UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023 Bc. Kateřina Bartošová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita poskytované perioperační péče

Diplomová práce

2023 Bc. Kateřina Bartošová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Bc. Kateřina Bartošová**
Osobní číslo:	**Z21365**
Studijní program:	**N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce:	**Kvalita poskytované perioperační péče**
Téma práce anglicky:	**Quality of provided perioperative care**
Zadávající katedra:	**Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

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

Seznam doporučené literatury:

BEDNAŘÍK, Milan, 2018. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. Praha: Ústav práva a právní vědy. Právo a management. ISBN 978-80-87974-14-8.
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb [online]. 2022 [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/.
PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.
ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. akt. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.
ŽALUDEK, Adam, 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80--271-2275-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita poskytované perioperační péče 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 25.4.2023

Bc. Kateřina Bartošová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Mé velké poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za její cenné rady a pomoc při vedení této diplomové práce. Velice si vážím odborného vedení a času, který mi věnovala. Ráda bych také poděkovala všem respondentkám, které si našly čas na vyplnění mého dotazníku, čímž mi pomohly uskutečnit průzkum pro moji diplomovou práci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mě během celého studia podporovala.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na hodnocení kvality poskytované perioperační péče na gynekologicko-porodnickém oddělení. Práce je prací teoreticko-průzkumnou. V teoretické části práce představuje kvalitu péče ve zdravotnictví, vymezuje pojmy kvalita a management, dále metody pro měření a hodnocení kvality, techniky měření a sledování spokojenosti pacientek. Hodnocení kvality péče očima pacientek může být ovlivněno i poskytovanou kvalitou perioperační péče, proto je tato oblast v diplomové práci také zahrnuta.

Průzkumná část je zaměřena na hodnocení kvality péče očima pacientek. K získání dat pro průzkumnou část k diplomové práci byla použita metoda sběru dat dotazník. Průzkum probíhal pomocí dotazníku daného pracoviště, který se týkal spokojenosti pacientek, který byl rozšířen pro tuto diplomovou práci o otázky spojené s perioperační péčí. Otázky jsou zaměřeny na spokojenost pacientky s personálem a s péčí na daném pracovišti. V závěru práce jsou uvedeny výsledky a doporučení pro zlepšení péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita péče, spokojenost pacientek, perioperační péče

TITLE

Quality of provided perioperative care

ANNOTATION

The thesis focuses on the evaluation of the quality of perioperative care provided in the gynaecological-obstetric department. The thesis is a theoretical-research work. The theoretical part of the

thesis presents the quality of care in health care, defines the concepts of quality and management, as well as methods for measuring and evaluating quality, techniques for measuring and monitoring patient satisfaction. The evaluation of the quality of care through the eyes of patients can also be influenced by the quality of perioperative care provided, therefore this area is also included in the thesis.

The exploratory part focuses on the evaluation of quality of care through the eyes of patients. A questionnaire was used to collect data for the exploratory part of the thesis. The survey was conducted using the department's questionnaire on patient satisfaction, which was expanded

for this thesis to include questions related to perioperative care. The questions focused on the patient's satisfaction with the staff and the care at the unit. The thesis concludes with the results and recommendations for improving care.

KEYWORDS

Quality of care, patient satisfaction, perioperative care

OBSAH

OBSAH 8
ÚVOD 13
1 CÍLE A METODY PRÁCE 15
1.1 Cíl práce 15
1.2 Metody k dosažení cíle 15
TEORETICKÁ ČÁST 16
2 PERIOPERAČNÍ PÉČE 16
2.1 Předoperační péče 16
2.2 Intraoperační péče 18
2.3 Pooperační péče 18
3 KVALITA PÉČE 20
4 SLEDOVÁNÍ, ŘÍZENÍ A HODNOCENÍ KVALITY PÉČE 22
4.1 Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb 24
4.2 Externí hodnocení kvality a bezpečí 25
5 AKREDITACE 27
6 AUDIT 30
7 STANDARDIZACE 31
8 BENCHMARKING 32
9 SPOKOJENOST PACIENTEK 33
9.1 Faktory ovlivňující spokojenost 36
9.2 Vztah mezi pacienty a zdravotníky 36
10 SHRNUTÍ 39
PRŮZKUMNÁ ČÁST 40
11 PRŮZKUMNÉ CÍLE 40
11.1 Dílčí cíle 40
11.2 Průzkumné otázky 40

12 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI 41
12.1 Průzkumná metoda 41
12.2 Soubor respondentek 41
12.3 Průběh průzkumného šetření 43
12.4 Analýza dat 43
13 VÝSLEDKY PRŮZKUMU 44
14 DISKUSE 61
15 ZÁVĚR 74
16 POUŽITÁ LITERATURA 76
17 PŘÍLOHY 82
PŘÍLOHA A – Dotazník k diplomové práci 83

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Možnost zjištění jména lékaře.....44
Obrázek 2 Možnost zjištění jména porodní asistentky / všeobecné sestry.....45

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk hospitalizovaných žen 41
Tabulka 2 Věk hospitalizovaných žen – popisná statistika 42
Tabulka 3 Počet dní hospitalizace 42
Tabulka 4 Počet dní hospitalizace – popisná statistika 43
Tabulka 5 Přijetí recepčními do zdravotnického zařízení 44
Tabulka 6 Zjištění jména lékaře a porodní asistentky 46
Tabulka 7 Spokojenost s přístupem lékaře 46
Tabulka 8 Vysvětlení způsobu léčby 47
Tabulka 9 Informovanost o nemoci 47
Tabulka 10 Komunikace příbuzných s ošetřujícím lékařem 48
Tabulka 11 Spokojenost s přístupem porodní asistentky / všeobecné sestry 48
Tabulka 12 Režim dne 49
Tabulka 13 Režim dne – kategorie slovních odpovědí 49
Tabulka 14 Kvalita stravy 50
Tabulka 15 Hodnocení čistoty na pokojích a sociálních zařízeních 51
Tabulka 16 Představení personálu na operačním sále 51
Tabulka 17 Ověřování identity pacientky při příjmu na operační sál 52
Tabulka 18 Ověřování alergií na operačním sále 53
Tabulka 19 Hluk na operačním sále 53
Tabulka 20 Teplota na operačním sále 54
Tabulka 21 Informovanost o péči o ránu 55
Tabulka 22 Doporučení zdravotnického zařízení 55
Tabulka 23 Předoperační péče, péče na operačním sále – hodnocení slovních odpovědí 56
Tabulka 24 Pooperační péče – hodnocení slovní odpovědi 57
Tabulka 25 Popisná statistika jednotlivých otázek (č. 7-9; č. 11) 59
Tabulka 26 Popisná statistika jednotlivých otázek (č. 12-14) 60

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ČSN	Česká agentura pro standardizaci
ČSN EN ISO	Česká verze mezinárodní normy
F_i	Relativní četnost
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
JCAHO	Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
JCI	Dceřiná společnost JCAHO
Max.	Maximum
Min.	Minimum
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N_i	Absolutní četnost
SAK	Spojená akreditační komise
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Kvalita je schopnost uspokojovat potřeby pacientky, odstraňovat bolest a prodlužovat život. Kvalita je stupeň dokonalosti poskytování zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. Od péče lze očekávat maximální přínos pro zdraví pacientky. Základním cílem zvyšování kvality služeb je především spokojenost pacientek a jejich bezpečí za využití současných poznatků vědy, techniky a praktických zkušeností zdravotnického personálu, zajištění dostupnosti zdravotnické péče za dodržení předpokládaných nákladů s tím spojených (Bednařík, 2018).

Pacientky hodnotí kvalitu na základě spokojenosti s personálem, poskytovanou zdravotní péčí, s nemocničními službami, projevem úcty, empatie a pomoci, zachování intimity pro pacientky. Úroveň poskytované péče zajišťují standardy, které dávají pacientkám pocit jistoty a bezpečí (Jarošová, Majkusová et al., 2015).

Hodnocení kvality poskytované péče je aktuální téma, jelikož v dnešní době každá pacientka zná svá práva a má právo na výběr zdravotnického zařízení. Pacientky vyžadují tu nejlepší péči. Snahou každého zdravotnického zařízení by mělo být poskytování co nejlepší péče, zájem o pacientky a zájem o kvalitu poskytované péče. Jedním ze způsobů hodnocení kvality péče je poskytnout pacientkám prostor na ohodnocení a vlastní názor na danou péči. Získaná data se vyhodnotí, poté lze konat činnosti vedoucí ke zlepšení péče, proto je pro zdravotnické zařízení velmi důležitá zpětná vazba. Zpětná vazba ukáže, v jakých oblastech by se měla péče zlepšit nebo v jaké oblasti je péče kvalitní a zda jsou s ní pacientky spokojené.

Spokojenost s poskytovanou kvalitou péče pacientek přijatých k operaci může být ovlivněna i poskytovanou kvalitou perioperační péče. Každý operační výkon je spojen s pocity stresu, strachu a úzkosti, které pak mohou ovlivnit spokojenost pacientky. Personál by měl mít holistický přístup, komunikovat s pacientkou a poskytnout jí co nejvíce informací před výkonem, poskytnout jí oporu a rozehnat její pochybnosti. Strach a úzkost může vyvolat zdravotnický personál nevhodným způsobem komunikace, nedostatečnou informovaností či dramatickým popisem lékařského výkonu nebo operací. Každý člověk při nemoci může být více přecitlivělý, mít strach a úzkost. Proto je velmi důležitá profesionální empatie, evalvace a asertivita (Kelnarová, Matějková, 2014; Zacharová, 2017).

Ve výzkumu dle Hlaváčka (2020) je uvedeno, že hospitalizace a operace je pro každého člověka zásahem do života, kdy dochází v myšlenkách a podvědomí pacienta k mísení se různých pocitů. V tomto výzkumu zjistil, že prakticky všichni respondenti měli nějaké obavy

či negativní pocity. U dotazovaných respondentů se mísily pocity strachu, obavy ze zvládnutí sociálních rolí po operaci, pooperační bolesti, ztráta sebekontroly, jak přijmou nejbližší operaci, pokud bude na jejich těle jizva. Z výzkumu je patrné, že pacienti, kteří se cítili být dostatečně informováni, jsou před operací klidnější.

Podle statistiky z ÚZIS v roce 2020 bylo méně zaznamenaných pacientek s nádorovým onemocněním, pacientek s prekancerózou děložního hrdla než v roce 2019. Ze statistiky vyplývá, že v roce 2020 bylo méně i vyšetření a s tím spojených preventivních opatření, jelikož byla péče nižší kvůli onemocnění Covid-19. Z čehož vyplývá, že bylo méně žen přijatých k hospitalizaci a operační léčbě. Ženy měly strach jít do zdravotnických zařízení, tím se snížila prevence a operativní léčba. Otázkou je, zda statistiky za rok 2021, 2022 budou s vyšším nárustem pacientek s tímto onemocněním (ÚZIS, 2021).

Tato diplomová práce je zaměřena na hodnocení kvality poskytované perioperační péče. V rámci zjišťování spokojenosti pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení byl použit dotazník spokojenosti z jednoho zdravotnického zařízení v Jihomoravském kraji s doplňujícími otázkami z oblasti perioperační péče.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část tvoří teoretická část, která objasňuje pojem perioperační péče, kvalita péče, sledování, měření a hodnocení kvality ve zdravotnickém zařízení a spokojenost a faktory ovlivňující spokojenost pacientek. Průzkumná část je řešena kvantitativní metodou sběru dat ve formě dotazníkového šetření v jednom ze zdravotnických zařízení v Brně. Respondentkami byly pacientky, které byly hospitalizovány déle jak 3 dny v rámci poskytované péče v souvislosti s operačním výkonem, aby hodnocení mohlo být relevantní (kvalitní). Získaná data byla zpracována a následně vyhodnocena za využití metod základní popisné statistiky. Vyhodnocení je popsáno v závěru práce společně s doporučením pro praxi.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

V teoretické části diplomové práce je cílem popsat problematiku kvality péče, spokojenost pacientek a přiblížit hodnocení kvality, indikátory kvality. Dalším cílem je zjistit, zda perioperační péče ovlivňuje spokojenost pacientek.

V průzkumné části je cílem práce zjistit spokojenost pacientek s kvalitou poskytované perioperační péče na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Pro tuto diplomovou práci jsou zvoleny dílčí cíle:

1. Zmapovat spokojenost pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení.
2. Zjistit, zda jsou ženy, dle jejich hodnocení, dostatečně informované.
3. Zmapovat, jaká je spokojenost pacientek se službami zdravotnického zařízení.

1.2 Metody k dosažení cíle

Tato diplomová práce je zaměřena na spokojenost pacientek s kvalitou poskytované zdravotní péče a perioperační péče. Teoretická část popisuje kvalitu péče a bezpečí, řízení, měření a hodnocení kvality, spokojenost pacientek a zahrnuje i perioperační péči. Pro tuto diplomovou práci byly získány informace z odborné literatury a vědeckých článků. Vědecké články byly získány pomocí rešerše a vyhledávány v databázích ProQest, PubMed, Google Scholar. Rešerše byla provedena pomocí klíčových slov v uvedených databázích. Klíčovými slovy byly kvalita péče, management kvality, spokojenost pacientek a hodnocení péče.

Metodou k dosažení průzkumných cílů byla využita základní popisná statistika. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů. Pro sběr dat byl využit nestandardizovaný dotazník využívaný zdravotnickým zařízením, kdy byly k dotazníku přidány doplňující otázky na hodnocení kvality perioperační péče očima pacientek. Výstupem této diplomové práce je návrh dotazníku pro zdravotnické zařízení, který by sloužil ke sledování, měření a posouzení úrovně kvality péče a bezpečí.

TEORETICKÁ ČÁST

2 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Perioperační péče je péče o pacientku před, v průběhu a po operačním výkonu. Každé z těchto období mají svá specifika, na které je potřeba brát zřetel při ošetřování pacientky. Péče je dělena na tři fáze, a to předoperační, intraoperační a pooperační (Wichsová, Přikryl et al., 2013).

2.1 Předoperační péče

Předoperační péče se může nazývat i preoperační péče. Není časově ohraničena, zahrnuje péči o pacientky od doby rozhodnutí se k operaci a končí předáním na operační sál. Toto období je charakteristické velkou variabilitou, záleží na naléhavosti a příčině operačního výkonu a na celkovém stavu pacientky. Cílem je zajištění co nejpříznivějších podmínek ke zvládnutí operační zátěže pro pacientku a zajištění nekomplikovaného pooperačního zotavení, eliminovat rizika a zajistit nekomplikovaný průběh intraoperačního a pooperačního období. Předoperační péče je rozdělována na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední předoperační péči (Janíková, Zeleníková, 2013).

Důležitou součástí v průběhu předoperační péče je empatický přístup personálu a komunikace s pacientkou, a tím snaha o zmírnění strachu nemocné. Pacientka může prožívat příznaky mnohem intenzivněji např. bolest, jelikož je plná obav, strachu z nadcházející operace. Je přirozeným jevem, že ženy pociťují předoperační strach, který vyplývá z obav, že operace nebude úspěšná, že nastanou komplikace nebo že se neprobudí po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013; Zacharová, 2017).

Dlouhodobá předoperační péče se časově odvíjí od typu plánovaného operačního výkonu a celkového stavu pacientky. Kompetencí lékaře je vysvětlení procesu léčby, seznámení s informovaným souhlasem a jeho podepsáním. Porodní asistentka ženu edukuje, ošetřuje ji, a především by měla ženě poskytnout oporu a komunikovat s ní. Pacientka by měla být zapojena do samotného procesu léčby, jelikož aktivní přístup pacientky je důležitý, stejně jako důvěra k lékaři, porodní asistence a zvolené metodě léčby. V rámci dlouhodobé přípravy lékař zhodnotí informace ze zdravotnické dokumentace pacientky. Žena podstupuje základní předoperační vyšetření např. interní vyšetření, fyzikální vyšetření, odběry krve, moči a další. Předoperační příprava se pak liší od věku, zdravotního stavu pacientky a dalších souvisejících faktorů (Janíková, Zeleníková, 2013).

Krátkodobá příprava se odehrává 24 hodin před operačním výkonem. Péče navazuje na dlouhodobou přípravu. Povinností lékaře a porodní asistentky je zhodnocení dostupných informací a výsledků z předoperačních vyšetření, v případě potřeby zajištění doplnění dalších vyšetření dle zdravotního stavu pacientky. Během této přípravy probíhají anesteziologická konzilia rozhodující o anestezii a stanovení prepremedikace a premedikace. Premedikace má za cíl zbavit napětí, strachu pacientky před operací. V oblasti tělesné přípravy se oholí a odmastí operační pole, probíhá hygienická péče, jako je celková koupel, odlakování nehtů a dezinfekce pupku, dále se dělá příprava gastrointestinálního traktu a aplikace léků dle ordinace lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013).

Během odpoledne před výkonem má žena vyšetření a rozhovor s anesteziologem, rozhovor s chirurgem, ženě jsou podány informace ohledně operace a předoperační přípravy. V předoperační fázi probíhá edukace porodní asistentkou. K edukaci lze využít písemné materiály, edukační letáky, videa či fotografie (Wichsová, Přikryl et al. 2013).

Bezprostřední příprava probíhá v den operace, zhruba dvě hodiny před výkonem. Příprava je zaměřena na kontrolu dokumentace, informovaných souhlasů, výsledků a úkonů z předcházející části přípravy. Na tyto úkony dále navazují další ošetřovatelské intervence, jako je zajištění žilních vstupů a permanentního močového katetru, přiložení bandáží nebo elastických punčoch, aplikace medikace dle ordinace lékaře, kontrola vitálních funkcí. Z dalších organizačních záležitostí je sbalení věcí, odložení šperků a sepsání cenností, vyjmutí zubní náhrady. Před příjezdem na operační sál má žena za sebou předoperační koupel, má vyčištěnou pupeční jizvu a prostor pod nehty. Příprava se může lišit dle zvyklostí pracoviště a typu operačního výkonu (Wichsová, Přikryl et al. 2013; Janíková, Zeleníková, 2013).

Důležitou součástí celého procesu je komunikace s pacientkou. Po přípravě nastává přeložení pacientky na operační sál a předání do péče personálu na operačních sálech. Při přijetí kontrolují perioperační a anesteziologické sestry dokumentaci, identifikaci pacientky. Pacientka leží v základní poloze naznak, polohování pacientky probíhá až po zahájení anestezie. Dolní končetiny jsou zabandážované, jsou zlehka připoutány k operačnímu stolu. Kontrolujeme, zda pacientka je vymočena nebo má zaveden permanentní močový katetr, má vyjmutou zubní protézu či má všechny zuby na pevno. Zda je bez šperků, hodinek, nalakovaných nebo umělých nehtů. Po položení na operační stůl se pacientce představí personál, prověřuje identifikaci, zjišťuje alergie, ověřuje si předpokládaný operační výkon, pokud by hrozila stranová záměna, tak se personál ptá na stranu a v neposlední řadě kontroluje označení místa na těle. S pacientkou

porodní asistentka dostatečně komunikuje, vysvětluje vše, co s ní bude provádět, aby se snížil strach z operace (Wichsová, Přikryl et al. 2013; Janíková, Zeleníková, 2013).

2.2 Intraoperační péče

Intraoperační období je čas pacientky strávený na operačním sále. O pacientku na operačním sále pečují porodní asistentky pro perioperační péči nebo perioperační sestry a anesteziologické sestry společně s lékaři. Intraoperační fáze začíná příjezdem pacientky na operační sál. Po zahájení anestezie se provádí se antisepse operačního pole. Je to proces zneškodňující rezistentní i tranzientní mikroflóru na tkáních, který provádí obíhající sestra, operatér či asistent operatéra. Po antisepsi probíhá rouškování operačního pole (Libová, Balková, Jankechová, 2019; Jedličková, Svoboda, Wichsová, 2021).

Po přípravě a zarouškování operačního pole přistoupí operační tým k operačnímu stolu a operatér zahájí vlastní operační výkon. Během výkonu porodní asistentka pro perioperační péči sleduje průběh operace, instrumentuje dle situace, předvídá postupy operace, kontroluje navrácené nástroje, pomůcky a mulový materiál, kontroluje sterilitu, dělá početní kontrolu a ošetřuje ránu po operaci. Porodní asistentka pro perioperační péči obsluhuje celou operační skupinu, dodává potřebný materiál a obsluhuje přístroje, vede dokumentaci a checklist, označuje histologický materiál, provádí početní kontrolu, a především spolupracuje s instrumentující sestrou během celého výkonu (Wichsová, Přikryl et al. 2013; Schneiderová, 2014).

