 2004, 288s. ISBN 80-247-0629-6.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *About The Joint Commision*. [online] 2014 [cit. 2014-03-24].

Dostupné z:

<[http://www.jointcommission.org/about\\_us/about\\_the\\_joint\\_commission\\_main.aspx](http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx)>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Sentinel Event Alert: Issue 30 Preventing infant death and injury during delivery*. [online] 2004 [cit. 2014-07-07].

Dostupné z:

<[http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Alert\\_\\_Issue\\_30\\_Preventing\\_infant\\_death\\_and\\_injury\\_during\\_delivery\\_Additional\\_Resources/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Alert__Issue_30_Preventing_infant_death_and_injury_during_delivery_Additional_Resources/)>

MANAGEMENTMANIA. *Henri Faoyl*. [online] 2011 [cit. 2014-04-24].

Dostupné z: <<https://managementmania.com/cs/henri-fayol>>

MANAGEMENTMANIA: *Kvalita (jakost)*. [online] Česká republika: 2012 [cit. 2014-03-20].

Dostupné z: < <https://managementmania.com/cs/kvalita-jakost>>



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Práva pacientů*. [online] 2010 [cit. 2014-04-19].  
Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta\\_2401\\_18.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html)>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Standardy lékařské péče*. [online] 2009 [cit. 2014-04-16].  
Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/archiv\\_2923\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/archiv_2923_29.html)>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní indikátory kvality zdravotní péče*. [online] 2013 [cit. 2014-04-16].  
Dostupné z: <[http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/narodni-indikatory-kvalityzdravotni-pece\\_7502\\_2907\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/narodni-indikatory-kvalityzdravotni-pece_7502_2907_29.html)>

MRÁZKOVÁ, J. Složení mateřského mléka. *Děti a my*. [online] 2009 [cit. 2014-08-10].  
Dostupné z:  
<[http://www.kojeni.net/pruvodce-kojici-zeny-3/16-Slozeni\\_materskeho\\_mleka.html](http://www.kojeni.net/pruvodce-kojici-zeny-3/16-Slozeni_materskeho_mleka.html)>

NENADÁL, J. *Moderní management jakosti*. Praha : Management Press, 2008. 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7.

PAŘÍZEK, A., et al. *Kniha o těhotenství a dítěti: Český průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím až do dvou let dítěte*. Čtvrté vydání. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 80– 7262– 653– 3.

PAŘÍZEK, A., BLÁHA, J., NOSKOVÁ, P. Porodnická analgezie a anestezie v České republice: 20. výročí programu postgraduálního vzdělávání. *Česká gynekologie* [online], 2012, č. 4. Dostupné z [<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/porodnicka-analgezie-a-anestezie-v-ceske-republice-v-roce-2012-20-vyroci-programu-postgradualniho-vzdelavani-38912>].

RAITER, T. *Kvalita péče očima pacientů*. [online] 2006 [cit. 2014-04-20].

Dostupné z: <[http://www.fno.cz/documents/kvalita\\_pece\\_d.pdf](http://www.fno.cz/documents/kvalita_pece_d.pdf)>

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2008. 405 s. ISBN 80- 2471-941-X.

SAK ČR, *Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR*. [online] 2012 [cit. 2014-03-20].

Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/zavadeni-a-udrzovani-kvality-a-bezpeci-zdravotni-pece-v-zarizenich-nemocnicniho-typu-na-uzemi-cr-.547/>>

SAK ČR. *Spojená akreditační komise, o.p.s.* [online] 2010 [cit. 2014-03-21].

Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>>

SAK ČR. *Akreditační Standardy pro nemocnice*. [online] 2014 [cit. 2014-07-08].

Dostupné z: <<file:///C:/Users/user/Downloads/sak-standardy-nemocnice-2014.pdf>>

SOUČEK,Z., BURIAN, J. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Olomouc: Professional Publishing, 2006, 196 s., ISBN 80-86946-18-5.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011, 269 s., ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠRÁČKOVÁ, D. Rooming – in. *Praktická gynekologie*. [online]. 2007, č. 1.