Před ukončením výkonu provádí perioperační sestra početní kontrolu všech nástrojů, pomůcek a mulových materiálů a souhlas hlásí operatérovi. Po uzavření rány je operační rána omyta, osušena a ošetřena dezinfekcí, sterilně kryta náplastí nebo obvazem (Wichsová, Přikryl et al. 2013).

2.3 Pooperační péče

Poslední fází perioperační péče je pooperační péče, která nastává po ukončení operačního výkonu. Péče je určována stavem pacientky, rozsahem operačního výkonu a přidruženými nemocemi pacientky. Operatér společně s anesteziologem zvolí pooperační medikaci. Předání a další péči po operaci zajišťuje anesteziologický lékař. Po výkonu v celkové anestezii je pacientka přeložena a monitorována na pooperačním pokoji, jednotce intenzivní péče nebo na lůžkovém oddělení. Při překladu je nutné předat všechny důležité informace a doprovodnou dokumentaci (Wichsová, Přikryl et al. 2013; Schneiderová, 2014).

Pooperační péči lze rozdělit na bezprostřední péči a péči následnou. Bezprostřední péče je v časném pooperačním období a je zaměřena na prevenci pooperačních komplikací. Na pooperačním pokoji porodní asistentky / všeobecné sestry monitorují vitální funkce pacientky až do úplné stabilizace, dále sledují bilanci tekutin, odpady z drénů, obvazy v místě operační rány a svalovou sílu. Péče zahrnuje sledování pooperačních komplikací, aplikaci analgetik dle bolesti. Po stabilizaci je pacientka předána do péče na standardní lůžkové oddělení, kde personál měří v pravidelných intervalech vitální funkce, stav vědomí, bilanci tekutin, pečuje o invazivní vstupy a operační ránu, o drény, o pohybový režim a hygienu pacientky. Dle potřeby porodní asistentka aplikuje analgetika dle ordinace lékaře. V tomto období nastávají i psychické změny, pacientka se bojí, že její život nebude jako dřív, má strach a obavy z budoucna. Je potřeba, aby porodní asistentka ženu podpořila v aktivním zapojení, v překonávání bolesti. Součástí celého procesu je profesionální komunikace, zajištění dostatečné informovanosti klientek. Je potřeba odborný přístup, ale i sociální kontakt. K překonávání pooperačního strachu, bolesti, úzkosti a k zapojení pacientky aktivně do spolupráce, vede úspěšný kontakt s pacientkou a spolupráce mezi porodními asistentkami. Následná péče je zaměřena na rehabilitaci, která by měla vést k návratu do předchozího života (Schneiderová, 2014; Janíková, Zeleníková, 2013; Zacharová, 2017).

Pooperační komplikace jako jsou alergické reakce, zvýšená teplota po operaci, respirační, kardiální či trombembolické komplikace, poruchy funkce močového systému a trávicího ústrojí, poruchy hemostázy a další komplikace ovlivňují normální pooperační průběh (Schneiderová, 2014).

3 KVALITA PÉČE

Současná literatura uvádí velmi široké spektrum definic kvality poskytované zdravotní péče. Kvalita je pojem relativní, proto se může neustále zlepšovat, z toho pak vychází snaha a inciativa vedoucí ke zlepšování a řízení kvality. Ve zdravotnictví je kvalita chápána jako něco, co by všechny léčebné postupy a zákroky měly obsahovat a zároveň je chápána jako něco, co pacientky vyžadují (Válková, 2015; Žaludek, 2020).

Kvalita je schopnost uspokojovat potřeby a požadavky pacientek, odstraňovat bolest a prodlužovat život či vést smysluplný život. Zahrnuje také respektování lidské důstojnosti. Od péče lze očekávat maximální přínos pro zdraví pacientek (Bednařík, 2018).

Kvalita je velmi komplexní pojem, je dána kulturním a sociálním prostředím. Kvalita je pro každého člověka individuální hodnotou. Kvalita péče musí vést ke zlepšení života pacientek i jejich rodin. Podstatou je dodržování práv pacientek, a to například právo pacientky na soukromí a důstojné zacházení, právo pacientky být přímo účastným při rozhodování o její zdravotní péči, podpora pacientek, kvalita péče včetně léčby bolesti, koordinace mezi zdravotnickými službami a odborníky (Kudlejová, 2014).

Kvalita se stala neoddělitelnou součástí celé společnosti. V dnešní době se kvalita stala hlavním faktorem konkurence mezi zdravotnickými pracovišti, včetně speciálních zdravotnických služeb. Kvalita ve zdravotnictví je dána legislativními podmínkami a požadavky pojišťoven, ale v dnešní době i kvůli dobrému jménu zdravotnického zařízení. Výhodou je zvýšení konkurence na trhu, udržení až zvýšení počtu pacientů, získání a udržení kvalifikovaného personálu včetně specialistů (Kudlejová, 2014).

Zajišťování kvality neznamená pouhé poskytování medicíny založené na důkazech. Cílů je více, od zajišťování a udržování bezpečného prostředí, dodržování legislativy až po neocenitelnou důstojnost pacienta (Žaludek, 2020).

Kvalitu lze rozdělit na dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní. Subjektivní dimenze ukazuje, jak je pacientka spokojena jako jedinec. Objektivní dimenze představuje sledování přesně daných stanovených a dohodnutých kritérií. Kvalitativní část je relativní kategorie, která vychází z hodnotového systému a kvantitativní část je měřitelná, což potvrzuje rozdělení na dvě dimenze. Pokud vybrané parametry procesu nejdou měřit, je obtížné rozhodnout, zda se proces zlepšuje či zhoršuje, proto nelze ani porovnávat proces s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením (Plevová, 2012).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) v roce 1966 definovala kvalitu zdravotní péče jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“.* Dle WHO nově vznikla definice „*Kvalita je stupeň dokonalosti poskytování zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje“* (in Bednařík, 2018, s. 4).

Podle WHO poskytování zdravotních služeb zahrnuje tři pohledy na kvalitu. Prvním pohledem je kvalita z pohledu pacientky, který zohledňuje její zájmy, potřeby a přání. Druhý pohled je věnován kvalitě řízení managementu zahrnující vytváření a dodržování předpisů. Odborná kvalita poskytovaných služeb je posledním pohledem. Zahrnuje správnou odbornou praxi. Aby mohla být kvalita zavedena do praxe, využívají se specifické metody. Na kvalitu lze přihlížet z více perspektiv, např. z pohledu lékařského a nelékařského personálu, z pohledu pacientky a z pohledu výstupů. WHO dále rozlišuje čtyři základní kategorie, které je nutno dodržovat a uplatňovat do zdravotnických systémů. Je nutno posilování role pacientek a spotřebitelů zdravotní péče, regulování a hodnocení zdravotnického personálu a zdravotních služeb. Další kategorií je místní implementace standardů a závazných norem a poslední kategorií je vznik a činnost týmů, které se podílejí na řešení problémů kvality (Válková, 2015).

Jednou z nejdůležitějších definic definoval Avedis Donabedian (1919-2000). Avedis Donabedian byl slavný americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví, který vytyčil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě (Válková, 2015).

Definice kvality zdravotní péče podle Donabediana je „*taková péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“* (in Žďára, 2018, s. 52).

Další slavný průkopník kontroly kvality byl Edwards Deming. Deming se zabýval kvalitou průmyslu, ale jeho principy jsou aplikovatelné i do zdravotnictví. Zavedl pro neustálé zlepšování kvality poskytované péče metodu Demingův cyklus neboli PDCA: P – Plan (plánování jako záměr zlepšení), D – Do (realizace naplánovaného), C – Check (kontrola, ověření výsledku), A – Act (realizace). Je to čtyřstupňová interaktivní technika používaná k řešení problémů a ke zlepšení organizačních procesů (Feldman, 2018).

Poskytovaná kvalita péče je důležitým faktorem pro zdravotnické zařízení i pro společnost. Na trhu je více zdravotnických zařízeních a konkurují si. Ve zdravotnických zařízeních by se měla kvalita péče zjišťovat, měřit a hodnotit, což je popsáno níže v dalších kapitole.

4 SLEDOVÁNÍ, ŘÍZENÍ A HODNOCENÍ KVALITY PÉČE

Kvalita péče patří mezi důležitou součást hodnocení poskytované péče, proto je důležité ji sledovat. V ekonomicky vyspělých zemích dnes existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality. Většina zemí má vytvořené a využívá vlastní systémy standardizace např. Česká republika – Česká agentura pro standardizaci (ČSN), Anglie – British Standards Institution (BSI), ale kvůli globalizaci se již zavádějí systémy a modely na mezinárodní úrovni (Plevová, 2012).

Systémové modely na mezinárodní úrovni kvality jsou rozděleny do čtyř základních kategorií. Do první kategorie spadají modely systémů řízení kvality, druhou kategorií jsou národní a nadnárodní akreditační standardy, další kategorií jsou modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů a poslední kategorií jsou modely excelence (Plevová, 2012; Válková, 2015).

Systém managementu kvality tvoří stanovení kvalitativních požadavků, které musí poskytovat jistotu a uspokojení pacientky. Poté se určí standardy jakosti a vytvoří program sledování jakosti, které jsou realizovány pomocí specifických postupů. U vytváření zodpovědného postoje k jakosti vzniká neustálý tlak na zodpovědnost stanovených kvalitativních standardů, pomocí komunikace, motivace a angažovanosti. Pro předávání informací o jakosti slouží informační systém. Systém řízení kvality je ucelený systém jakostních norem, jejich kontrol a organizačních opatření, který postihuje celý produkční proces včetně obslužných činností (Plevová, 2012).

Při řízení kvality je potřeba stavět na měřitelných parametrech, je to dáno podle pravidel managementu. To, co nemůžeme měřit, nemůžeme ani řídit. Ke zjištění úrovně nestačí pouze tvrzení, kvalita musí být interně a externě ověřitelná. Zdravotnická zařízení mohou sledované ukazatele měnit podle potřeby, kromě legislativně požadovaných indikátorů, které jsou dány (Žaludek, 2020).

Řízení kvality se týká všech činností potřebných k zabezpečení toho, aby služby a výrobky odpovídaly stanoveným standardům a splňovaly očekávání zákazníků. Tyto činnosti slouží k zabezpečování toho, aby byla dosažena vysoká kvalita péče a k prověřování, zda jsou plněny a trvale udržovány stanovené standardy kvality péče (Plevová, 2012).

Kvalitu poskytované péče lze měřit pomocí indikátorů kvality péče. Indikátor je absolutní číslo nebo vyjádřené procento, které vypovídá o informacích o úrovni kvality poskytovaných služeb.

Indikátory jsou sledovány a hodnoceny z více pohledů, jako je vliv na péči o pacienty, vliv na bezpečnost pacientů, na spokojenost pacientů nebo zaměstnanců (Podstatová, Chocholáč, 2016; Žaludek, 2020).

Indikátory kvality péče dělíme na indikátory struktury, procesů a výstupů**.** Indikátory struktury neboli vstupu jsou měření a data, která popisují typ a množství zdrojů pro zajištění péče o pacientky. Zdroji může být počet personálu, množství a technická vyspělost vybavení nebo přístup k moderním metodám léčby. Interakci mezi pacientkou a systémem zdravotní péče popisují indikátory procesu. Jsou zaměřeny na prevenci, detekci a na dostupnost péče. Další mohou být hodnocení a škálování ve specifických oblastech péče jako je riziko pádu a dekubitů, riziko záměny pacienta nebo reoperací. Procesy je možné měřit podle norem, z pohledu pacientek nebo hodnocením přístupu zaměstnanců. Výhodou měření je získání zpětné vazby od pacientek. Výsledky lze využít pro zlepšení v určité oblasti**.** Indikátor výstupu hodnotí přínos interakce prostředí, procesů a pacientky. Informace jsou přínosem pro tým kvality a klinické pracovníky, kteří mohou mít jasnější obraz o výstupu své práce. Oblasti pro měření jsou například spokojenost pacientek, ústup symptomů a nežádoucích účinků léčby, lze zde zařadit i míru komplikací spojených s anesteziologickou péčí nebo počet úmrtí (Žaludek, 2020).

V perioperační péči můžeme dále rozlišit dva typy indikátorů, první má za úkol identifikovat ojedinělé, avšak kritické nežádoucí jevy, jako mohou být mortalita během gynekologických a porodnických operací, záměna novorozence a další kritické nežádoucí jevy. Druhý typem je poměrový indikátor, a to např. četnost reoperací z celkového počtu operací za určité časové období, avšak jedním z často využívaných indikátorů v praxi je sledování spokojenosti pacientek, kdy se hodnotí pocitová stránka. Dále by se mohla kvalita posoudit z hlediska průměrné doby hospitalizace, výskytu infekcí v místě chirurgického výkonu a jiné (Pavlová, 2018).

Při procesu výběru indikátorů je nutno zohlednit konkrétní podmínky zdravotnického zařízení nebo země, odkud jsou ukazatele vybrány. Spousta nemocnic má vlastní indikátory pro své potřeby, které nemusejí být pro jinou nemocnici aktuální, měřitelné nebo uskutečnitelné. Indikátory, které zdravotnické zařízení využije, by měly mít své odůvodnění a vědecké opodstatnění. Proces výběru indikátoru je několikastupňový, zjišťuje se v něm, zda přinese užitek pro zdravotnické zařízení, zda je smysluplný, proveditelný a zdali jsou k dispozici dostupná data. Při vytváření indikátoru je potřeba určit klinickou oblast,

které se sběr dat bude týkat, poté se vymezí účel měření. Pro efektivitu je důležité vybírat oblasti, které mají dopad na kvalitu péče, morbiditu a mortalitu. Tým kvality popíše indikátor a stanoví přijatelné rozmezí hodnot. Indikátory jsou zapsány do registru indikátorů kvality daného zdravotnického zařízení. V tomto registru jsou pak roztříděny podle oblastí, na které se zaměřují, a to na již zmiňované indikátory struktury, procesu a výstupu (Žaludek, 2020).

Hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví se zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care, ISQua). Mezinárodní akreditační principy jsou definovány Mezinárodní společností pro kvalitu ve zdravotnictví a společně s WHO stanovují požadavky. Principy se zaměřují na pacientky a respektování jejich práv, na odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování, řízení rizik a proces jasného řízení v organizaci a další (Šupšáková, 2017).

Ke zvýšení úrovně kvality péče a bezpečnosti slouží resortní bezpečností cíle a standardy. Ve Věštníku MZ ČR č. 13/2021 jsou uvedeny standardy a resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele lůžkové péče (MZ ČR, 2021).

Resortními bezpečnostními cíli dle Věštníku MZ ČR č. 13/2021, jsou:

1. „*bezpečná identifikace pacientů,*
2. *bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovostí,*
3. *prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech,*
4. *prevence pádů,*
5. *zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče,*
6. *bezpečná komunikace,*
7. *bezpečné předávání pacientů,*
8. *prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů*“ (MZ ČR, 2021).

Hodnocení kvality rozdělujeme na interní a externí hodnocení, o kterých je více psáno v podkapitolách 4.1 a 4.2.

4.1 Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je definováno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění. Poskytovatel

lůžkové a jednodenní péče je povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Klímová, Brabcová, 2019).

Ve Věštníku Ministerstva zdravotnictví č. 13/2021, jsou uvedeny minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb (MZ ČR, 2021).

Mezi minimální požadavky poskytovatele služeb patří standardy:

1. Zavedení rezortních bezpečnostních cílů
2. Standard řešení neodkladných stavů
3. Dodržování práv pacientek a osob pacientům blízkých
4. Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
5. Sledování spokojenosti pacientek
6. Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče a řízení lidských zdrojů
7. Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob na zdravotní výkony
8. Stravování a nutriční péče ve zdravotnickém zařízení
9. Zajištění bezpečného provozu přístrojové techniky, zdrojů ionizujícího a neionizujícího záření a měřidel (MZ ČR, 2021).

4.2 Externí hodnocení kvality a bezpečí

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je dobrovolným procesem, jehož cílem je posoudit podle stanovených hodnotících standardů úroveň kvality a bezpečí poskytování zdravotnických služeb. Jak pro hodnotitele kvality, tak pro poskytovatele zdravotních služeb jsou stanoveny minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, a to včetně požadavků na personální zabezpečení, způsob a postup hodnocení. Tyto podmínky musí poskytovatel zdravotnického zařízení splnit pro získání certifikátu kvality a bezpečí. Certifikát poskytovatel získá, jestliže splňuje požadavky, tedy vyhovuje-li úroveň poskytovaných služeb požadavkům dle zákona. Certifikát je platný po dobu tří let (MZČR, 2022a).

Hodnocení kvality a bezpečí je definováno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 372/2011 Sb. byl novelizován vyhláškou 262/2016 Sb. a uvádí proces externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb (Hošek, 2018; MZČR, 2022a).

Externí hodnocení kvality je potřebné k soustavnému zvyšování kvality a bezpečí, k posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a ke zlepšení systému řízení ve zdravotnictví. Tento proces zahrnuje sběr dat, kontrolu naplňování standardů a hodnocení efektivnosti jednotlivých činností (MZČR, 2022a).

Níže uvedené nástroje patří mezi nejběžnější nástroje používané v praxi ke zlepšování kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních. Nástroje spolu vzájemně souvisejí a doplňují se.

5 AKREDITACE

Akreditace je proces hodnocení a posuzování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Hodnocení, při kterém zdravotnické zařízení získá akreditační certifikát kvality, provádí externí organizace, nejčastěji nestátní. Tento proces je dobrovolný, je to důvěryhodné prokázání způsobilosti zdravotnického zařízení. Cílem akreditace je zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče, zvyšování efektivity poskytované ošetřovatelské péče a důvěryhodnost zdravotnického zařízení. Akreditace zvyšuje důvěru veřejnosti v kvalitní a bezpečné prostředí v daném zařízení, zlepšuje sjednání s plátci. Dále vytváří bezpečné a efektivní pracovní prostředí pro zaměstnance, což může vést ke spokojenosti zaměstnanců, vytváří systém týmového vedení s trvalou snahou zajišťovat kvalitu péče a bezpečí pacientů. Pro pacienty vytváří lepší podmínky pro uspokojování potřeb, respektování práv a zvyšování kvality péče a jejich bezpečí (Plevová, 2012).

Výhodou akreditace pro poskytovatele služeb je odstranění duplicit a sjednocení úrovně poskytované péče. Jednotné doporučené postupy vyrovnávají variabilitu v poskytování péče, zlepšují kvalitu a kontinuitu péče a definují minimální standard péče. Výhodu pro pacientky představuje záruka kvalitních služeb. Pro zřizovatele zdravotnického zařízení znamená akreditace určitou garanci kvalitní a bezpečné péče pro občany daného regionu (Brabcová, 2016).

V České republice poskytuje akreditační a certifikační služby více organizací. Patří mezi ně Spojená akreditační komise, o.p.s., Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. a společnost e-ISO (Brabcová, 2016).

Spojená akreditační komise (SAK) vznikla v České republice v roce 1998. SAK je nástroj pro externí hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotnických služeb. SAK má za cíl trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Hlavní prostředky pro naplňování poslání komise zahrnují vydávání akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky. SAK pomáhá zdravotnickým zařízením, která se připravují k akreditaci, specifikuje metodiku dle typu zdravotnického zařízení. Dále provádí poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení a poskytuje i akreditaci nanečisto. SAK spolupracuje se státními orgány a orgány veřejné zprávy ve zdravotnictví, podílí se na mezinárodní spolupráci a spolupracuje s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality péče. Spojená akreditační komise vydává publikace a organizuje vzdělávací akce, které jsou

zaměřené na zvyšování kvality péče a zajištění bezpečí pacientek (SAK, 2012; Marx, Vlček, 2013).

„*Od 21. 6. 2012 je Spojená akreditační komise, o.p.s., oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče podle ust. §5 odst.2 písm. F) až h) zákona č.372/2011 Sb., dle omezení udělení oprávnění dle vyhlášky č. 102/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů"* (SAK, 2012).

Akreditační standardy jsou rozděleny do kapitol, které odpovídají příslušným činnostem při poskytování zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení. První část standardů je zaměřena na klinické aktivity a druhá část na manažerské a organizační standardy (Marx, Vlček, 2013).

Akreditační standardy Spojené akreditační komise jsou:

1. Rezortní bezpečností cíle
2. Práva pacientů a jejich edukace
3. Dostupnost a kontinuita péče
4. Diagnostická péče
5. Terapeutická péče
6. Anesteziologická a chirurgická péče
7. Objednávání, předepisování a protiepidemiologická opatření
8. Řízení a správa
9. Řízení kvality a bezpečí
10. Bezpečí prostředí
11. Informace a komunikace
12. Řízení lidských zdrojů (Marx, Vlček, 2013).

Každý akreditační standard je pak rozdělen do tří částí, a to na vlastní znění standardu, jeho účel a indikátor standardu (Marx, Vlček, 2013).

Mezi další modely akreditačních standardů patří Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Tato organizace sleduje úroveň a kvalitu v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních. Zaměřuje se na celkovou kvalitu péče, a to včetně práv, etiky, edukace, sledování infekcí, management a sdílení informací. JCAHO patří do korporátní společnosti The Joint Commission (The Joint Commission, 2022).

Joint Commission International (JCI) také patří do korporátní společnosti The Joint Commission. Společnost. JCI je mezinárodní společností pro zlepšování kvality a bezpečnosti pacientek ve zdravotnické péči prostřednictvím vzdělávání a publikací. Společnost využívá špičkové postupy, odborné znalosti a přísné standardy, které vedou ke snížení rizik a poškození. Společnost poskytuje inovativní řešení, pomáhá zlepšit kvalitu a její výsledky. Získání mezinárodní akreditace je pro zdravotnické zařízení velikou výhodou, jelikož je pro pacientky signálem, že zdravotnická organizace prošla náročným hodnocením a splnila kvalifikaci v oblasti kvality péče a bezpečnosti pacientek. JCI spolupracuje s tisíci organizacemi na celém světě, což vede k vysoké perspektivě v problematice kvality péče a bezpečnosti (The Joint Commission International, 2022).

Tento nástroj patří mezi nejběžnější nástroje používané v praxi ke zlepšování kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních. Dalším nejběžněji využívaným nástrojem je audit, který je popsán v další kapitole.

6 AUDIT

Audit je nástroj řízení, je to systematický, nezávislý a zdokumentovaný proces získávání důkazů. Je to základní technika v systému zabezpečování kvality. Zdravotnické audity patří mezi nástroje hodnocení kvality ve zdravotnickém zařízení. Cílem je důkladné vyhodnocení kvality nebo průzkum s cílem zlepšit kvalitu. Je to proces, který má za cíl vyhodnotit skutečný stav věcí porovnáváním shody nebo neshody mezi věcmi, které byly naplánované, a tím co bylo dosažené. Podstatou auditu je cílené zaměření na konkrétní problematiku. Při hodnocení je potřeba porovnávat zjištěný aktuální stav problematiky s uznávaným vědeckým poznatkem a standardy. Výsledky by měly vést ke konkrétním závěrům, aby se mohly nápravné kroky realizovat v praxi (Kudlejová, 2014).

Audity se dělí na interní audit a externí audit. Interní audit je prováděný vlastním zdravotnickým zařízením. Externí audit je prováděný externí nezávislou organizací. Auditní činnosti se řídí normou ČSN EN ISO 19011, která poskytuje návod pro plánování, přípravu, provádění, hodnocení zjištěných informací a výsledků, stanovení požadavku nápravných a preventivních opatření a uzavření auditu po provedení těchto opatření. Ve zdravotnických zařízeních se audity provádí pohovorem se zaměstnanci, s pacientkami, prohlídkou pracoviště, kontrolou dokumentace a sledováním pracovních postupů (Žďára, 2018).

K naplnění smyslu auditu jsou stanovená kritéria, která se srovnávají s reálnou shodou. Provádí se plánovaně v krátkodobém i dlouhodobém horizontu. Audity musí mít definovaný a zajištěný zdroj, dále stanoven rozsah a způsob provedení dokumentace. Formalizované výstupy se archivují po dobu 5 let (Žďára, 2018).

7 STANDARDIZACE

Standardizace patří mezi nejběžnější nástroje používané v praxi ke zlepšování kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních. Standardizace je systematická činnost vydávání a podpory udržování standardů. Standard je požadavek na chování nebo vlastnosti člověka, situace a organizace, který je určený k závaznému vyžadování nebo k posuzování jejich přijatelnosti, přiměřenosti či obvyklosti. Ve zdravotnictví standardizace tvoří soubor opatření neboli standardů, které zajišťují určitou úroveň a způsob poskytované péče ve zdravotnických zařízeních (Seifert, 2015).

Mezi modely systému řízení kvality patří model Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Organisation for Standardization, ISO). Je největší organizací, která vytváří dobrovolné a mezinárodně uznávané normy. Tato organizace publikovala více než 18 500 mezinárodních standardů zaměřených na různá odvětví, např. zdravotnictví, informační technologie, zemědělství, stavebnictví, strojírenství. Normy jsou vedeny pod označením ISO. Lze to jednoduše popsat jako manuál nebo návod, který popisuje nejlepší způsob, jak něco udělat. Normy jsou ucelenými poznatky lidí, kteří mají odborné znalosti v určité oblasti. ISO patří mezi nejrozšířenější modely kvality, je zaměřen na procesní řízení kvality, na pacientky, na způsob vedení dokumentace a zaměstnance. Cílem je poskytovat služby a produkty za všech stanovených okolností stejně a vždy ve stejné kvalitě. Certifikace kvality se zaměřuje na funkčnost a užitečnost nastavených procesů ve zdravotnickém zařízení. Na monitorování managementu kvality je norma řady ISO 9001 (Válková, 2015; Brabcová, 2016).

Norma ISO 9001: *„Organizace musí, jako jeden ze způsobů měření výkonností systému managementu kvality, monitorovat informace týkající se vnímání zákazníka ohledně toho, zda organizace splnila jeho požadavky. Způsob získávání a používání těchto informací musí být stanoven“* (Holmerová, 2015, s. 118).

Norma 9001:2000 byla novelizována jako 9001:2015. Jestliže zdravotnické zařízení získá tuto certifikaci, tak je dané zdravotnické zařízení spolehlivé a vyhovující. Každé zdravotnické zařízení potřebuje kvalitní plánovací, řídící a kontrolní procesy, které zaručí bezpečnost pacientky. Základem kvalitního řízení je Demingův cyklus, který ISO 90001 zahrnuje (Válková, 2015; Brabcová, 2016).

8 BENCHMARKING

Dalším nástrojem pro zjišťování kvality je Benchmarking. *„Benchmarking je kontinuální systematický proces na porovnávání výkonnosti organizace, funkcí nebo procesů s jejich nejlepšími v praxi existujícími analogy s cílem nejen dosáhnout stejných výsledků (výkonnosti), ale překonat je“ (*Seifert, 2015, s. 75).

Benchmarking patří do skupiny nástrojů strategického managementu. Pozitivně vnímaný benchmarking je zdrojem motivace a inspirace ve všeobecné praxi. Benchmarking má dvě formy, a to formální a neformální. Formální podoba působí motivačně, musí vycházet z jasně stanovených a porovnatelných indikátorů. Benchmarking v neformální podobě probíhá v diskuzích kolegů např. hovoří mezi sebou, kolik je v péči operovaných žen a jiné (Seifert, 2015).

Principem je systematické pozorování způsobu práce jiných organizací nebo podniků, v oblastech, ve kterých jsou nejlepší. Benchmarking se zabývá nejlepšími praktikami jiných organizací, proto poskytuje inspiraci a verifikaci pro analýzu klíčových faktorů úspěchu. Smyslem je učit se od jiných zařízeních a následně podle jejich vzoru zvolit efektivnější strategii pro řízení kvality ve svém zařízení. Dochází k hledaní té nejlepší poskytované praxe mezi pracovišti. Podmínkou pro srovnávání je použití stejných indikátorů měření neboli využití stejného dotazníku a metodiky. Při srovnávání se musí poměřit vlastní výkon a služby s nejlepšími službami v jiném zdravotnickém zařízení. Musí splňovat základní kritéria ukazatelů, a to validitu, senzitivitu, specifičnost a praktičnost (Pavlová, 2018; Pokorná, 2016).

Pokud by chtělo zkoumané zdravotnické zařízení využít benchmarking, tak by mohlo dojít k podpoře zdravé konkurence mezi zdravotnickým zařízeními. Což by vedlo ve prospěch zdravotnického zařízení, a to ke zlepšení kvality, zjištění jiných metod využívaných v praxi a jiné.

Všechny uvedené nástroje se využívají k zjištění poskytované kvality a jejímu zlepšení. Péče poté ovlivňuje spokojenost pacientek. V další kapitole je uvedena spokojenost pacientek s poskytovanou péčí.

9 SPOKOJENOST PACIENTEK

Standard na sledování spokojenosti pacientek patří mezi minimální požadavky poskytovatele, jak již bylo řečeno v přechozích kapitole o sledování, řízení a hodnocení kvality péče.

Kvalita péče je dána nejen respektováním standardů, ale i respektováním potřeb a přání pacientky, jejích hodnot a individuální péčí. Kvalitu péče můžeme hodnotit z více stran, a to ze strany pacientky, personálu. Nejčastěji využíváme hodnocení pacientky. Spokojenost pacientek je důležitým aspektem hodnocení procesu i výstupu poskytované péče. Hodnocení lékaře a porodní asistentky pacientkou má zásadní podíl na celkovém hodnocení poskytované kvality péče. Pomocí dotazníku spokojenosti je možné zjistit zpětnou vazbu. V dotazníku se lze zaměřit na více oblastí, např. na kvalitu poskytované péče, na informovanost, edukaci, ale i na poskytovanou perioperační péči. Z hlediska kvality poskytované péče jsou znalost a respektování hodnot v žebříčku stejně důležité jako znalost odborných postupů. Hodnocení může ovlivnit věk, vzdělání či osobnost klientky. Lze zvolit metodu pozorování, metodu skupinové diskuze, hloubkový rozhovor a dotazník. Dotazníky mohou sloužit jako nástroj pro audit či akreditační proces (Seifert, Býma, 2019; Válková 2015).

Uspokojování základních lidských potřeb je významnou součástí k dosažení spokojenosti pacientek. Potřeby jedince musí být v rovnováze. Pacientka by měla být brána jako komplexní neboli holistická bytost. Z holistického hlediska lze potřeby rozdělit na biologické, psychické, sociální a duchovní, tyto potřeby se vzájemně prolínají. Uspokojování biologických potřeb je důležité pro zachování života. Mezi tyto potřeby patří potřeba potravy, tekutin, odpočinku, spánku, aktivity, vylučování a další. Psychické, sociální či duchovní potřeby nesouvisejí s existencí, ale mají své významné postavení, jelikož přináší pohodu a vedou k rozvoji osobnosti (Plevová, 2019).

Spokojenost pacientek se zjišťuje kvůli pochopení pocitů, vjemů a prožívání pacientek, k včasné identifikaci problému procesu poskytované péče a tím včasnému řešení. A také i ke komplexnímu pohledu posouzení kvality péče jako celku. Je důležitým ukazatelem pro monitorování kvality péče a bezpečí. Je součástí marketingového výzkumu, které vyjadřuje do jaké míry je splněno očekávání pacientů od daného zařízení. Vzorec pro spokojenost zní Spokojenost = vnímaná hodnota – očekávání. Očekávání jsou do značné míry determinována sociální a životní úrovní pacientky. S rostoucí úrovní roste i jejich očekávání na poskytovanou péči (Borovský, Smolková, 2013; Malaníková, 2016).

Pacientky svoji spokojenost často sdělují svému okolí a svým známým. Přirozeným jevem je, že lidé spíše sdílejí své negativní dojmy, ale i vnímanou hodnotu, která překročila očekávání. Tato forma sdílení je významným marketingovým tahem, kdy zdravotnická zařízení mohou využívat veřejného mínění a šíření informací do společnosti. Na prvním místě je vytváření důvěry ve zdravotnické zařízení. V současné době se pravidelně hodnotí spokojenost pacientek na základě dotazníkového průzkumu, aby se předcházelo negativnímu šíření informací a zachytilo se v okamžiku jejich vzniku (Borovský, Smolková, 2013).

Důležitou roli sehrává i komplexní pohoda, kterou zdravotnické zařízení buď vytváří či nevytváří. Pacientky nedokáží obvykle objektivně zhodnotit terapeutický postup, ale hodnotí, jak se při poskytování péči cítily, zda měly pohodlí, jak na ně působilo prostředí a procesy, jak to ovlivnilo jejich emoce. V České republice konvenience neboli pohodlí tvoří konkurenční výhodu. Základní typy konvenience ve zdravotnických zařízeních jsou dostupnost zdravotnického zařízení, časová a informační konvenience, pobytová a následná konvenience (Borovský, Smolková, 2013).

Spojenost pacientek ovlivňuje poskytovaná úroveň kvality a bezpečí ve zdravotnickém zařízení. Ke zvýšení úrovně kvality zdravotní péče a k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů slouží resortní bezpečností cíle a standardy, které byly uvedeny v předchozí kapitole. Jedním z ukazatelů pro monitorování kvality je standard sledování spokojenosti pacientek. Cílem tohoto standardu je sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientek s péčí a s podmínkami jejího poskytování. Ověřuje se, aby byl standard splněn, zda probíhá v zařízení pravidelný monitoring, způsob vyhodnocení, ověření realizace a efektivity sledování vývoje. Při vyhodnocení lze zjistit kvalitu i nedostatky, které je potřeba odstranit, a tím zamezit dalším nedostatkům (MZ ČR, 2021).

Míra spojenosti je ukazatelem úrovně celkové kvality ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnické zařízení si zvolí dimenze, které je potřeba zjišťovat. Problematiku lze prvně strukturovat do různých oblastí, tzv. dimenzí kvality. Tyto dimenze vznikly jako výsledek odpovědí na základní otázky, co pacientky chtějí, oceňují, čeho si váží, co jim pomáhá nebo naopak brání zvládat zdravotní potíže, jaké aspekty zdravotní péče jsou pro pacientky a jejich rodiny nejdůležitější. Pomocí těchto dimenzí zjišťujeme, zda pacientky byly spokojené nebo nespokojené (Raiter, 2010).

Mezi osm dimenzí patří:

1. Přijetí pacientky zdravotnického zařízení

2. Respekt, ohled a úcta
3. Koordinace a integrace péče o pacientku
4. Informace, edukace a komunikace s pacientkou
5. Tělesné pohodlí
6. Citová opora
7. Zapojení rodiny a blízkých do léčby
8. Propuštění pacientky ze zdravotnického zařízení (Klímová, Brabcová, 2019).

Ke zjišťování spokojenosti se využívají čtyři metody. První metodou je osobní dotazování tváří v tvář, kdy je výhodou přímá vazba mezi dotazovanou klientkou a dotazujícím, což umožňuje zpřesňování stanovisek a identifikaci očekávání. Další metodou je telefonické dotazování, kdy oproti první metodě je nevýhodou neosobní kontakt. Třetí metodou je písemné dotazování poštovní či internetovou anketou. Tato metoda neumožňuje podrobnější rozbor stanovisek a má velmi nízkou návratnost. Nejpoužívanější v České republice je metoda anketního dotazování přímo ve zdravotnickém zařízení. Tato metoda má vyšší návratnost, ale nevýhodou je neosobní kontakt, což neumožňuje zpřesňování stanovisek a identifikaci očekávání (Borovský, Smolková, 2013).

Jedním ze zajímavých projektů hodnocení kvality je *Projekt Kvalita Očima Pacientů,* který vznikl jako reakce na projekt Světové zdravotnické organizace – *Zdraví 21*. KOP měří kvalitu zdravotní péče pomocí zkušeností a spokojeností pacientek. Tento projekt poskytuje objektivní a statisticky průkazné informace o kvalitě jednotlivých pracovišť, výsledky lze porovnat celá pracoviště, ale i jednotlivá odborná pracoviště po celé České republice. KOP hodnotí celkem 50 indikátorů kvality, které jsou tvořeny podle osmi dimenzí kvality lůžkové péče (Raiter, 2010).

Program *Zdraví 21* je dlouhodobý program pro zlepšování kvality zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve 21. století. Projekt *Zdraví 21* byl aktualizován v roce 2020 projektem *Zdraví 2030. Zdraví 2030* je strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Strategický rámec *Zdraví 2030* má hlavní 3 cíle: ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, optimalizace zdravotnického systému a podpora vědy a výzkumu (MZ ČR, 2008; MZ ČR, 2022b).

9.1 Faktory ovlivňující spokojenost

Vliv na spokojenost pacientek mají sociodemografické proměnné, mezi které patří věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, etnická příslušnost a další. Na spokojenost pacientek také může mít vliv i rodina, přátelé či sdělovací prostředky (Pokorná, 2016).

Mezi nejdůležitější faktory vedoucí ke spokojenosti pacientek patří přístup, kvalita péče a bezpečí, role a chování porodních asistentek, perioperačních a anesteziologických sester, lékařů a v některých zemích i náklady na péči. Dalšími faktory jsou dostupnost lékařské péče, čekací lhůta na operaci, očekávání pacientek a komunikace zdravotnického personálu s pacientkami. Mezi další faktory, které mohou ovlivnit spokojenost žen, mohou být zařízení pokojů a prostředí zdravotnického zařízení, strava a technologické vybavení zdravotnického zařízení. Na operačních sálech může mít vliv na spokojenost teplota na sále či hluk. Pacientky mohou ovlivnit i obavy a stud z nahoty. Je potřeba tedy věnovat pozornost i nežádoucím událostem (Paredis, Bishop, Bodner, 2013; Fang, Liu, Fang, 2019).

Dalšími faktory, které ovlivňují spokojenost žen, mohou být i negativní události, mezi které patří pád z lůžka, z operačního stolu, dekubity, parézy, ponechání materiálu v ráně při operaci, záměna pacienta při podávání léků nebo při operaci nebo vznik alergické reakce na dezinfekci anebo na léky. Abychom zamezili nežádoucím událostem, tak je snaha dodržovat pravidla a dělat preventivní opatření. Aby se dosáhlo vysoké kvality poskytované péče, je potřeba, aby během celého perioperačního období docházelo k navazující péči s péčí na gynekologickém oddělení či na šestinedělí, aby se předcházelo všem rizikům (Šupšáková, 2017; Wichsová, Taliánová, 2020).

9.2 Vztah mezi pacienty a zdravotníky

Spokojenost pacientek může ovlivnit i vztah mezi personálem. Tento vztah je velmi důležitou součástí péče o pacientky, odvíjí se od něj kvalita poskytované péče. Je to neustále vyvíjející se interakce dvou lidských bytostí, proces vytváření důvěry a vzájemného respektu, který je ovlivňovaný a formovaný jak znalostmi, zkušenostmi a laskavostí lékaře, porodních asistentek a dalších pracovníků, tak osobností pacientky a jejím zdravotním stavem. Dynamická interakce je ovlivňuje kvalitu poskytované péče (Ptáček, Bartůněk, 2015).

Dynamická interakce mezi zdravotníkem a pacientkou vyžaduje psychologické znalosti, schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti ve správné jednání s pacientkou. Od zdravotnického personálu se očekávají určité způsoby jednání, vzorce chování a jejich dodržování vyžaduje určitou normu.

Od zdravotnického personálu pacientky očekávají vysokou odbornost, taktní a ohleduplné jednání a psychickou podporu. Role porodní asistentky vyžaduje budit důvěru, odbornost, vysokou dávku taktu a trpělivosti. Porodní asistentky jsou často zasvěcovány i do osobních problémů a starostí klientky, do jejích nálad a osobnostních zvláštností. Role porodní asistentky vyžaduje více porozumění, laskavosti a pochopení vůči pacientce. Informace získané z anamnestických nebo diagnostických postupů musí být uchovány. Zdravotnický personál je vázán povinností mlčenlivosti (Zacharová, 2017).

Vztah mezi personálem a pacientkou je definován podle práv povinností a odpovědnosti. Vztah by měl být založený na vzájemné důvěře a respektu. Zdravotníci by se měli držet morálních pravidel, třeba pacientce neškodit. Zdraví pacientek je nejvyšším zákonem, kterým by se měl zdravotnický personál řídit. Pacientka a zdravotnický personál vytváří vztah, bez kterého by léčba nebyla úspěšná, přičemž klientka má právo mít jistotu, že personál udělá vše, co je v jeho silách. Lékař ani porodní asistentka nesmí zneužít její důvěru či informace. Kvalifikovaný lékař nese plnou zodpovědnost za diagnostický či léčebný postup, který musí vést ve prospěch zdraví pacientky (Ptáček, Bartůněk, 2015).

Ve prospěch je i schopnost empatie. Empatie neboli vcítění je velmi důležitá součást poskytované péče. Poskytuje porodní asistentce úplnější a osobnější obraz pacientky. Pacientka má v porodní asistentce důvěru, pocit většího spojení a s tím spojenou volnost vyjádřit své obavy, pocity a naděje (Ptáček, Bartůněk, 2015).