Dostupné z: <[http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg\\_07\\_01\\_05.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_01_05.pdf)>

TAKÁCS, L., KODYŠOVÁ, E. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie* [online]. 2011, č. 1.

Dostupné z: <<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/psychosocialni-faktory-ovlivnujici-spokojenost-rodicek-s-perinatalni-peci-35545>>

UHLÍŘOVÁ, M. *Kvalita poskytované péče na oddělení fyziologických novorozenců z pohledu ženy v šestinedělí*. [online] 2011. [cit. 2014-04-19].

Dostupné z:

<[http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38898/1/UhlirovaM\\_KvalitaPoskytovanePece\\_2011.pdf](http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38898/1/UhlirovaM_KvalitaPoskytovanePece_2011.pdf)>

UNICEF. *Deset kroků k úspěšnému kojení*. [online] 2010. [cit. 2014-08-04].

Dostupné z: <<http://www.kojeni.cz/10kroku.php>>

UNIVERZITA PARDUBICE: *Metodický manuál pro vypracování bakalářské a diplomové práce* [online] Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: 2013. [cit. 2014-04-20].

Dostupné z: <<https://studenti.upce.cz/fakulty/FZS/studium/vyuka/bakalarky-diplomky/fzs-manual.pdf>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Základní informace o ÚZIS ČR*. [online] 2012 [cit. 2014-01-04].

Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/nas>>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Informace o NZIS*.  
[online] 2012 [cit. 2014-01-04].

Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/nas/informace-nzis>>

VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYČÍTALOVÁ, L.: *Směrnice č. 9/2012* [online]. Univerzita Pardubice, 2012 [cit. 2013-04-15].

Dostupné z: <<https://dokumenty.upce.cz/Univerzita/smernice/2012/sm-09-2012.pdf>>

VZDĚLÁVACÍ CENTRUM PRO VEŘEJNOU SPRÁVU ČR, O.P.S. *Základy benchmarkingu*. [online] 2005 [cit. 2014-07-05].

Dostupné z: <<http://benchmarking.vcvscr.cz/dokumenty/K001.pdf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What is a health system?* [online] 2005 [cit. 2014-03-27].

Dostupné z: <<http://www.who.int/features/qa/28/en/>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Quality of care*. Ženeva: WHO Press, 2006, 50 s. ISBN 92-415-6324-9.

## 11 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Struktura výzkumného souboru</i> .....	73
Příloha B <i>Dotazník</i> .....	74

Příloha A *Struktura výzkumného souboru*

<b>VĚK</b>		<b>únor - březen</b>	<b>září - listopad</b>	<b>Σ</b>
19 a méně	<b>n<sub>i</sub></b>	3	6	9
	<b>f<sub>i</sub></b>	0,95	1,83	1,40
20 - 30	<b>n<sub>i</sub></b>	155	183	338
	<b>f<sub>i</sub></b>	49,05	55,79	52,48
31 - 40	<b>n<sub>i</sub></b>	156	135	291
	<b>f<sub>i</sub></b>	49,37	41,16	45,19
41 a více	<b>n<sub>i</sub></b>	2	4	6
	<b>f<sub>i</sub></b>	0,63	1,22	0,93
<b>Σ</b>		316	328	644
<b>PARITA</b>		<b>únor - březen</b>	<b>září - listopad</b>	<b>Σ</b>
primipara	<b>n<sub>i</sub></b>	131	159	290
	<b>f<sub>i</sub></b>	41,46	48,48	45,03
multipara	<b>n<sub>i</sub></b>	180	168	348
	<b>f<sub>i</sub></b>	56,96	51,22	54,04
bez odpovědi	<b>n<sub>i</sub></b>	5	1	6
	<b>f<sub>i</sub></b>	1,58	0,3	0,93
<b>Σ</b>		316	328	644