Mezi neoddělitelnou součást patří komunikace. Kvalitní péče je založena na vzájemné komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientkou. Především se vyžaduje od zdravotnického personálu empatické naslouchání, jasné porozumění verbálním i neverbálním projevům. Komunikaci personál využívá k získání informací, motivaci, edukaci a navození důvěry nebo k budování vztahu porodní asistentka–pacient. Účinná komunikace vede k důvěrnému vztahu s pacientkou a její rodinou, k upevnění zdraví. Porodní asistentka by měla umět zahájit, podporovat a udržovat správnou komunikaci, na které často závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran. Nejčastější stížnosti a stesky pacientek bývají z důvodů, že pacientky nebyly vhodně nebo dostatečně informovány tak, jak by si představovaly, přály (Plevová, 2019; Zacharová, 2016).

Spokojenost pacientek může být ovlivněna více faktory, které byly zmíněny v celé této kapitole. Je důležité, aby se spokojenost pacientek zjišťovala, aby mohla být vyhodnocena.

I přestože mohou být pacientky spokojené, tak je důležité, aby se spokojenost prověřovala, protože vždy se najde něco, co by mohlo zdravotnické zařízení zlepšit.

10 SHRNUTÍ

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu poskytované perioperační péče. Teoretická část zahrnuje popis perioperační péče a její fáze a etiku, dále popisuje, co je to kvalita, jak ji můžeme sledovat, řídit a hodnotit. Na závěr teoretické části je práce zaměřena na spokojenost pacientek s péčí, ta je dále rozdělena na faktory, které mohou spokojenost ovlivnit a na vztahy mezi personálem a pacientkami.

Perioperační péče je péče před operací, během operace a po operaci. Každá fáze má svá určitá specifika. Z etického pohledu je perioperační péče stejná jako ošetřovatelská. Při péči o ženy by měl být dodržovány postupy a zásady. Podle Donabediana je kvalita poskytované péče „*taková péče, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“* (in Žďára, 2018, s. 52).

Kvalita lze sledovat, řídit a hodnotit. Při řízení kvality je potřeba stavět na měřitelných parametrech. To, co nemůžeme měřit, nemůžeme ani řídit. Hodnocení kvality je povinně dáno interním hodnocením zdravotnického zařízení. Externí hodnocení je dobrovolné. Mezi externí hodnocení patří např. akreditace, certifikace a benchmarking.

Spokojenost pacientek je důležitou součástí hodnocení procesu i výstupu poskytované péče. Pomocí tohoto hodnocení lze získat zpětnou vazbu na poskytovanou péči, chování personálu a celkový vjem a pohodlí pacientky ve zdravotnickém zařízení. K dosažení spokojenosti pacientek je důležitý holistický přístup, profesionální komunikace, edukace a dostatečná informovanost žen. Před operací ženy mají strach z operace, z komplikací, proto je velmi důležité nepodceňovat její obavy a stres, ale naopak se je snažit vše dostatečně vysvětlit a poskytnou jí oporu. Mezi faktory, které mohou ovlivňovat spokojenost patří chování personálu, vzhled zdravotnického zařízení, strava, teplota, hluk, denní režim a další faktory.

Právě hodnocení spokojenosti se věnuje průzkumná část této práce, jejímž cílem je zjistit spokojenost žen s poskytovanou péčí a perioperační péčí.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části diplomové práce je hodnocena spokojenost pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení v jedné nemocnici v Jihomoravském kraji. Před zahájením průzkumného šetření byla provedena rešerše literatury a na základě získaných poznatků byly stanoveny cíle a průzkumné otázky. Průzkumná část popisuje jednotlivé fáze průzkumu, které zahrnují metodiku dat, sběr dat, analýzu získaných výsledků a vyhodnocení výsledků a cílů. Sběr dat k průzkumu probíhal pomocí anonymního dotazníkového šetření, osloveny byly všechny pacientky, které podstoupily operační výkon v období od září do prosince 2022. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na spokojenost pacientek s personálem a s péčí na daném pracovišti.

Hlavním výstupem diplomové práce je návrh řešení do praxe ke zlepšení úrovně kvality poskytované perioperační péče v daném zařízení.

11 PRŮZKUMNÉ CÍLE

V průzkumné části diplomové práce je hlavním cílem práce **zjistit spokojenost pacientek s kvalitou poskytované perioperační péče na gynekologicko-porodnickém oddělení**.

Pro tuto diplomovou práci byly zvoleny dílčí cíle:

11.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat spokojenost pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení.
2. Zjistit, zda jsou ženy, dle jejich hodnocení, dostatečně informované.
3. Zmapovat, jaká je spokojenost pacientek se službami zdravotnického zařízení.

11.2 Průzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly stanoveny průzkumné otázky:

1. Jaká je kvalita péče na gynekologicko-porodnickém oddělení?
2. Domnívají se ženy, že jsou dostatečně informované o tom, kdo je ošetřuje?
3. Domnívají se ženy, že jsou informované dostatečně o léčbě, o operaci, péči po operaci?
4. Jak jsou pacientky spokojené se službami ve zdravotnickém zařízení?

12 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

12.1 Průzkumná metoda

Diplomová práce je teoreticko-průzkumnou prací. Pro zpracování byla zvolena kvantitativní metoda průzkumného šetření. K získání dat v průzkumné části byla využita metoda sběru dat dotazník. Byl využit dotazník z jednoho zdravotnického zařízení v Jihomoravském kraji. Dotazník byl zaměřen na hodnocení kvality péče očima pacientek, byl zaměřen na celkovou péči ve zdravotnickém zařízení a součástí dotazníku byly i otázky vlastní tvorby zaměřené na perioperační péči.

Dotazník obsahoval otázky zaměřené na poskytovanou péči: počet dní hospitalizace, věk ženy, spokojenost s personálem a péčí, s kvalitou stravy a úklidu, denním režimem oddělení, zjišťováním identity pacientky na operačním sále, zjišťováním alergií, teploty a hluku na operačním sále a další (viz. Příloha A). Data byla anonymizovaná.

12.2 Soubor respondentek

Průzkumný soubor tvořily hospitalizované ženy, které byly po operačním výkonu v období od září do prosince 2022. Podmínkou šetření bylo, aby pacientka byla schopná vyplnit dotazník sama bez asistence personálu. Do tohoto šetření bylo zařazeno 75 hospitalizovaných žen po operaci. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, ale do studie průzkumného šetření bylo zařazeno pouze 75, jelikož 5 bylo vyřazeno. Důvodem pro vyřazení z průzkumu byl nekorektně vyplněný dotazník.

Podle věkového rozmezí byly pacientky rozděleny do 6 věkových kategorií. Údaje o věku hospitalizovaných žen jsou zobrazeny v tabulce č. 1.

Otázka č. 1 - Kolik Vám je let?

Tabulka 1 Věk hospitalizovaných žen

Věk	n_i	f_i (%)
20-30	8	10,67
31-40	14	18,67
41-50	21	28,00
51-60	14	18,67
61-70	14	18,67
71-80	4	5,33
Celkem	75	100,00

Ve sledovaném souboru 75 (100 %) pacientek byla nejhojněji zastoupena kategorie žen ve věku 41 až 50 let, a to 21 (28 %) pacientek. Ve druhé nejčastější skupině jsou pacientky, jejichž zastoupení je 14 (18,67 %) ve více věkových kategoriích, z čehož vyplývá že nejčastěji operaci podstoupily pacientky ve středním věku až po rané stáří. Hospitalizovaných žen ve věku 20 až 30 let bylo 8 (10,67 %). V poslední věkové kategorii 71 až 80 byly pouze 4 (5,33 %) pacientky.

Tabulka 2 Věk hospitalizovaných žen – popisná statistika

Proměnná	Počet	Průměr	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus	sm. odch.
Věk žen (v letech)	75,00	48,77	25,00	76,00	21,00	48,00	Vícenásobné	13,61

V tabulce č. 2 je znázorněn průměrný věk všech oslovených žen, který byl 48,77 let. Věkový rozdíl žen byl poměrně veliký, kdy z tabulky je patrné, že nejmladší pacientka měla 25 let a nejstarší pacientka měla 76 let. Nejčastěji byly hospitalizované klientky po operaci ve věku 48 let.

V další tabulce č. 3 je uveden počet dní hospitalizace. Podmínkou pro tento průzkum byly minimálně 3 dny hospitalizace, aby nebyly zkreslené výsledky spokojenosti pacientek, jelikož čím déle pacientka je hospitalizovaná, tím ji ošetřuje více lékařů, porodních asistentek a může mít i smíšené pocity, např. z odloučení od rodiny, sociálního zařazení apod. Doba hospitalizace se může různě lišit, např. podle druhu operace, podle komplikací. U plánovaných operací jdou většinou ženy na příjem den před operací, kdy probíhá edukace a předoperační příprava. Dny po operaci se odvíjejí od typu operace, např. ženy po císařském řezu jsou nejčastěji hospitalizované 4 dny, pokud nenastanou komplikace. Naopak např. ženy po abdominální hysterektomii mohou být hospitalizované 5-7 dní.

Otázka č. 2 - Počet dnů současného pobytu v nemocnici:

Tabulka 3 Počet dní hospitalizace

Počet dní hospitalizace	**n_i**	**f_i (%)**
3	9	12,00
4	19	25,33
5	13	17,33
6	12	16,00
7	13	17,33
8	8	10,67
9	1	1,33
Celkem	75	100,00

V tabulce č. 3 oslovené pacientky nejčastěji strávily ve zdravotnickém zařízení 4 dny, tedy 19 (25,33 %) žen bylo hospitalizováno po tuto dobu. Další četnou skupinou bylo 13 (17,33 %) žen, které strávily ve zdravotnickém zařízení 5 dnů, stejně tak i po dobu 7 dnů bylo hospitalizováno 13 (17,33 %) žen. Šest dní bylo hospitalizováno 12 (16 %) pacientek. Tři dny uvedlo 9 (12,00 %) respondentek, 8 dní uvedlo 8 (10,67 %) pacientek. Nejdéle byla hospitalizovaná 1 žena (1,33 %), a to 9 dní.

Tabulka 4 Počet dní hospitalizace – popisná statistika

Proměnná	Počet	Průměr	Min.	Max.	Četnost	Medián	Modus	Sm. odch.
Počet dní hospitalizace	75	5,39	3,00	9,00	19,00	5,00	4,00	1,63

Ze základní popisné statistiky v tabulce č. 4 lze vyčíst průměrnou dobu hospitalizace 5,39 dní. Minimální počet dní hospitalizace byly 3 dny a nejdelší doba hospitalizace byla 9 dní. Nejčastěji byly ženy ve zdravotnickém zařízení po dobu 4 dnů.

12.3 Průběh průzkumného šetření

Průzkumné šetření probíhalo od září do prosince 2022 ve zdravotnickém zařízení v Jihomoravském kraji. Průzkum probíhal u žen, které byly po operaci a byly hospitalizované déle jak 3 dny ve zdravotnickém zařízení. Šetření probíhalo za souhlasu hlavní sestry zdravotnického oddělení a vrchní sestry gynekologicko-porodnického oddělení.

Součástí dotazníku bylo představení diplomové práce, informace o účelu dat a žádost o vyplnění dotazníku. Respondentky byly ujištěny, že veškerá data budou anonymizována, budou použita pro tuto diplomovou práci a pro případné zlepšení poskytované péče v rámci zdravotnického zařízení. Jejich případná neúčast neměla vliv na průběh jejich hospitalizace.

12.4 Analýza dat

Analýza dat probíhala ze 75 dotazníků, které tvoří celkový počet 100 %. K testování byla využita základní popisná statistika. Výsledky byly zpracovány do tabulek s absolutními a relativními četnostmi. V některých otázkách byly zpracovány do tabulky ukazatele základní popisné statistiky, jako jsou aritmetický průměr, modus, medián, minimum, maximum, rozptyl a směrodatná odchylka.

Údaje v tabulkách byly popsány a vyhodnoceny k jednotlivým otázkám z dotazníku. Ke zpracování výsledků byly využity programy Microsoft Office Excel a Statistica 14.

13 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V této kapitole jsou popsány výsledky průzkumu. Výsledky dotazníku byly vyhodnoceny a znázorněny po jednotlivých otázkách do tabulek a grafů a následně popsány.

Otázka č. 3 - Jaké bylo Vaše přijetí recepčními?

Tabulka 5 Přijetí recepčními do zdravotnického zařízení

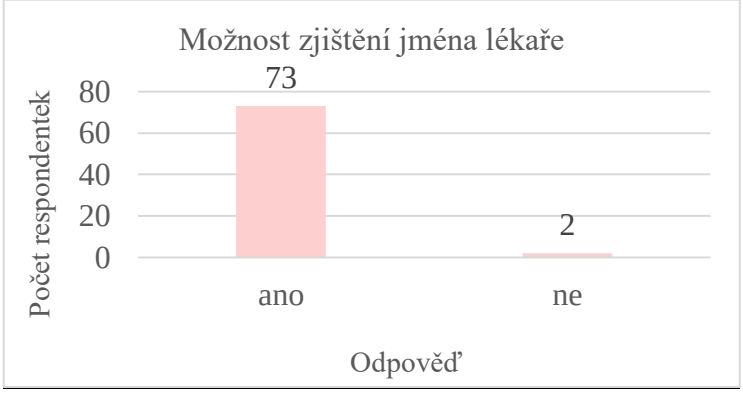
Přijetí recepčními	**n_i**	**f_i (%)**
Vstřícné, nápomocné	48	64,00
Standardní, odpovídající	23	30,67
Neochotné	0	0,00
Příjem mimo recepci (doprava sanitou apod.)	4	5,33
Celkem	75	100,00

Otázka č. 3 z dotazníku byla uzavřená, jejichž možnosti byly *Vstřícné, nápomocné; Standardní, odpovídají; Neochotné a Příjem mimo recepci (doprava sanitou apod.)*.

Přijetí recepčními může mít vliv na spokojenost klientek, zda byly dostatečně informované na jaké oddělení mají jít, do jakého patra; a jakým způsobem jim bylo vyhověno. Dle výsledků tabulky č. 5 hodnotily ženy přijetí kladně. Z celkového počtu 75 (100 %) respondentek hodnotilo chování recepčních jako vstřícné, nápomocné 48 (64,00 %) respondentek a standardní, odpovídající 23 (30,67 %) respondentek. 4 (5,33 %) pacientky byly přijaty mimo recepci, např. doprava sanitou apod. Žádná pacientka nehodnotila přijetí recepčními jako neochotné.

Z této tabulky tedy vyplývá, že skoro všechny ženy byly spokojeny s přijetím pomocí recepčních do zdravotnického zařízení. Pouze 4 ženy byly přijaty mimo recepci, z čehož je jasné, že nehodnotily recepční.

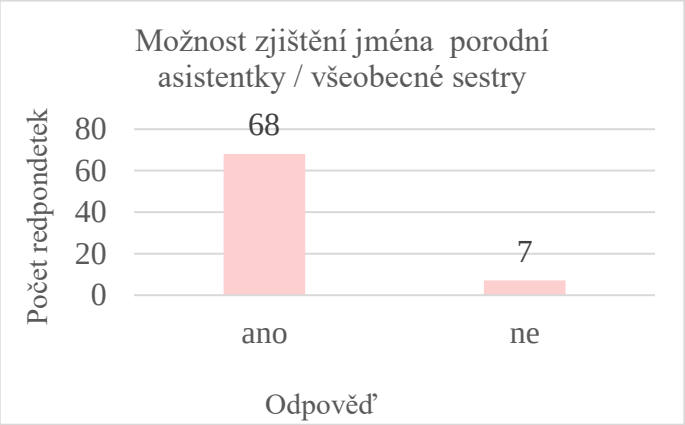
Otázka č. 4 - Měla jste možnost zjistit jméno lékaře, který Vás ošetřoval?



Obrázek 1 Možnost zjištění jména lékaře

Odpovědi na čtvrtou otázku z dotazníku, zda měla žena možnost zjištění jména ošetřujícího lékaře, jsou zaznamenány na obrázku č. 1. Tato otázka byla uzavřená, kdy ženy měly možnost vybrat ze dvou odpovědí *Ano, Ne*. Jméno lékaře zjistilo 73 (97,33 %) pacientek. Pouze 2 (2,67 %) ženy jméno nezjistily. Z uvedených dat vyplývá, že ženy v drtivé většině znaly jméno ošetřujícího lékaře. Podle etického kodexu by se měli lékaři představit každé pacientce, což z tohoto výzkumu je zřejmé, že lékaři dodržují pravidla etického kodexu. Dle mého názoru tím může dojít ke zvýšení důvěry. Je důležité, aby byl navázán kontakt lékař – pacientka.

Otázka č. 5 - Měla jste možnost zjistit jméno porodní asistentky / všeobecné sestry, která Vás ošetřovala?



Obrázek 2 Možnost zjištění jména porodní asistentky / všeobecné sestry

Další otázkou z dotazníku byla otázka č. 5, zda měly ženy možnost zjistit jméno porodní asistentky / všeobecné sestry, která je ošetřovala. Otázka byla uzavřená, možnosti byly *Ano, Ne*. Na obrázku č. 2 je vidět, že pacientky měly možnost zjistit, kdo z porodních asistentek / všeobecných sester je ošetřoval, jelikož odpovědi byly kladné. Ze 75 (100 %) pacientek zjistilo jméno ošetřující porodní asistentky / všeobecné sestry 68 (90,67 %) žen. Jméno ošetřující porodní asistentky nebo všeobecné sestry se nedozvědělo pouze 7 (9,33 %) žen. Porodní asistentky nebo všeobecné sestry se ve většině případů představují, aby ženy věděly, kdo je ošetřuje.

Na otázky číslo 4 a číslo 5 navazuje otevřená otázka číslo 6. V této otázce ženy slovně vypisovaly, jak zjistily jméno lékaře a porodní asistentky / všeobecné sestry. Některé ženy uvedly více slovních odpovědí, např. představili se a nosí vizitky, představili se a podali mi ruku. V následující tabulce jsou proto odpovědi rozděleny na čtyři skupiny (Tab. 6).

Otázka č. 6 - Pokud ano, uveďte prosím, jak jste zjistila jejich jména:

Tabulka 6 Zjištění jména lékaře a porodní asistentky

Zjištění jména	n_i	f_i (%)
Vizitka	18	23,08
Představení	25	32,05
Představení + vizitka	23	29,49
Jiné	12	15,38
Celkem	78	100,00

V tabulce č. 6 je uvedena absolutní a relativní četnost slovních odpovědí. Nejčetnější slovní odpovědí bylo, že se personál *představuje*, a to ve 25 (32,05 %) případech ze 78 (100 %). Druhou nejčastější slovní odpovědí bylo *přestavili se + vizitka.* 18 (23,08 %) žen odpovědělo, že personál nosí *vizitky/ jmenovky*. V kategorii *jiné* jsou zařazeny ojedinělé slovní odpovědi, které nespadaly ani do jedné předchozí skupiny. Ojedinělé odpovědi jsou např.: *při příjmu", „z kartičky s nožičkou novorozence", „znala jsem paní doktorku osobně, ostatní se představili", „zeptala jsem se na sesterně", „představili se mi a podali mi ruku + měli visačky se jmény".*

Z uvedených dat je zřejmé, že respondentky vědí, kdo je ošetřuje, jelikož většina personálu se představuje a nosí vizitky. Zda jsou respondentky spokojeny s přístupem lékařů a porodních asistentek je uvedeno v tabulkách č. 7 a č. 11.

Otázka č. 7 - Byla jste spokojená s přístupem lékaře?

Tabulka 7 Spokojenost s přístupem lékaře

Spokojenost s lékařem	n_i	f_i (%)
1	60	80,00
2	11	14,67
3	3	4,00
4	1	1,33
5	0	0,00
Celkem	75	100

V této uzavřené otázce měly ženy hodnotit dle stupnice 1-5, kdy 1 = velmi spokojená, 2 = spokojená, 3 = částečně spokojená, 4 = nespokojená a 5 = velmi nespokojená.

Spokojenost s přístupem lékaře ohodnotilo na jedničku, tedy bylo velmi spokojeno 60 (80,00 %) pacientek. Spokojených 11 (14,67 %) žen ohodnotilo přístup lékaře na známku dva. Částečně byly spokojeny 3 (4,00 %) respondentky. Pouze 1 (1,33 %) respondentka byla nespokojená. Žádná klientka nezvolila odpověď 5 neboli velmi nespokojená. Podle uvedených

dat je zřejmé, že ženy byly převážně spokojeny s přístupem lékaře, jelikož volily kladné odpovědi.

Přístup lékaře je velmi důležitý, zejména s ohledem na psychiku ženy. Je potřeba, aby pacientka neměla strach lékaři sdělit svůj stav a pocity.

Otázka č. 8 - Byl Vám vysvětlen způsob léčby?

Tabulka 8 Vysvětlení způsobu léčby

Způsob léčby	n_i	f_i (%)
1	57	76,00
2	9	12,00
3	8	10,67
4	1	1,33
5	0	0,00
Celkem	75	100,00

Tabulka číslo 8 ukazuje, zda ženám byl vysvětlen způsob léčby. Respondentky toto měly ohodnotit v uzavřené otázce č. 8 známkou 1-5, kdy 1 = velmi spokojená, 2 = spokojená, 3 = částečně spokojená, 4 = nespokojená, 5 = velmi nespokojená.

Součástí hospitalizace je důsledná edukace o způsobu a průběhu léčby. Pacientky mají právo vědět, co se s nimi bude dít a co je čeká během celé léčby. Z celkového počtu 75 (100 %) pacientek mělo 57 (76,00 %) žen pocit, že jim byl vysvětlen způsob léčby výborně, tedy na známku jedna. Kladně odpovědělo dalších 9 (12,00 %) respondentek, které zakroužkovaly číslo dva. 8 (10,67 %) žen bylo částečně spokojených, proto zvolily známku tři. Pouze 1 (1,33 %) respondentce nebyla dostatečně vysvětlena léčba. Žádná žena neměla pocit, že by jí nebyl vysvětlen postup léčby. Z těchto dat vyplývá, že respondentkám byl dostatečně vysvětlen způsob léčby.

Otázka č. 9 - Byla jste pro Vás dostačujícím způsobem informována o Vaší nemoci?

Tabulka 9 Informovanost o nemoci

Informovanost o nemoci	n_i	f_i (%)
1	57	76,00
2	12	16,00
3	6	8,00
4	0	0,00
5	0	0,00
Celkem	75	100,00

Odpovědi na uzavřenou otázku číslo 9, zda respondentka byla pro ni dostačujícím způsobem informována o její nemoci, jsou uvedeny v tabulce číslo 9. V této otázce ženy měly otázku

hodnotit na stupnici 1-5. V tabulce č. 9 je nejčastější známkou jedna neboli velmi spokojená s informacemi, kterou napsalo 57 (76,00 %) žen. Spokojených s informacemi bylo 12 (16,00 %) pacientek, částečně spokojených s informacemi 6 (8,00 %) pacientek. Možnost nespokojená, velmi nespokojená nezvolila žádná žena. Z uvedené tabulky číslo 9 je zřejmé, že ženy byly, dle jejich názoru, dostačujícím způsobem informované o jejich nemocech.

Otázka č. 10 - Měli Vaši příbuzní možnost mluvit s ošetřujícím lékařem?

Tabulka 10 Komunikace příbuzných s ošetřujícím lékařem

Příbuzní	**n_i**	**f_i (%)**
Ano	37	49,33
Ne	4	5,33
Nebylo to nutné	34	45,33
Celkem	75	100,00

Tabulka č. 10 uvádí pozitivní data, ze souboru 75 (100 %) pacientek mělo možnost mluvit s ošetřujícím lékařem 37 (49,33 %) příbuzných. U 34 (45,33 %) pacientek nebylo nutné, aby příbuzní komunikovali s ošetřujícím lékařem. Možnost mluvit s ošetřujícím lékařem neměli příbuzní (5,33 %) 4 operovaných pacientek.

Otázka č. 11 - Jak jste byla spokojená s přístupem porodní asistentky / všeobecné sestry?

Tabulka 11 Spokojenost s přístupem porodní asistentky / všeobecné sestry

Spokojenost s přístupem porodní asistentky / všeobecné sestry	**n_i**	**f_i (%)**
1	62	82,67
2	9	12,00
3	3	4,00
4	1	1,33
5	0	0,00
Celkem	75	100,00

V otázce číslo 11 měly ženy zhodnotit spokojenost na stupnici od 1 do 5, kdy 1 = velmi spokojená, 2 = spokojená, 3 = částečně spokojená, 4 = nespokojená, 5 = velmi nespokojená.

Součástí dotazníku je otázka na spokojenost s přístupem porodní asistentky nebo všeobecné sestry. Péči a spokojenost mohlo ovlivnit chování porodních asistentek či všeobecných sester, také komunikace, edukace a celková péče. Z tabulky č. 11 vyplývají pozitivní výsledky, ženy byly spokojeny s přístupem porodních asistentek či všeobecných sester. 62 (82,67 %) respondentek bylo velmi spokojených s přístupem porodní asistentky nebo všeobecné sestry,

spokojených bylo 9 (12,00 %) žen. Částečně spokojené byly s přístupem porodních asistentek nebo všeobecných sester 3 (4,00 %) ženy. Nejméně spokojená byla 1 žena (1,33 %), která péči od nelékařského zdravotnického personálu zhodnotila na 4. Velmi nespokojená nebyla žádná pacientka.

Otázka č. 12 - Jak Vám vyhovoval režim dne (doba budíčku, noční klid, doba návštěv)?

Tabulka 12 Režim dne

Režim dne	n_i	f_i (%)
1	35	46,67
2	25	33,33
3	12	16,00
4	3	4,00
5	0	0,00
Celkem	75	100,00

Otázka z dotazníku číslo 12 byla polouzavřená, výsledky jsou znázorněny v tabulce číslo 12. V této otázce ženy volily od 1 do 5, dle spokojenosti a poté mohly napsat vlastní hodnocení. Z uvedených dat v tabulce č. 12 lze vyhodnotit, že ženy byly převážně spokojené s režimem dne.

Z celkového počtu 75 (100 %) respondentek bylo velmi spokojeno s režimem dne 35 (46,67 %) respondentek a 25 (33,33 %) vyhovoval režim dne. Nastavený režim dne vyhovoval částečně 12 (16,00 %) respondentkám. Pouze 3 (4,00 %) klientky byly nespokojeny s režimem dne. V kategorii od 1 do 5 žádná z žen nezvolila 5. Součástí této otázky byla část, kdy ženy mohly napsat vlastní slovní hodnocení.

V polouzavřené otázce se mohly klientky vyjádřit k režimu dne, napsat připomínky. Z celkového počtu 75 (100 %) dotazovaných využilo dobrovolnou odpověď pouze 19 klientek. V následující tabulce jsou vypsány kategorie slovních odpovědí.

Tabulka 13 Režim dne – kategorie slovních odpovědí

Režim dne – kategorie slovních odpovědí	n_i	f_i (%)
Budík	9	37,50
Klid a soukromí	5	20,83
Informace	1	4,17
Strava	1	4,17
Návštěvy	5	20,83
Pochvala	2	8,33
Jiné	1	4,17
Celkem	24	100

V tabulce č. 13 je znázorněn počet slovních odpovědí žen, z toho některé ženy napsaly více slovních odpovědí. Žen, které vypsaly slovní odpověď, bylo 19. Odpovědi byly zařazeny do kategorií a zhodnoceny pomocí absolutní a relativní četnosti. Celkem bylo 24 odpovědí, které byly zařazeny do 7 kategorií. Nejčastěji ženy psaly hodnocení na ranní budík, to se objevilo v průzkumu devětkrát. Kategorie klid a soukromí byla vypsána pětkrát, ve stejném počtu jako i nevyhovující návštěvní doba. V kategoriích strava, informace a jiné bylo v každé z těchto kategorií odpovězeno jedenkrát. Z těchto dat je zřejmé, že hodnocení je spíše negativní, jelikož 22 komentářů bylo negativních, 2 pozitivní. V této otázce se objevily negativní komentáře, lze tedy podle mého názoru usoudit, že ženy komentovaly spíše při negativní zkušenosti. Tato zpětná vazba je důležitá k neustálému zlepšování kvality péče.

Ženy napsaly své hodnocení a pocity, cituji odpověď jedné ženy z kategorie *jiné*: „*je to jako na vojně :)"*. Další odpověď zněla: *„Od časných hodin (cca od 5:00) do cca 9:00 vstoupí do pokoje mnoho osob (sanitárka odnese konvice, sestra měří teplotu, sanitárka výměna prádla, asi uklízečka vynese koše, sestra + lékař, sanitárka utře povrchy, vytře, sanitárka odnese zbytky. Asi mi to nevadí, jen mě to překvapuje"*.

Tyto výpovědi vedou k tomu, aby se personál na oddělení zaměřil na denní režim, a také na soukromí pacientek. Ženy po operaci potřebují klid a odpočinek. Proto by podle mého názoru bylo vhodné, aby personál omezil časté návštěvy na pokoji a spíše efektivněji využil časového rozvrhu dne a provedl nutnou práci naráz.

Otázka č. 13 - Jak hodnotíte kvalitu poskytované stravy?

Tabulka 14 Kvalita stravy

Strava	**n_i**	**f_i (%)**
1	30	40,00
2	28	37,33
3	14	18,67
4	3	4,00
5	0	0,00
Celkem	75	100,00

V tabulce číslo 14 je hodnocena kvalita poskytované stravy ve zdravotnickém zařízení. Hodnocení probíhalo na stupnici od 1 do 5, jako v předchozích otázkách z dotazníku. Z tabulky lze vyčíst, že ženy hodnotily stravu převážně kladně.

Velmi spokojených klientek bylo 30 (40,00 %). Druhou nejčastější odpovědí byla známka dva neboli spokojená, tedy 28 (37,33 %) žen bylo spokojeno se stravou. Částečně spokojených

bylo 14 (18,67 %) pacientek. Známku 4 zvolily 3 (4,00 %) ženy. Hodnocení může být ovlivněno tím, že ženy před operací nesmějí jíst, musí lačnit od půlnoci. V den operace jsou na čajové dietě č. 0/S a až další den dostávají pacientky po operaci dietu tekutou č. 0, např. vývar. Další dny mají šetřící dietu č. 2.

Na tuto otázku odpovědělo 8 žen i v otevřené otázce č. 23 z dotazníku. Některé ženy by ocenily svačiny mezi hlavními jídly, pestřejší stravu a stravu vhodnější pro kojící matky.

Otázka č. 14 - Jak hodnotíte udržování čistoty na pokojích a sociálních zařízeních?

Tabulka 15 Hodnocení čistoty na pokojích a sociálních zařízeních

Čistota na pokojích	n_i	f_i (%)
1	43	57,33
2	23	30,67
3	5	6,67
4	3	4,00
5	1	1,33
Celkem	75	100,00

Tabulka č. 15 je zaměřená na hodnocení čistoty na pokojích a sociálních zařízeních. Tato otázka byla uzavřená a ženy mohly hodnotit v kategoriích od 1-5. Hodnocení čistoty vyšlo kladně. Hodnocení čistoty patří mezi hotelové služby, které mohou ovlivnit spokojenost žen s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Výsledkem šetření bylo zjištěno, že 43 (57,33 %) respondentek je velice spokojeno s úklidovou službou ve zdravotnickém zařízení. Z dat z tabulky je značné, že s čistotou na pokojích a sociálních zařízeních je spokojeno 23 (30,67 %) klientek a částečně spokojeno je 5 (6,67 %) klientek. 3 (4,00 %) respondentky nebyly spokojené a 1 (1,33 %) byla velmi nespokojená.

Součástí dotazníku byly otázky specificky zaměřené na perioperační péči, a to otázky č. 15-23.

Otázka č. 15 - Představil se Vám personál na operačním sále?

Tabulka 16 Představení personálu na operačním sále

Představení personálu na operačním sále	n_i	f_i (%)
Ano	33	44,00
Téměř všichni	23	30,67
Téměř nikdo	13	17,33
Nikdo	6	8,00
Celkem	75	100,00

Otázka č. 15 zjišťovala, zda se personál na operačním sále představuje. Zhodnocení tabulky č. 16 vychází téměř pozitivně. Personál na operačním sále se představil 33 (44,00 %) pacientkám. *Téměř všichni* na operačním sále se představili 23 (30,67 %) ženám. Respondentky odpověděly, že *Téměř nikdo* se nepředstavil na operačním sále ve 13 (17,33 %) případech. 6 (8,00 %) ženám se personál nepředstavil, proto zvolily možnost *Nikdo*. Z těchto zvolených odpovědí je zřejmé, že se personál převážně představuje. Odpovědi *Téměř nikdo* a *Nikdo* mohou být ovlivněny anestezií, jelikož výkon mohl být velmi akutní, tak si žena nepamatuje, zda se jí někdo představoval. Také lze vzít v úvahu, že může být chyba i na straně personálu. Je možné, že v některých případech se lékaři a porodní asistentky v perioperační péči ženě nepředstavili. Klientky mohou mít pocit, že neví, kdo provádí anestezii, kdo je operuje či ošetřuje. Pacientky mají právo vědět kdo je ošetřuje a kdo je bude operovat, proto je důležité, aby se personál představoval. Více je tato otázka rozebrána v *diskusi.*

Otázka č. 16 - Ověřoval si personál Vaši identitu při příjmu na operační sál?

Tabulka 17 Ověřování identity pacientky při příjmu na operační sál

Ověřování identity pacientky	**n_i**	**f_i (%)**
Ano	61	81,33
Ne	1	1,33
Nevím, nejsem si toho vědoma	13	17,33
Celkem	75	100,00

Bezpečná identifikace pacientek je součástí standardu, tedy patří mezi resortní bezpečnostními cíle. Jedním z rizik na operačním sále je záměna pacientky, proto je důležité zjišťování identity pacientek před operací. V každém zdravotnickém zařízení je daný jednotlivý postup identifikace pacientky vnitřním předpisem. Měla by být prováděna vícestupňová kontrola identifikace pacientky. Mezi způsoby identifikace pacientky patří ústní dotazování, identifikační náramek, kontrola dokumentace, operační program. Při příjmu na operační sál probíhá identifikace na dispečinku operačního sálu, poté na operačním sále porodní asistentkou pro perioperační péči a anesteziologickou sestrou. Personál se pacientky ptá na jméno, příjmení a na datum narození / rodné číslo. V dotazníku byla tato otázka zahrnuta mezi přidané otázky z perioperační péče. Z tabulky č. 17 vyplývá, že personál zjišťuje a ověřuje identitu pacientek při příjmu na operační sál.

U 61 (81,33 %) pacientek byla zjišťována identita při příjmu na operační sál. I přestože tato otázka byla uzavřená, některé ženy (13; 17,33 %) připsaly ke své odpovědi

„nevím, nejsem si toho vědoma“ že *„operace byla akutní a nebyl na to čas“* nebo *„spíše jsem to nevnímala“*.

U 1 (1,33 %) respondentky nebyla zjišťována identita. U 13 žen, které si nejsou vědomy a u 1 ženy, která zvolila ne, je pravděpodobnost, že si žena pod vlivem anestetik neuvědomuje, zda byla tázána na jméno a datum narození.

Otázka č. 17 - Ověřoval si personál z operačního sálu Vaše případné alergie?

Tabulka 18 Ověřování alergií na operačním sále

Ověřování alergií	**n_i**	**f_i (%)**
Ano	70	93,34
Ne	1	1,33
Nevím, nejsem si toho vědoma	4	5,33
Celkem	75	100,00

Otázka číslo 17 z dotazníku byla přidaná k původnímu dotazníku. Tato otázka je zaměřena na zjišťování případných alergií u pacientek. Ověřování alergií je důležitou součástí perioperačního bezpečnostního protokolu. Při příjezdu na operační sál je potřeba zjišťovat alergie ústním dotazováním a kontrolou v dokumentaci. Při nezjišťování alergií by mohlo dojít k újmě na zdraví pacientky (Tab. 18).

Ověřování případných alergií proběhlo u 70 (93,34 %) respondentek. Z celkového počtu 75 (100 %) žen nebyla tázaná pouze 1 (1,33 %) respondentka. Další 4 (5,33 %) respondentky neví, nejsou si vědomy ověřováním alergií. Výsledky dle tabulky č. 18 jsou kladné, tedy ověřování alergií proběhlo u převážné většiny žen. Ženy si nemusí být vědomy zjišťování alergií z důvodu anestezie. Personál si ověřuje alergie z dokumentace a slovním dotazováním.

Otázka č. 18 - Měla jste pocit, že je na operačním sále hluk?

Tabulka 19 Hluk na operačním sále

Hluk na operačním sále	**n_i**	**f_i (%)**
Ano	7	9,33
Spíše ano	17	22,67
Spíše ne	25	33,33
Ne	26	34,67
Celkem	75	100,00

Z průzkumu je zřejmé (Tab. 19), že většina respondentek nevnímala hluk na operačním sále jako zvýšený, což jsou pozitivní výsledky. Podle mého názoru na operačním sále často bývá

ruch, jelikož chystání instrumentária, operačního týmu bývá hlučné, až rušivé, proto tato otázka byla zařazena do dotazníkového šetření.

Z celkového počtu 75 (100 %) pacientek připadalo pouze 7 (9,33 %), že je na operačním sále hluk. Nejhojněji volily *Ne* (26; 34,67 %). *Spíše ne* odpovědělo 25 (33,33 %) žen, *Spíše ano* odpovědělo 17 (22,67 %) pacientek. Ženy, které zvolily *Ano, Spíše ano* mohly vnímat hluk např. v případě využití spinální anestezie, před úvodem do anestezie, při probuzení z anestezie. Některé ženy mohou být ovlivněny stresem a být citlivější k vnějším podnětům. Převážná většina žen hluk na sále nevnímala.

Otázka č. 19 - Byla jste spokojena s teplotou na operačním sále?

Tabulka 20 Teplota na operačním sále

Teplota na sále	n_i	f_i (%)
Ano	28	37,33
Spíše ano	27	36,00
Spíše ne	13	17,33
Ne	7	9,33
Celkem	75	100,00

V tabulce číslo 20 je uvedena spokojenost s teplotou na operačním sále. V této otázce je spokojenost zaměřena na teplotu, zda ovlivňuje spokojenost žen, jelikož jsou nahé a působí na ně stres a obavy z průběhu a následků nadcházejí operace. Teplota na sále je velmi důležitá i z hlediska průběhu operace, normotermii je potřeba dodržovat, aby se předcházelo rizikům.

Z celkového počtu 75 (100 %) žen jich bylo spokojeno s teplotou na operačním sále 28 (37,33 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo *Spíše ano*, tu zvolilo 27 (36 %) žen. Spíše nebylo spokojeno 13 (17,33 %) pacientek. Nespokojených pacientek bylo 7 (9,33 %). Z uvedených dat vyplývá, že ženy byly s teplotou spíše spokojené.

Teplotu ženy komentovaly i v otevřené otázce č. 22 z dotazníku, kdy ženy (3) napsaly: *na sále by mohlo být tepleji, na operačním sále je docela zima.* V tomto případě by bylo vhodné, aby byla dodržována doporučená teplota na operačním sále 20-22 °C, dále používat pomůcky k vyhřívání pacientek, aby se předcházelo komplikacím. V současnosti je více možností, jak pacientku zahřívat a udržovat stálost tělesné teploty, např. výhřevní podložky, teplé roztoky. Vyhříváním pacientek na operačním sále dochází ke zkvalitnění perioperační péče, přispívá se k lepšímu průběhu operace.

Otázka č. 20 - Dostala jste dostatek informací o tom, jak pečovat o sebe a o operační ránu po propuštění z nemocnice?

Tabulka 21 Informovanost o péči o ránu

Péče o ránu	n_i	f_i (%)
Ano	49	65,33
Spíše ano	19	25,33
Spíše ne	2	2,67
Ne	5	6,67
Celkem	75	100,00

Informovanost žen po operaci je základem správné léčby rány po operaci. Z tohoto šetření vyplývá, že pacientky byly podle jejich názoru dostatečně informované na gynekologicko-porodnickém oddělení. Zda jsou ženy informované o péči o operační ránu při propuštění ze zdravotnického zařízení je znázorněné v tabulce číslo 21. Nejvíce pacientek odpovědělo *Ano* - 49 (65,33 %). Druhou nejčastější odpověď *Spíše ano* zvolilo 19 (25,33 %) žen. 5 (6,67 %) pacientek nebylo informováno o péči o operační ránu. Nejméně častou odpověď *Spíše ne* zvolily 2 (2,67 %) ženy.

Z uvedených dat je zřejmé, že personál dle názorů pacientek dostatečně informuje o tom, jak pečovat o operační ránu. Ženy, které měly pocit, že nebyly dostatečně informované by se měly dodatečně dotazovat personálu a nechat si opětovně vysvětlit daný postup. Aby se předcházelo nedostatku informací, bylo by vhodné, aby byly vytvořeny a ženě předány edukační materiály a aby personál opakovaně vhodnou formou a při vhodné příležitosti ověřoval pochopení a objem informací, které pacientky mají.