- 1) **Kolik je Vám let:**  méně než 19  20-30  31-40  41 a více
- 2) **Je to Váš první porod?**  
 ano  ne
- 3) **Byl Vám nabídnut porod s tišením bolesti (v epidurální analgézii)?**  
 ano  ne
- 4) **Představili se Vám lékaři při prvním setkání s Vámi?**  
 ano, vždy  téměř vždy  téměř nikdy  nikdy
- 5) **Představily se Vám porodní asistentky při prvním setkání s Vámi?**  
 ano, vždy  téměř vždy  téměř nikdy  nikdy
- 6) **Jak na Vás při příjmu působil první kontakt s personálem v naší nemocnici?**  
 všichni se mně plně věnovali  
 mám jen drobné výhrady  
 příjem byl chaotický a necítila jsem se být středem zájmu
- 7) **Ověřoval personál Vaše jméno před podáváním léků nebo prováděnými zákroky?**  
 ano, vždy  téměř vždy  téměř nikdy  nikdy
- 8) **Jakým způsobem Vám lékař podával informace?**  
 byly vždy srozumitelné  spíše jsem nerozuměla  
 většinou jsem rozuměla  vůbec jsem nerozuměla
- 9) **Byla jste spokojena s péčí lékařů na porodním sále v průběhu porodu?**  
 ano, spokojena  spíše spokojena  spíše nespokojena  
 nespokojena
- 10) **Byla jste spokojena s péčí porodních asistentek na porodním sále v průběhu porodu?**  
 ano, spokojena  spíše spokojena  spíše nespokojena  
 nespokojena
- 11) **Byla jste spokojena s ochranou Vaší intimity a studu během vyšetření, porodu a dalšího ošetření?**  
 ano, spokojena  spíše spokojena  spíše nespokojena  
 nespokojena

12) **Byla jste spokojena s péčí personálu na oddělení šestinedělí?**

- ano, spokojena       spíše spokojena       spíše nespokojena  
 nespokojena

13) **Byla jste spokojena s dosažitelností ošetřujícího personálu, když jste potřebovala pomoc?**

- ano, spokojena       spíše spokojena       spíše nespokojena  
 nespokojena

14) **Byla jste spokojena s péčí dětských sester o Vaše dítě?**

- ano, spokojena       spíše spokojena       spíše nespokojena  
 nespokojena

15) **Dostala jste dostatek informací a podpory, abyste mohla kojit svoje dítě?**

- ano, mám dostatek informací a dítě kojím  
 informací a podpory bych přivítala více, ale dítě kojím  
 informací a podpory kojení bylo nedostatek  
 dítě nekojím

16) **Byla jste spokojena se způsobem vysvětlení, jak se chovat po propuštění z nemocnice a jak pečovat o své dítě a o sebe?**

- ano, všemu jsem rozuměla  
 všemu jsem nerozuměla, ale mohla jsem se ptát  
 ne, nerozuměla jsem a bála jsem se zeptat  
 nikdo mě při propuštění neinformoval

17) **Byla jste spokojena s čistotou a úklidem na oddělení?**

- ano     spíše ano     spíše ne     ne

18) **Vnímáte, že k Vám bylo přístupováno ze strany zdravotníků s úctou a respektem k Vaší osobě?**

- ano     spíše ano     spíše ne     ne

19) **Jakou celkovou známkou byste ohodnotila Váš pobyt v naší porodnici?**

(1 = nejlepší...5 = nejhorší, jako ve škole)

- 1     2     3     4     5

20) **Doporučila byste naši porodnici svým přátelům?**

- ano     spíše ano     spíše ne     ne



Příloha B *Dotazník*



**Napište nám, co byste navrhovala zlepšit:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Datum vyplnění dotazníku:** .....

Vyplněný dotazník vhodte, prosím, do schránky na ambulanci (nebo jiné sběrné místo).  
Dotazníky budou zpracovány nezávislými pracovníky, ne zdravotníky oddělení.