Otázka č. 21 - Doporučila byste naši nemocnici příbuzným a známým?

Tabulka 22 Doporučení zdravotnického zařízení

Doporučení zdravotnického zařízení	n_i	f_i (%)
Ano	67	89,33
Ne	0	0,00
Nevím	8	10,67
Celkem	75	100,00

Většina (67; 89,33 %) žen byla ve zdravotnickém zařízení spokojená, jelikož by toto zdravotnické zařízení doporučily svým známým a příbuzným. 8 (10,67 %) pacientek neví, zda by dané zdravotnické zařízení doporučily. Žádná respondentka nezvolila možnost *Ne*.

Z průzkumu je zřejmé, že pacientky by doporučily zdravotnické zařízení svým známým a příbuzným, že nejspíše byly spokojené s péčí.

Poslední dvě otázky z dotazníku byly otevřené.

Otázka č. 22 - Uveďte, co byste chtěla zlepšit v péči před operací (včetně péče na operačním sále):

Otázka z dotazníku č. 22 byla otevřená, klientky se mohly volně vyjádřit k tomu, co by chtěly zlepšit v péči před operací, včetně péče na operačním sále. Z celkového počtu 75 (100 %) oslovených klientek napsalo slovní odpověď 45 (60,00 %) klientek, další klientky (30; 40,00 %) tuto otázku proškrtly nebo nevyplnily. Ženy u této otevřené otázky odpovídaly negativně, lze tedy podle mého názoru usoudit, že ženy komentovaly spíše při negativní zkušenosti a ženy které byly spokojené (26; 34,67 %) neměly připomínky.

Slovní hodnocení žen bylo zařazeno do kategorií (Tab. 23).

Tabulka 23 Předoperační péče, péče na operačním sále – hodnocení slovních odpovědí

Hodnocení slovních odpovědí	**n_i**	**f_i (%)**
Kladné hodnocení	27	55,10
Operační sál	8	16,33
Komunikace	2	4,08
Informovanost	4	8,16
Soukromí	2	4,08
Hotelové služby (teplota, hluk)	6	12,24
Celkem	49	100,00

Tabulka č. 23 udává data odpovědí na otevřenou otázku. Respondentky (45) uvedly v této otázce, co by chtěly zlepšit. Některé klientky napsaly více věcí, proto celkový počet slovních odpovědí byl 49. Slovní odpovědi byly zařazeny do jednotlivých skupin. Nejvíce ženy uvedly kladné slovní hodnocení zdravotnického zařízení, např. *vše bylo v pořádku, byla jsem spokojena, nic bych nezlepšila*. Druhou nejčastější skupinou byly slovní odpovědi s kritickým hodnocením průběhu péče na operačním sále, např. *neustálý přesun z lůžka na lůžko, dlouhé ležení na lehátku před operací, dlouhé čekání, stres, strach.* Další kategorie byly na téma informovanost, komunikace, soukromí a hotelové služby. Do hotelových služeb byly zahrnuty teplota, strava, pohodlí. V kategorii hotelové služby byla komentována teplota a hluk: *Na operačním sále byla docela zima, hlasitá konverzace personálu na operačním sále.*

Tato otázka (Tab. 23) zahrnovala péči před operací a péči na operačním sále. Ženy napsaly svůj názor, ze kterého vyplývá, že byly spokojeny, jelikož větší polovina žen napsalo kladné

hodnocení na péči na gynekologicko-porodnickém oddělení. Menší polovina žen hodnotila negativně. Z celkového počtu 75 (100 %) žen vychází kladné hodnocení, jelikož většina že byla spokojena s péčí.

Vzhledem k tomu, že získaná data mají vést ke zpětné vazbě, tak lze vyvodit, že je potřeba, aby se zdravotnické zařízení zaměřilo i na negativní připomínky. Myslím si, že by bylo vhodné, aby na operačním sále ženy nečekaly dlouho na lůžku, aby byly volány a přivezeny těsně před výkonem. Pacientky jsou v cizím prostředí a mají strach, proto je vhodné s nimi komunikovat a dostatečně je informovat. Je potřeba k ženám přistupovat holistickým přístupem. V dnešní době je na pracovištích nedostatek personálu, personál může být vyčerpán, a proto nemusí výsledky dosahovat očekávání. Personál by měl být školen, dál vzděláván v perioperační péči i v psychologické oblasti, např. v edukaci, v komunikaci, a také by měl být motivován k těm nejlepším výkonům.

Otázka č. 23 - Zde můžete uvést, co by naše nemocnice mohla zlepšit v péči <u>po operaci</u>:

Poslední otázkou byla otevřená otázka č. 23 z dotazníku, kde ženy odpovídaly, co by dané zdravotnické zařízení mohlo zlepšit v péči po operaci. V otevřené otázce se mohly klientky vyjádřit k péči po operaci, napsat připomínky a návrhy pro zlepšení pooperační péče. Z celkového počtu 75 (100 %) dotazovaných odpovědělo 50 (66,67 %) klientek, další klientky tuto otázku proškrtly nebo nevyplnily. Domnívám se, že ženy, které byly spokojeny na tuto otázku neodpovídaly, tedy 25 (33,33 %) klientek.

Všechny odpovědi byly zařazeny do kategorií a sepsány do následující tabulky. Celkový počet odpovědí na tuto otázku byl 53, dle zaměření byly rozděleny do čtyřech kategorií.

Tabulka 24 Pooperační péče – hodnocení slovní odpovědi

Hodnocení slovních odpovědí	**n_i**	**f_i (%)**
Kladné hodnocení	24	45,28
Komunikace	7	13,21
Informovanost	3	5,66
Soukromí	1	1,89
Hotelové služby (strava, vybavení pokoje)	18	33,96
Celkem	53	100,00

Tabulka č. 24 udává četnosti v jednotlivých kategoriích v otevřené otázce, zda by mohlo zdravotnické zařízení zlepšit v péči po operaci.

Respondentky v této otázce uvedly, co by chtěly zlepšit. Některé klientky napsaly více věcí, proto celkový počet slovních odpovědí byl 53 (100 %). Kladných hodnocení bylo 24 (45,28 %). Negativních připomínek bylo dohromady 29 (54,72 %). Z uvedených dat lze vyčíst, že pacientky byly s pooperační péčí spokojeny, jelikož dle mého názoru bylo s péčí spokojeny i ženy, které neodpovídaly.

Ženy hodnotily i kriticky, nejčastěji byly kriticky hodnoceny hotelové služby 18 (33,96 %) respondentkami. Mezi hotelové služby patřila strava, vybavení pokoje. Ženy napsaly, že by bylo vhodné zařadit do jídelníčku i svačiny, pestřejší stravu a také stravu pro kojící ženy. Z vybavení pokojů by si ženy přály lepší matrace. Další kategorie byly na téma informovanost, komunikace, soukromí.

V odpovědích se objevilo i hodnocení komunikace, která je základem pro správnou léčbu. Jedna pacientka napsala: *„Setkání se svým operatérem a podání informací o tom, jak operace probíhala, a to bez vyžádání. A také bezprostředně (a ne až za několik dní) po operaci sdělení dalšího postupu – co dělat a nedělat apod.“.* Operatér by měl za pacientkou přijít po operaci a sdělit jí její stav, průběh operace a edukovat ji o následující léčbě a postupech.

Jedna z odpovědí zahrnovala nedostatečnou informovanost i komunikaci, jelikož tyto jsou často provázané a od dobré komunikace se odvíjí dostatečná informovanost.

Cituji: „*Přístup sester, co mají pomoci maminkám s informacemi ohledně kojení a koupání, péče. Každá říká něco jiného nebo hází jedna na druhou co se týče informací. Nedostatek času, když se zeptám neochota, málo vysvětlené základní věci. Když už se někdo najde, tak se pak diví, že to nevím, a i když si jen zjišťuji nejlepší informace apod. Navíc se zde názory hodně liší, takže si úsudek dělám stejně sama. Hlavně teda občas ta příšerná ochota“*. Důležitou součástí celé péče je dostatečná komunikace a informovanost, personál by měl ženu edukovat o kojení, koupání a péče o sebe i dítě. Také by měl personál sjednotit informace, aby nedocházelo ke tříštění informací. Porodní asistentky / všeobecné sestry by měly být ženě oporou.

Pro přehlednost dat o spokojenosti jsou v následujících tabulkách jsou zahrnuty otázky z dotazníku. V těchto otázkách byly použity hodnotící škály od 1-5. Pro tuto tabulku byl využit program Statistica 14.

Tabulka 25 Popisná statistika jednotlivých otázek (č. 7-9; č. 11)

Tabulka	Počet	průměr	medián	modus	min.	max.	sm. odch.	rozptyl
Spokojenost s přístupem lékaře (otázka č. 7)	75	1,27	1,00	1,00	1,00	4,00	0,60	3,00
Způsob léčby (otázka č. 8)	75	1,37	1,00	1,00	1,00	4,00	0,73	3,00
Informovanost o nemoci (otázka č. 9)	75	1,32	1,00	1,00	1,00	3,00	0,62	2,00
Spokojenost s přístupem porodní Asistentky / všeobecné sestry (otázka č.11)	75	1,24	1,00	1,00	1,00	4,00	0,59	3,00

V tabulce č. 25 jsou uvedeny ukazatele základní popisné statistiky na jednotlivé otázky z dotazníku.

Z uvedených dat lze vyvodit, že respondentky byly spokojené s poskytovanou péčí.

V otázce č. 11, zda jsou respondentky spokojeny s přístupem porodní asistentky nebo všeobecné sestry, jsou naměřené hodnoty průměru, směrodatné odchylky nejmenší. Z uvedených dat lze vyčíst, že průměr 1,24 je nejmenší hodnotou z tabulky, z toho vyplývá, že nejvíce odpovědí na hodnotící škále od 1 do 5 bylo 1. Lze to zjistit i pomocí hodnoty mediánu a modu. Hodnoty modu a mediánu jsou shodné, činí 1. Respondentky zvolily pouze známky od 1 do 4. Průměr a medián se lehce liší, takže nelze dokázat, zda jde o symetrické rozdělení. U této otázky směrodatná odchylka činila 0,59. Čím je směrodatná odchylka menší, tím je menší vzájemná odlišnost odpovědí. Pomocí směrodatné odchylky lze zjistit, jak se data od sebe vzájemně liší a jak jsou rozptýlena od průměru. Rozptyl byl 3,00. V této otázce č. 11 vyplývá, že respondentky odpovídaly ve většině případů stejnou odpovědí.

Naopak nejvyšší průměr byl 1,37 a to u otázky č. 8, kdy ženy hodnotily způsob léčby. Nejvíce odpovědí na hodnotící škále nabývalo hodnoty 1, jelikož medián i modus jsou 1. Ženy volily známky 1-4, známku 5 nikdo nezvolil. Směrodatná odchylka činí 0,73, z čehož lze usoudit, že respondentky odpovídaly ve většině případů stejně, což potvrzuje i rozptyl 3.

Z tabulky je zřejmé, že ženy byly ve většině případů spokojené s poskytovanou péčí. Vztahovaly se k tomu otázky na spokojenost č.7, 8, 9, 11. Na škále od 1 do 5 nejčastěji napsaly 1. Průměry jsou od 1,24-1,37, z těchto dat lze tedy usoudit, že ženy byly spokojeny, jelikož vyšly pozitivní výsledky.

Tabulka 26 Popisná statistika jednotlivých otázek (č. 12-14)

Tabulka	Počet	průměr	medián	modus	min.	max.	sm. odch.	rozptyl
Režim dne (otázka č. 12)	75	1,77	2,00	1,00	1,00	4,00	0,86	3,00
Hodnocení stravy (otázka č. 13)	75	1,87	2,00	1,00	1,00	4,00	0,86	3,00
Hodnocení čistoty (otázka č.14)	75	1,61	1,00	1,00	1,00	5,00	0,88	4,00

Nejvyšší průměr z hodnotící škály je u otázky č. 13, zda pacientka byla spokojena s poskytovanou stravou. Průměr byl 1,87. Hodnoty mediánu a modu se liší. Nejčetnější hodnota neboli modus je 1, medián 2. Směrodatná odchylka je 0,86, z toho vyplývá, že data jsou od sebe ve větší vzdálenosti. Rozptyl činí 3. Z těchto uvedených dat vyplývá, že respondentky odpovídaly ve většině případů stejnou odpovědí.

V otázce č. 14, zda ženy byly spokojené s čistotou na pokojích a sociálních zařízeních je nejnižší průměr. Průměr hodnocení bylo 1,61, z čeho lze vyčíst, že nejčastěji respondentky vybíraly známky 1 a 2. V této otázce ženy volily známky od 1 do 5. Směrodatná odchylka činí 0,88, což je nejvyšší hodnota z této tabulky (Tab. 26), z čehož vyplývá, že v téhle otázce se nejméně pacientky shodly na odpovědi. Modus i medián se shodují. Data se od sebe odchylují, lze to zjistit pomocí rozptylu který činí 4,00, z čehož vyplývá, že odpovědi respondentek se od sebe lišily.

Otázky č. 12-14 spadají do kategorie hotelových služeb. Z tabulky je vidět, že hodnoty jsou o něco nižší než v předchozím hodnocení poskytované péče. Průměry dat jsou mezi 1,61 a 1,87. Z dat vyplývá, že výsledky jsou taky kladné. U těchto otázek se lze zaměřit na zlepšení poskytované péče.

V hodnocení hotelových služeb je zřejmé, že nejlépe byla hodnocena čistota pokojů a sociálních zařízeních na gynekologicko-porodnickém oddělení. Na druhém místě byly pacientky spokojeny s režimem dne (budík, noční klid, doba návštěv), nejhůře byla hodnocena strava.

Po shrnutí průzkumu je zřejmé, že pacientky byly s péčí v převážné většině spokojené. Dle prezentovaných výsledků lze usoudit, že pouze menšina byla nespokojená. I přesto je to důležité se na tuto menšinu zaměřit a péči pomocí zpětné vazby od klientek vylepšit.

14 DISKUSE

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu poskytované perioperační péče. Témata jako jsou kvalita péče, zjišťování, měření, hodnocení péče a spokojenost pacientek jsou v současné době velmi aktuální. Každá pacientka chce mít tu nejlepší péči. Tato péče vyžaduje poskytování kvalitní perioperační péče, komunikaci a informovanost pacientek a kvalitní hotelové služby v zdravotnickém zařízení. Pro zajištění kvalitní perioperační péče je potřeba dodržovat všechny postupy a legislativní záležitosti a zároveň přistupovat k pacientce s holistickým přístupem. V současnosti se kvalita stala hlavním faktorem konkurence mezi zdravotnickými pracovišti. Pacientky mají možnost si vybírat zdravotnické zařízení samy.

Výzkumným problémem byla analýza spokojenosti pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení a aktualizace dotazníku daného zdravotnického zařízení, jehož využití by mohlo vést ke zkvalitnění poskytované péče v daném zdravotnickém zařízení. Průzkumná část práce byla zpracována kvantitativní metodou průzkumného šetření. Ke sběru dat byl využit dotazník jednoho zdravotnického zařízení v Jihomoravském kraji, ke kterému byly doplněny doplňující otázky. Cílem kvantitativního šetření pomocí dotazníku bylo zjistit, zda jsou pacientky spokojené s poskytovanou perioperační péčí ve zdravotnickém zařízení.

V diplomové práci se pracovalo s jedním průzkumným souborem. Soubor respondentek tvořily ženy, které byly hospitalizovány a podstoupily operaci v období od září do prosince 2021 na gynekologicko-porodnickém oddělení v jednom zdravotnickém zařízení v Jihomoravském kraji. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím porodních asistentek přímo na oddělení gynekologie a šestinedělí, kde byly pacientkám nabídnuty k vyplnění. Do průzkumného šetření bylo zapojeno 75 (100 %) žen, které dotazník vyplnily korektně.

V daném zdravotnickém zařízení probíhal každý rok výzkum spokojenosti pacientek s poskytovanou péčí, aby mohlo dojít k případnému zlepšení kvality péče. Poslední výzkum proběhl v roce 2019 na gynekologicko-porodnickém oddělení v období od října do prosince, kdy dotazník na tomto oddělení vyplnilo pouze 11 respondentek. V letech 2020-2022 bylo méně operovaných pacientek kvůli onemocnění Covid-19, a proto se žádný další výzkum neprováděl. Téma kvality poskytované perioperační péče bylo proto vybráno pro diplomovou práci s cílem zjistit kvalitu péče a případně ji zlepšit na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Diskuse je koncipována podle stanovených průzkumných otázek. V diskusi jsou získaná data porovnávána s odbornou literaturou a s jinými výzkumy.

Na základě stanovených průzkumných cílů byly stanoveny čtyři průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita péče na gynekologicko-porodnickém oddělení?

Dobrý vztah zdravotnického personálu s pacientkou má často pozitivní vliv na léčbu. Pro pacientky je důležitá empatie, naslouchání, komunikace a informovanost. Vcítění napomáhá lepšímu spojení s personálem a dodává pacientce odvahu se svěřit. Je potřeba získat důvěru a věnovat pacientce dostatek času. Dochází tedy k vyjádření obav, personál může lépe pochopit problémy a zareagovat na ně. Přístup personálu může ovlivnit spokojenost žen, pokud by ženy byly nespokojené s lékařem či porodní asistentkou, mohlo by to mít negativní vliv na celou léčbu.

Ve zkoumaném zdravotnickém zařízení byl prováděn výzkum v roce 2019. Kytnerová (2020) v tomto výzkumu uvedla, že ženy ohodnotily kladně přístup personálu: „*Profesionalita personálu; vstřícnost a přátelské prostředí; perfektní přístup; všichni byli moc milí“.* V porovnání s výsledky průzkumu k této diplomové práci byly výsledky podobné.

Otázka z dotazníku č. 7 se zabývala otázkou, jak jsou ženy spokojené s přístupem lékaře (Tab. 7). Průměrné hodnocení bylo 1,27. Velmi spokojených s přístupem bylo 60 (80,00 %) žen a spokojených 11 (14,67 %) žen. Získaná data vyšla pozitivní, tedy pacientky jsou s přístupem lékaře spokojené.

Ptáček a Bartůněk (2015) uvádí lékař by se měl chovat ke svým pacientům, kolegům i k veřejnosti podle základních pravidel, které poprvé zformulovali Hippokratovští lékaři. Hippokratova přísaha říká, že lékař by měl činit vše pro blaho nemocných, neměl by uškodit a připravit ani podat nevhodný či smrtící lék. Lékař by také měl dodržovat lékařské tajemství.

Respondentky byly spokojené i s přístupem porodní asistentky či všeobecné sestry (Tab. 11). Velmi spokojených s přístupem bylo 62 (82,67 %) žen a spokojených 9 (12,00 %) žen. Průměrné hodnocení přístupu porodní asistentky bylo 1,24. Porodní asistentky nebo všeobecné sestry se představují a nosí vizitky, takže ženy měly možnost zjistit jméno ošetřující porodní asistentky či všeobecné sestry. Ve výzkumu Hošek (2018) uvádí, že respondenti důvěřovali sestrám, které je ošetřovaly. Spokojenost se sestrami byla nejlépe hodnocenou oblastí z celého jeho výzkumu.

Tyto data potvrzuje i Malaníková (2016) ve svém výzkumu, kde uvádí, že s přístupem sester bylo velmi spokojeno 92 % respondentů a 6 % spokojených respondentů. Spokojenost s přístupem lékařů byli respondenti velmi spokojeni v 95 % a 3 % spokojeni.

Myslím si, že i etický kodex hraje také roli v přístupu ke klientkám. Etický kodex je souhrn morálních pravidel a požadavků, podle kterých by se měli porodní asistentky i lékaři řídit. Pravidla udávají, jak se mají zaměstnanci zdravotnického zařízení chovat k pacientkám. Od porodní asistentky se očekává profesionalita, empatie, spolehlivost, komunikativnost, ale i morální a etické kvality (Ondriová, 2021).

Z uvedených výzkumů je patrné, že ve všech těchto výzkumech byly ženy spojeny s přístupem lékaře i s porodní asistentkou. Je velmi důležité, aby ženy byly spokojeny s přístupem zdravotnického personálu, jelikož to má velký vliv na důvěru žen. Ženy se poté dokážou více rozpovídat o svých problémech, vědí že na nemoc nejsou samy, že se nemusí bát se zeptat na nemoc, léčbu, operaci. Mezi tuto oblast patří i verbální i neverbální komunikace, chování personálu, ale i postoj k intimitě. Domnívám se, že pokud budou ženy spokojené s přístupem porodních asistentek a lékařů, tak mohou doporučit zdravotnické zařízení svým blízkým a známým. V dnešní době na trhu je vysoká konkurence mezi zdravotnickými zařízeními, tedy když ženy jsou spokojené, tak to může přinést pozitiva pro dané zdravotnické zařízení.

Zda je péče poskytovaná kvalitně bylo zjišťováno i v otázce č. 10. Tato otázka (Tab. 10) zjišťovala, jestli měli příbuzní možnost mluvit s ošetřujícím lékařem. Podle Libové, Balkové a Jankechové (2019) je potřeba zajistit kontakt s rodinou a příbuznými. Také, že je vhodné dobře edukovat o zdravotním stavu a s rodinou dostatečně komunikovat, dále je zapojit do procesu ošetřování u pacientky. Tato fakta potvrzuje i Holmerová (2015), která píše v odborné literatuře, že je velmi důležitá podpora blízkých, rodinných příslušníků.

Z výzkumu lze usoudit, že výsledky byly pozitivní, jelikož 37 (49,33 %) příbuzných mělo možnost mluvit s ošetřujícím lékařem. U 34 (45,33 %) pacientek nebylo nutné, aby příbuzní komunikovali s ošetřujícím lékařem, domnívám se, že kdyby bylo potřeba, tak by možnost mluvit s ošetřujícím lékařem byla. Pouze 4 (5,33 %) příbuzní neměli tuto možnost.

Poslední otázkou v této první průzkumné otázce je, zda by ženy doporučily nemocnici příbuzným a známým (Tab. 22). Většina (67; 89,33 %) žen by toto zdravotnické zařízení doporučily svým známým a příbuzným. Domnívám se, že ženy, které by doporučily tuto nemocnici byly spokojeny s péčí a myslím si, že péče byla poskytovaná kvalitně, jinak by ženy nebyly spokojeny. Zda by dané zdravotnické zařízení doporučily neví 8 (10,67 %) klientek.

Borovský a Smolková (2013) mé domněnky potvrzují, jelikož klientky svoji spokojenost často sdělují svému okolí a svým známým. Lidé spíše sdílejí své negativní dojmy, ale i vnímanou hodnotu, která překročila očekávání. V současné době se pravidelně hodnotí spokojenost pacientek na základě dotazníkového průzkumu, aby se předcházelo negativnímu šíření informací a zachytilo se v okamžiku jejich zárodku.

První průzkumná otázka byla zodpovězena. Kvalita péče na gynekologicko-porodnickém oddělení v jednom zdravotnickém zařízení v Jihomoravském kraji byla vyhodnocena kladně. Z výsledných dat vyplývá, že pacientky byly převážně spokojené s přístupem porodních asistentek / všeobecných sester i s přístupem lékařů. Rodina či příbuzní měli možnost mluvit s ošetřujícím lékařem. Pacientky by zdravotnické zařízeny doporučily svým známým či příbuzným.

Průzkumná otázka č. 2: Domnívají se ženy, že jsou dostatečně informované o tom, kdo je ošetřuje?

Na vytváření správného vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientkou má vliv dodržování společenských pravidel chování, jako je představení se a podání ruky. Základem je představit se a navázat rozhovor s pacientkou, tím dojde ke zvýšení důvěry k lékaři a porodní asistentce (Zacharová, 2017).

Z dat získaných z průzkumného šetření v této diplomové práci lze říct, že respondentky měly možnost zjistit jméno lékaře, a to 97,33 % pacientek (Obr. 1). Pouze 2,67 % žen nezjistilo jméno lékaře. Lékaři tedy dodržují základní etická pravidla, kterým je představení se a osobní setkání s pacientkou (Ptáček, Bartůněk, 2015). Hošek (2018) uvádí, že pacienti, kteří znali svého ošetřujícího lékaře, pociťovali důvěru k lékaři, byli ochotni odpovídat na otázky. Na základě tohoto tvrzení předpokládejme, že 97,33 % pacientek pociťovalo k ošetřujícímu lékaři důvěru.

Jméno porodní asistentky nebo všeobecné sestry mohlo zjistit 90,37 % klientek, zatímco 9,63 % nezjistilo jméno porodní asistentky nebo všeobecné sestry (Obr. 2). V porovnání s výzkumem dle Maršálové (2017) jsou data podobná. Maršálová zkoumala soubor pacientek, kdy prováděla dvě vyšetření, kdy první bylo normální šetření a poté u stejné pacientky prováděla kontrolní šetření. Při obou vyšetřeních se personál představoval, ale lepší výsledky byly při kontrolním šetření. Při normálním šetření se představil personál v 89,45 % a při kontrolním šetření v 96,67 %.

Z výsledků vyplývá, že se na odděleních ve zdravotnických zařízeních představují. V dnešní době se klade důraz na kvalitu péče, na přístup personálu a také na profesionalitu. Podle mého názoru si personál uvědomuje benefity, toho, že se ženě představí. Je vhodné, aby klientka věděla, s kým mluví, kdo ji ošetřuje, zda té ošetřující osobě může poskytnout informace a svěřit se. Je tedy důležité, aby se personál představil, aby pacientka věděla, kdo ji ošetřuje, zda je to porodní asistentka nebo lékařka nebo zda se na její stav ptá sanitářka. V pacientce to může vyvolat důvěru, může poskytnout více informací o sobě, o svém stavu. V současnosti personál na odděleních nosí vizitky, což ženy jako odpověď uvedly i v otevřené otázce č. 6. Personál lze rozpoznat i podle barevnosti oblečení. Na operačním sále nosí personál stejný oděv, je tedy těžší rozpoznat kdo je kdo.

Na operačním sále se personál představil 44 % ženám a téměř všichni se představili 30,67 % ženám, z čehož vyplývá, že dohromady se 70,67 % personálu na operačním sále představuje (Tab. 16). 17,33 % klientkám se téměř nikdo nepředstavil a představení se neproběhlo v 8 % případů. Z těchto dat je zřejmé, že personál klade důraz na představení se, aby ženy věděly, kdo je ošetřuje. Většině žen se personál představil, což je dobře. I přesto je potřeba se zaměřit na případy, ve kterých se ženám personál dle jejich odpovědí nepředstavil, lze vzít v úvahu, že personál chyboval a ženy mohly mít pocit, že neví, kdo provádí anestezii, kdo je operuje či ošetřuje. Vztah ke klientům může být ohrožen neosobním přístupem a rutinní prací personálu na operačním sále. Podle mého názoru je při příjmu kolem pacientky velký počet personálu, je tedy možné, že pacientka neví, kdo je kdo. Pacientky mají právo vědět kdo je ošetřuje, kdo je bude operovat, proto je důležité, aby se personál představoval. I na operačním sále mohou ženy pociťovat obavy, a proto je vhodné, když se operační tým představí, i přestože v danou chvíli pravděpodobně existují důležitější informace. Tým od pacientky zjišťuje identitu, alergie, anamnézu, kontroluje, zda žena nepila, nejedla před výkonem, zda má vlastní chrup či zubní protézu, piercing a další. Tuto úvahu nepřímo potvrzuje Pavlová (2018) ve svém výzkumu. Pavlová uvádí, že perioperační sestry nepovažují postup představení se pacientovi za důležitý krok v celé perioperační proceduře, tedy nemá takový význam jako ostatní postupy (kontrolu alergické anamnézy pacienta, identifikaci pacienta, kontrolu strany operačního výkonu). Přesto se perioperační sestry představují v 81 % pracovištích.

Průzkumná otázka č. 2 byla zodpovězena. Ženy se domnívají, že ve většině případů se jim personál ve zkoumaném zdravotnickém zařízení představil. Myslím si, že by nebylo špatné, kdyby byl personál vzděláván pomocí konferencí, rozhovorů s jinými lékaři,

psychology i v psychologické oblasti, aby nedocházelo k zapomínání na základní morální hodnoty.

Průzkumná otázka č. 3: Domnívají se ženy, že jsou informované dostatečně o léčbě, o operaci, péči po operaci?

V současnosti se klade velký důraz na odborné vědomosti porodních asistentek a na psychologický přístup k pacientkám. Porodní asistentky pečují nejen o fyzickou stránku pacientek, důležitou součástí tohoto procesu je profesionální komunikace s pacientkami a jejich rodinami. Vzájemná komunikace mezi porodní asistentkou nebo lékařem a pacientkou je neoddělitelnou součástí poskytované kvalitní péče. Je potřeba zahájit a podporovat správnou komunikaci, jelikož je důležitá pro dostatečné informování pacientek. Pacientky by měly být dostatečně informované o svém zdravotním stavu, o průběhu léčby a operace. Klientky mají právo na informace, které se týkají jejich osoby a onemocnění. Předávání informací ohledně nálezu, léčby a prognózy je záležitostí lékaře. Dostatečná informovanost může mít vliv na lepší průběh nemoci (Zacharová, 2016).

Zacharová (2016, s. 97) uvádí, že stížnosti se nejčastěji týkají pacientek, které nejsou dostatečně informované, jak by si přály. Zacharová uvádí (2016, s. 97), že mnohdy můžeme slyšet: *„Nic mi neřekli.“, „Ani mě pořádně neposlouchali.“*

Fakta ohledně informovanosti pacientek v perioperačním období byla zjišťována na základě dotazníkového šetření. V dotazníku byly na toto téma zaměřeny otázky č. 8, 9 a 20. V otevřených otázkách č. 22 a 23 měly ženy možnost napsat, co by zlepšily v perioperační péči. V této otázce se objevila některá doporučení na zlepšení komunikace a informovanosti ohledně léčby.

Z odpovědí na otázky č. 8, 9 a 20 vyplývá, že pacientky byly s informacemi spokojené. To potvrzují i otevřené otázky č. 22 a 23, kdy ženy chválily, že jsou dobře informované, že měly strach z operace, ale personál dobře komunikoval a poskytl vynikající informace. Přestože převážná většina žen ve všech třech otázkách hodnotila kladně, některé z nich v otevřených otázkách uvedly, co by se mohlo v komunikaci a podávání informací zlepšit. Například jedna respondentka napsala: "*Více informací sdělených empatickým přístupem, setkání s lékařem, který vás operuje před a po operaci (stejného lékaře jsem viděla až za 3 dny po operaci při vizitě), na operačním sále se mi představil jen anesteziolog a bylo tam zima."* Podobnou odpověď napsala ještě jedna žena.

Podobnou situaci zjistíme i při porovnaní s výsledky Hlaváčka (2020). Hlaváček ve výzkumu uvádí, že před operací probíhala dostatečná komunikace. Nikdo z dotazovaných si nestěžoval, že by mu nebyla věnována dostatečná pozornost ze strany sester nebo lékařů. Toto dále potvrzuje, že komunikace je důležitá pro dostatečné informovaní pacientek. Hlaváček uvádí, že 8 z 10 dotazovaných se cítilo dostatečně informováno a říkali, že jim bylo poskytnuto dostatečné množství informací.

Výsledky výzkumu dle Malaníkové (2016) jsou velmi podobné s výsledky výzkumu této diplomové práce. Malaníková popisuje, že v 86 % případech respondenti byli velmi spokojeni a v 10 % případech spokojeni s informovaností ze strany lékaře o nemoci a léčbě. V otázce č. 8 (Tab. 8) lze vidět podobné výsledky jaké uvádí Malaníková, 76 % ženám byl vysvětlen způsob léčby na 1 a 12 % ženám na známku 2 neboli spokojená. V Otázce č. 9 (Tab. 9) lze vidět opět podobné výsledky, kdy 76 % žen bylo velmi spokojeno a 16 % spokojeno, ženy tedy byly dostačujícím způsobem informovány o nemoci.

Z výsledků otázky č. 20 (Tab. 21) vyplývá, že ženy dostaly dostatek informací o péči o ránu (90,66 %). V 9,34 % případech ženy nebyly dostatečně informovány. V tomto případě by bylo ideální, aby se personál zaměřil i na edukaci ohledně péče po operaci. Domnívám se, že některé ženy neví, jak pečovat o ránu, jak se stravovat po operaci, po propuštění, a možná ani jak se začlenit zpět do běžného života.

Z výsledků je však zřejmé, že ženy byly dostatečným způsobem informovány o léčbě, o operaci, péči po operaci. Tyto výsledky nám udávají, že personál správně edukuje pacientky, jak bude léčba probíhat, co se bude odehrávat během hospitalizace, během operace a dostatečně edukuje ženy o péči po operaci. Domnívám se, že porodní asistentky ženám pomáhají po celou dobu hospitalizace a mají snahu předat ženám co nejvíce informací.

Do této průzkumné otázky bylo zařazeno i zjišťování identity a případných alergií pacientky z důvodu zajištění bezpečnosti na operačním sále. Otázky se zcela nevztahují na spokojenost pacientek, ale spíše na jejich bezpečnost. Pokud by došlo omylem např. k záměně pacientky nebo k podání léků, na které by ženy byly alergické, mohly by nastat komplikace a pacientky by jistě nebyly spokojeny. Otázka byla zařazena do výzkumu za účelem zjištění, zda ženy vnímají, že personál ověřuje tyto informace z důvodu bezpečnosti.

Základní povinností je vedení zdravotnické dokumentace v každém zdravotnickém zařízení. Na operačním sále se využívají dokumenty zajišťující bezpečnost pacienta – perioperační

bezpečnostní protokol, který zahrnuje právě i identitu a alergie (Jedličková, Svoboda, Wichsová, 2021).

Otázka číslo 16 zjišťovala, zda personál se ptá na identitu pacientky (Tab. 17). Výsledky byly pozitivní, že pacientky zaregistrovaly, že personál zjišťuje identitu z důvodu bezpečnosti. Třináct pacientek si neuvědomuje, že personál zjišťuje identitu. U této otázky, i přestože byla uzavřená, pár žen připsalo, že operační výkon byl akutní a nestihlo se to. U těchto odpovědí připadá v úvahu, že ženy si to po anestezii neuvědomují či vůbec nepamatují.

Výzkumnice Pavlová (2018) v kvantitativním výzkumu uvádí situaci, která vyplynula z nesprávně provedeného bezpečnostního procesu identifikace pacienta. Identita byla prokázaná, ale během pozorování vyplynuly následující skutečnosti: identifikace byla prováděna pouze ve fázi Sign In, nikoli také ve fázi Time Out, jak doporučuje WHO. Nebylo standardem, aby každá perioperační sestra vždy provedla identifikaci pacienta. Z těchto faktů vyplývá, že personál ověřuje identifikaci, ale domnívám se, že ji zjišťuje především anesteziolog či anesteziologická sestra, nikoliv i porodní asistentka v perioperační péči.

Pro poskytování bezpečné a kvalitní péče je potřeba ověřování alergií u každé pacientky. Na operačním sále se ověřují pomocí dokumentace z oddělení, navíc se vždy personál na případné alergie dotazuje přímo pacientek, aby se předešlo komplikacím. Získané výsledky ukazují, že personál úspěšně ověřuje alergie u pacientek (Tab. 18). Ověřování alergii slovně proběhlo u 70 (93,34 %) klientek a 4 (5,33 %) klientky si nejsou vědomy zjišťování alergií. U 1 (1,33 %) ženy nebyla slovně ověřována alergie.

Výsledky jsou podobné s výzkumem Sedláčkové (2017). V tomto výzkumném šetření bylo úspěšně ověřeno 100 % alergií u pacientů. Popisuje, že informace byly získány z dokumentace a slovním dotázáním pacientů. Podle mého názoru v mém výzkumu probíhalo stejně jako u Sedláčkové ověřování pomocí dokumentace i slovním dotázáním ženy. Je možné, že kolem ženy je v jednu chvíli velké množství personálu a také spousty otázek ohledně anamnézy, alergií a dalších. I přesto si většina žen uvědomuje, že se na tuhle důležitou bezpečnostní otázku personál ptá a ověřuje ji.

V třetí průzkumné otázce se ženy domnívají, že byly dostatečně informované o léčbě, o operaci, péči po operaci. Tato průzkumná otázka byla zodpovězena.

Průzkumná otázka č. 4: Jak jsou pacientky spokojené se službami ve zdravotnickém zařízení?

Čtvrtá průzkumná otázka byla zaměřena na spokojenost respondentek s hotelovými službami zdravotnického zařízení. Tato průzkumná otázka zahrnovala 6 položek v dotazníku týkajících se spokojenosti pacientek. Mezi služby patřily otázky zaměřené na přijetí recepčními, harmonogram pobytu, stravování, úklid pokojů a sociálních zařízení, hlučnost a teplotu v operačním sále.

Z průzkumu vyplývá, že pacientky byly spokojeny s přijetím recepčními ve zdravotnickém zařízení (Tab. 5). Všechny respondentky vybíraly z nabídnutých možností, z vyhodnocení je vidět, že přijetí recepčními bylo především vstřícné a nápomocné (64 %) nebo standardní a odpovídající (23 %). Vzhledem k tomu, že pacientky přicházejí do zdravotnického zařízení a první kontakt probíhá většinou s recepčními, tak je potřeba, aby na první dojem poskytlo zdravotnické zařízení vstřícné přijetí. Podle mého názoru je poskytovaná kvalita péče důležitá už od přijetí, jelikož už to může ovlivnit pocity ženy. Přijetí recepčními může mít vliv na spokojenost klientek, pokud proběhne přijetí vstřícně, tak ženy budou klidnější. Naopak když by recepční byli nepříjemní, klientky by mohly mít strach, jaký bude zbytek personálu. Na recepci by měli poskytnout ženám informace, na jaké oddělení mají jít, do jakého patra a ohlásit ženu oddělením. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že skoro všechny ženy byly spokojeny s přijetím pomocí recepčních do zdravotnického zařízení.

Do základních otázek pro zjištění kvality ve zdravotnického zařízení patří přijetí pacientky do zdravotnického zařízení, které patří do osmi dimenzí kvality, jak uvádí Raiter (2010).

Na následující otázky, jako byl harmonogram pobytu, stravování a spokojenost s úklidem, ženy odpovídaly na stupnici 1-5 (1 = velmi spokojená, 2 = spokojená, 3 = částečně spokojená, 4 = nespokojená, 5 = velmi nespokojená).

Spokojenost žen s režimem dne byla vyhodnocena jako pozitivní (Tab. 12). Průměr spokojenosti byl 1,77. Velmi spokojeno bylo 46,67 % žen a spokojeno 33,33 % žen. Částečně spokojeno bylo 16,00 %. Nespokojeno byla 4,00 % žen. Je pravděpodobné, že ženy částečně spokojené a nespokojené napsaly připomínky v polouzavřené otázce, kde ženy mohly vepsat své připomínky. V polouzavřené otázce odpovědělo 19 žen. Mezi nejčastější negativní odpovědi patřily brzký budík, nedostatek klidu a soukromí, časté návštěvy personálu na pokoji či rušení druhou pacientkou, a krátké návštěvní doby. K podobným výsledkům došel i Hošek (2018) ve svém výzkumu.

Hošek ve svém výzkumu porovnával dvě oddělení, přičemž oddělení A bylo spokojeno a oddělení B bylo spíše nespokojeno. Na otázku týkající se ranního příchodu sester a budíku byli spíše nespokojeni na oddělení B. Hošek popisuje, že personál lůžkové stanice B vykonává některé činnosti, např. roznášení čajů či odběry krve, v brzkých ranních hodinách. V rámci zkvalitnění pohodlí pacientů bylo ve zdravotnickém zařízení, kde probíhal výzkum, zavedeno nové opatření týkající se ranního buzení pacientů, aby pacienti nebyli rušeni před 7. hodinou ranní, není-li to nutné. Z toho lze usoudit, že pacientky, které ve výzkumu pro tuto diplomovou práci odpověděly, že jsou částečně spokojené (16,00 %) nebo nespokojené (4,00 %), by podobné opatření uvítaly i ve zkoumaném zdravotnickém zařízení.

Skutečnost brzkého buzení popisuje i Vytejčková (2013), která uvádí, že někteří pacienti nemohou přes noc spát a ráno jsou buzeni sestrami měřením teploty. Uvádí tedy, že je to pro pacienty obtěžující, proto je snaha posouvat ranní buzení na později společně s dalšími činnostmi.

Malaníková (2016) také má ve svém výzkumu podobné výsledky. V jejím výzkumu bylo 89 % respondentů spokojeno s dodržováním nočního klidu od 21:00-06:00 hodin. Z tohoto výzkumu také vyplývá, že pacienti jsou spokojeni, když mají klid v noci a nemusí brzy vstávat. Vzhledem k tomu, že ženy v mém výzkumu neměly připomínky na nedodržování nočního klidu, je pravděpodobné, že byly spojeny podobně jako ve výzkumu Malaníkové.

V odborné literatuře uvádějí Burda a Šolcová (2016), že k ulehčení adaptace pacientky je důležité dostatečně informovat a seznámit ji s prostředím a také s časovým harmonogramem dne

Součástí harmonogramu dne je doba návštěv. Pouze 5 žen okomentovalo v polouzavřené otázce č. 12 návštěvní dobu. Ženám (5; 20,83 %) nevyhovovala návštěvní doba, přály by si, aby návštěvní doba byla delší. Zdravotnické zařízení má dobu návštěv každý den od 14:00 do 18:00 hodin. Podle mého názoru je tato návštěvní doba dostatečně dlouhá, jelikož pacientky by měly především odpočívat, aby se rychleji uzdravily a mohly být propuštěny ze zdravotnického zařízení. V průzkumu mělo ale 20,83 % žen, které se vyjádřily, opačný názor. Ostatní ženy návštěvní dobu nekomentovaly. Z čehož tedy vyplývá, že ostatním ženám tato návštěvní doba vyhovovala.

Ve výzkumu Hoška (2018) z jeho dat vyplývá, že necelých 80 % pacientů bylo s návštěvní dobou spokojeno. V porovnání s výzkumem v této diplomové práci jsou výsledky Hoška horší.

Respondentky byly spokojené se stravou (Tab. 14), v průměru mělo hodnotu 1,87. Z dat je zřejmé, že poskytovaná strava je na dobré úrovni. 40,00 % žen bylo velmi spokojeno se stravou a 37,33 % bylo spokojeno. Částečně spokojených bylo 18,67 % žen a 4,00 % žen bylo nespokojeno. Respondentky, které nebyly úplně spokojeny se stravou, mohou mít námitky, protože před i po operaci jsou podrobeny dietní stravě, na kterou nejsou běžně zvyklé.

V předchozím výzkumu ve zdravotnickém zařízení uvádí Kytnerová (2020) výsledky, kde ženy ohodnotily stravu jako nevhodnou pro kojící ženy, přály by si pestřejší stravu.

Slezáková, Marcián et al. (2019) uvádí, že v den operace je den nultý, kdy pacientky dostávají dietu O/S čajovou. Následující dny rozhodne o stravě lékař podle druhu a průběhu operace. Zpravidla se po operaci přechází z tekuté stravy na kašovitou, poté na šetřící dietu č. 2. Až po realimentaci lze přejít k plnohodnotné stravě. Dietní strava může ovlivnit spokojenost některých respondentek. V otevřené otázce č. 23 ženy navrhly několik zlepšení týkajících se stravy, jako například pestřejší jídelníček, svačiny mezi hlavními jídly nebo stravu vhodnou pro kojící matky. V porovnání s výzkumy dle Beránkové (2016) a Gabrielové (2014) lze říci, že výsledky jsou velmi podobné, jelikož ženy mají vůči stravě stejné či podobné výtky.

Beránková (2016) ve svém výzkumu porovnává spokojenost respondentek ve čtyřech zdravotnických zařízeních. Ve třech z nich hodnotily stravu kladně. V závěru dotazníku byla otevřená otázka s možností volných připomínek, přičemž strava byla nejčastěji zmiňovanou položkou stížností a komentářů. Navzdory tomu pacientky vyjádřily spokojenost se stravou. Mezi stížnosti patřily nevhodnosti stravy pro těhotné a kojící matky. Beránková uvádí, že je otázkou, zda stížnosti na stravu nejsou pouze odrazem toho, že nemocniční strava se liší od zvyklostí klientek.

Gabrielová (2014) ve svém výzkumu také popsala výtky ohledně stravy. Ve čtyřech zdravotnických zařízeních si ženy stěžovaly na kvantitu i kvalitu stravy, a ve dvou zařízeních byla strava označena jako nevhodná pro kojící ženy. Dále ženy kritizovaly, že jídelníček nebyl přizpůsoben pro dlouhé pobyty v porodnici, strava postrádala pestrost.

Další hotelovou službou je udržování čistoty na pokojích a sociálních zařízeních (Tab. 15). Výsledkem šetření provedeného ve vybraném zdravotnickém zařízení bylo zjištěno, že respondentky byly spokojeny s úklidovou službou. Ženy byly velmi spokojeny s čistotou v 57,33 % a spokojeny ve 30,67 %. Z těchto dat je zřejmé, že výsledky jsou převážně pozitivní a ženy byly spokojeny s čistotou na pokojích a sociálních zařízeních. Čistotu ohodnotily kladně

ženy i ve výzkumu zdravotnického zařízení v roce 2019. V porovnání s výzkumnými daty Beránkové (2016) a Hoška (2018) jsou výsledky podobné.

Otázka týkající se hluku na operačním sále byla do dotazníku zařazena navíc, jako zajímavost, jelikož z praxe během studia a práce na operačním sále jsem měla pocit, že na sále bývá občas hlučno (Tab. 19). Práce s instrumentáriem i konverzace personálu může být občas příliš hlučná. Odpovědi na tuto otázku byly překvapivé, protože většina pacientek neměla pocit hluku na operačním sále. Ano a spíše ano odpovědělo celkem 24 klientek ze 75. Pouze jedna pacientka v rámci otevřené otázky uvedla, že by jí vyhovovalo klidnější prostředí při zákroku na operačním sále. Podle mého názoru je vhodné, aby personál mezi sebou komunikoval tiše a ideálně pouze o pracovních úkonech. Po úvodu do anestezie, kdy pacientka již hluk nevnímá, má personál možnost konverzovat během celé operace. Někteří operatéři při operování rádi poslouchají hlasitou hudbu, v tomhle případě je vhodné zapnutí hudby až po úvodu ženy do anestezie. V některých případech může dojít k neprofesionální komunikaci, např. k řešení záležitostí jiných pacientek před ženou, která má být operována, což je přinejmenším neprofesionální. Personál by měl vnímat své okolí a komunikovat pouze o tématech relevantních k aktuálnímu výkonu, jelikož žena, která ještě není pod vlivem anestezie může vše vnímat.

Zacharová (2017) uvádí, že základem je psychologická péče o ženy a profesionální přístup, kterým dojde k rozptýlení strachu a stresu. Neprofesionální přístup může u pacientek vyvolat celoživotní trauma. Na tomto se podílí i neverbální komunikace, která může být neúmyslná, ale v některých případech až nevhodná. Na zvýšení pocitu strachu má vliv i přecitlivělost na silnější zevní podněty jako je hluk, křik, přetrvávající chlad. Jednou z otázek, která byla přidaná do původního dotazníku zněla: *„Byla jste spokojena s teplotou na operačním sále?“* Otázka byla vřazena do dotazníku z důvodu zjišťování normotermie. Aby docházelo k dobrému průběhu léčby u operovaných pacientek, je důležité, aby byla zajištěna teplota pacientky v rozmezí 36-36,9 °C. Změny tělesné teploty ženy by se prvně projevovaly jako svalový třes, zvýšený tlak a tepová frekvence a následně i vyšší potřeba kyslíku. Poté by mohly přibýt komplikace jako jsou zvýšení krevní ztráty až o 20 %, poruchy srdečního rytmu a infekce v místě chirurgického výkonu (Jedličková, 2019).

Pomocí této otázky vřazené do dotazníku bylo cílem zjistit, zda teplota na operačním sále respondentkám vyhovuje (Tab. 20). Z výsledků je patrné, že respondentky byly spokojeny s teplotou. Spokojeno bylo 28 respondentek a 27 respondentek spíše ano. Nespokojeno bylo

pouze 7 respondentek ze 75 a spíše ne 13. Teplotu na operačním sále komentovaly 3 respondentky i v otevřené otázce č. 22, s tím zda by nemohlo být na sále tepleji, že je tam zima.

Jedličková (2019) doporučuje teplotu na operačním sále v rozmezí 20-22 °C. Dále popisuje, že při příjezdu na operační sál je pacientka položena na studený operační stůl a na operačním sále bývá nízká teplota vzduchu, tedy pacientka je vystavena riziku peroperační hypotermie. Wichsová a Taliánová (2020) také uvádějí stejnou teplotu, jelikož je doporučena z hygienických hledisek, ale také i z hlediska tepelného komfortu. Při vyšších teplotách by personál cítil diskomfort, jelikož je povinen operovat v pláštích, rukavicích, čepicích a ústenkách.

Při příjezdu pacientky někdy komentují teplotu na operačním sále, že je tam zima. Podle mého názoru je vhodné, aby se teplota na operačním sále pravidelně hlídala, aby nedocházelo ke snížení teploty na operační sále pod 20 °C. Vzhledem ke snížení teploty by mohlo docházet ke komplikacím při operaci. Aby nedocházelo k podchlazení, je vhodné pacientky zahřívat např. pomocí výhřevných podložek, termoizolačních přikrývek, ohřátých infuzních roztoků a dalších metod. Ale je vhodné se zaměřit i na psychickou stránku ženy. Pacientka by měla být odkryta až po úvodu do anestezie, aby nedocházelo ke zbytečnému zvyšování stresu ženy a narušování intimity. Pacientka by nejenže mohla cítit chlad. Proto je ideální, aby i antisepse operačního pole probíhala také až po úvodu do anestezie.

Čtvrtá průzkumná otázka byla zodpovězena.

Z šetření vyplývá, že pacientky ohodnotily péči na gynekologicko-porodnickém oddělení převážně kladně. Z výzkumu je zřejmé, že je více faktorů, které mohou ovlivňovat spokojenost pacientek. Součástí celého procesu je profesionální přístup personálu. Je potřeba, aby ženy měly dostatek informací a tím se snížil i strach z operace. Spokojenost ovlivňují i hotelové služby.

15 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu poskytované perioperační péče. Teoretickým cílem bylo přiblížit problematiku kvality péče v perioperační péči a spokojenost žen. Hlavním cílem průzkumu diplomové práce bylo zjistit spokojenost pacientek s kvalitou poskytované perioperační péče na gynekologicko-porodnickém oddělení v jednom zdravotnickém zařízení v Jihomoravském kraji. Dílčími cíli bylo zjistit spokojenost pacientek, zda jsou ženy dle jejich hodnocení dostatečně informované a jestli jsou spokojené se službami ve zdravotnickém zařízení. **Cíle byly splněny.**

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že ženy byly o trochu více spokojené s přístupem porodních asistentek než s přístupem lékařů. V obou případech byly ale výsledky kladné. Ženy měly možnost zjistit, kdo je ošetřoval. Personál se ženám představoval a nosil vizitky. Z výsledků je zřejmé, že ženám se častěji než porodní asistentky/ všeobecné sestry představovali lékaři. Nejméně měly ženy pocit, že se personál představuje na operačním sále, ale výsledky mohou být zkreslené z důvodu anestezie. Ve všech těchto případech se velká část personálu představila, výsledky byly pozitivní. Ženy se domnívají, že byly dostatečně informované. Především byly nejvíce spokojeny s informacemi ohledně nemoci, dále se cítily nejvíce informované o péči o sebe a operační ránu po propuštění z nemocnice, v neposlední řadě jim byl vysvětlen způsob léčby. Ve všech případech se vyskytuje kladné hodnocení – velmi spokojená, spokojená. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda byly ženy spokojeny se službami ve zdravotnickém zařízení. Nejvíce žen bylo spokojeno s čistotou, poté s režimem dne, a nakonec se stravou. Pacientky byly poměrně spokojené i s teplotou na operačním sále. Z dat je zřejmé, že ženy ohodnotily služby kladně. Ženy hodnotily služby dle svého názoru, ze kterého vyplývá, že byly spokojeny.

V dnešní době je téma hodnocení kvality péče velice aktuální. Pacientky vyžadují kvalitní péči a bezpečnost, a proto je důležité, aby byla zjišťována jejich spokojenost. Ve zkoumaném zdravotnickém zařízení byl poslední výzkum proveden v roce 2019. Po následující dva roky výzkum nebyl prováděn, proto jsem si vybrala tohle téma, abych zjistila, jaká je spokojenost žen po operaci. Tato práce by mohla posloužit zdravotnickému zařízení k zajištění zlepšení péče.

Vzhledem k aktuálnosti tématu by bylo vhodné, kdyby zdravotnické zařízení zvolilo efektivnější metodu sběru dat, jelikož v období od října do prosince 2019 bylo vybráno pouze 11 dotazníků spokojenosti. Dotazníky jsou k dispozici na chodbách

gynekologicko-porodnického oddělení na stolečku na chodbě. Pro praxi bych navrhovala, aby dotazníky byly rozdávány při propouštění ze zdravotnického oddělení s dostatečným vysvětlením smyslu tohoto dotazníkového šetření včetně podmínek účasti. Dotazníky by podávaly porodní asistentky, které o ženu pečovaly. Bylo by vhodné, aby ženám byly dotazníky předloženy a ženy měly možnost vyjádřit, jak byly spokojeny. Poté by dotazníky vhodily do schránek na chodbách, aby byla zachována anonymita.

Dále bych doporučila, aby byl dotazník aktualizován. Jako návrh pro praxi byl vytvořen dotazník, který byl použit pro tuto diplomovou práci (viz Příloha A). Dotazník ve zdravotnickém zařízení je někdy špatně čitelný, jelikož je několikrát kopírovaný, je nepřehledně strukturovaný, a navíc je použitá starší verze loga zdravotnického zařízení.

I přestože ženy byly ve většině případů spokojené, bylo by vhodné, aby se zdravotnické zařízení zaměřilo i na nedostatky, které poskytuje zpětná vazba dotazníku. Navrhovala bych, aby ženy byly více informovány, např. i pomocí edukačních materiálů. Také aby do jídelníčku byla zařazena: pestřejší strava a svačiny. Bylo by to vhodné přinejmenším pro kojící ženy po císařském řezu, jelikož kojením vydají spoustu živin. Na operační sál bych doporučila více pomůcek pro ohřívání pacientky, jako jsou výhřevné podložky, vyhřívací návleky na končetiny a hlavu, termoizolační přikrývky a další pomůcky.

V tomto průzkumu pro diplomovou práci byly ženy spokojené, ale přesto je vždy co zlepšovat.

16 POUŽITÁ LITERATURA

BEDNAŘÍK, Milan, 2018. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. Praha: Ústav práva a právní vědy. Právo a management. ISBN 978-80-87974-14-8.

BERÁNKOVÁ, Šárka, 2016. *Hodnocení kvality poskytované péče na oddělení šestinedělí v Pardubickém kraji* [online]. Pardubice [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html. Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Sobotková.

BOROVSKÝ, Juraj a Eva SMOLKOVÁ, 2013. *Marketing ve zdravotnictví*. 2., přeprac. vyd. V Praze: České vysoké učení technické. ISBN 978-80-01-05413-0.

BRABCOVÁ, Iva, 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetřovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-604-3.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetřovatelská péče: pro obor ošetřovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.

EISOVÁ, Aneta a Marie HOLUBOVÁ. *Prevence dekubitů na operačním sále* [online]. Florence, 2021 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/2/prevence-dekubitu-na-operacnim-sale/

EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ, 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. ISBN 8086419738.

FANG J, LIU L, FANG P. *What is the most important factor affecting patient satisfaction - a study based on gamma coefficient. Patient Prefer Adherence.* 2019 Apr 10; 13:515-525. doi: 10.2147/PPA.S197015. PMID: 31114168; PMCID: PMC6489650

FELDMAN, Ken. *Deming Cycle, PDCA* [online], 2018 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: https://www.isixsigma.com/dictionary/deming-cycle-pdca/

GABRIELOVÁ, Kateřina, 2014. *Hodnocení kvality poskytované péče v porodnici očima klientek* [online]. Pardubice [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/handle/10195/57872. Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová.

HLAVÁČEK, Lukáš, 2020. *Vnímání pacientů před a po operačním výkonu* [online]. Brno [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/msycw/Hlavacek_DP.pdf. Diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA LÉKAŘSKÁ FAKULTA. Vedoucí práce PhDr. Natália Beharková Ph.D.

HOLMEROVÁ, Iva, 2015. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOŠEK, Oldřich, 2018. *Hodnocení spokojenosti poskytované péče očima hospitalizovaných pacientů* [online]. Jihlava [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: https://theses.cz/id/y3r03h/. Diplomová práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2019. *Ošetřovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-598-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, Tomáš SVOBODA a Jana WICHSOVÁ, 2021. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1727-7.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.

KLÍMOVÁ, Marie a Iva BRABCOVÁ, 2019. *Management zdravotnických služeb*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-777-4.

KUDLEJOVÁ, Mária, 2014. *Inštrumentovanie: princípy, zásady, techniky a postupy*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-423-0.

KYTNEROVÁ, Veronika, 2020. *Dotazník zdravotnického zařízení*. Brno.

LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetřovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.

MALANÍKOVÁ, Jana, 2016. *Spokojenost pacientů s poskytovanými službami-důležitý indikátor kvality zdravotnického zařízení* [online]. České Budějovice [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: https://theses.cz/id/g2tmyy/. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.

MARŠÁLOVÁ, Kateřina, 2017. *Hodnocení spokojenosti hospitalizovaných pacientů v zařízení následné péče* [online]. Pardubice [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html. Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Doc. Ing. Jana Holá. Ph.D.

MARX, David a František VLČEK, ed. Spojená akreditační komise, o. p. s., 2013*, Akreditační standardy pro nemocnice* [online]. In:. 2013 [cit. 2022-12-30]. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné z: https://www.sakcr.cz/files/2e6e410b84857cf84cf734275644446f/nemsak-standardy-nemocnice-2014.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR*: Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. 2022a [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR*: Věstník MZ č. 13/2021* [online]. 2021 [cit. 2022-12-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR*: Zdraví 2030* [online], 2022b. [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/finalni-dokument-strategickeho-ramce-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-a-jeho-implementacni-plany/

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR*: ZDRAVÍ 21*[online]. 2008 [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/

ONDRIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetřovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1696-6.

PAREDIS, Christiaan J.J., Carlee BISHOP a Douglas BODNER. *A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare* [online]. 2013 [cit. 2022-12-31]. Dostupné z:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050913000173?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=78377580fe43b37f

PAVLOVÁ, Petra, 2018. *Kvalita perioperační péče z pohledu ošetřovatelství* [online]. Pardubice [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: https://theses.cz. https://hdl.handle.net/10195/70677 Disertační práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Školitel: MUDr. Jiří Šiller, Ph.D.

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetřovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.

PODSTATOVÁ, R. a D. CHOCHOLÁČ, 2016. *Ukazatelé kvality ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: http://www.stapro.cz/ukazatele-kvality-ve-zdravotnictvi/.

POKORNÁ, Barbora, 2016. *Spokojenost hospitalizovaných pacientů s péčí v* nemocnicích [online]. Pardubice [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: https://theses.cz/id/3hfl7y/. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

RAITER, Tomáš. *Kvalita očima pacientů* [online]. 2010 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html

SEDLÁČKOVÁ, Eva, 2017. *Bezpečná péče na operačním sále a péče o pacienta* [online]. [cit. 2023-03-09]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

SEIFERT, Bohumil a Svatopluk BÝMA, 2019. *Všeobecné praktické lékařství*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-422-4

SEIFERT, Bohumil, 2015. *Návod na hodnocení kvality primární péče: příručka pro hodnotitele praxí všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-42-6.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ a Hana ČOUPKOVÁ, 2019. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-2900-8.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE [online]. 2012 [cit. 2022-12-10]. Dostupné z: https://www.sakcr.cz/page/default/5

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.

The Joint Commission [online]. *Who We Are*. 2022 [cit. 2022-11-18]. Dostupné z: https://www.jointcommission.org/who-we-are/joint-commission-international/

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR: 2021. *Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007–2020* [online]. [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/f/008387/nzis-rep-2021-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2020.pdf

VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb* [online]. In:.Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015 [cit. 2022-09]. Dostupné z: https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7325-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

WICHSOVÁ, Jana a Magda TALIÁNOVÁ, 2020. *Vybrané kapitoly z bezpečnosti perioperační péče.* Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-305-9.

WICHSOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1029-2.

WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽALUDEK, Adam, 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2275-2.

ŽĎÁRA, Jaroslav, 2018. *Management ve zdravotnictví I.: učební text pro vysokoškolskou výuku*. V Brně: Univerzita obrany. ISBN 978-80-7231-369-3.

17 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník k diplomové práci

PŘÍLOHA A – Dotazník k diplomové práci

Vážená paní,

jmenuji se Kateřina Bartošová a jsem studentkou navazujícího magisterského studijního programu Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče na Univerzitě Pardubice. V rámci své diplomové práce s názvem „Kvalita poskytované perioperační péče“ provádím výzkumné šetření zaměřené na spokojenost pacientek s kvalitou poskytované péče.

Dovoluji si Vás tímto oslovit a požádat o vyplnění dotazníku, který mi umožní zpracování mé diplomové práce. Veškerá data budou anonymizována, budou použita pro moji diplomovou práci a v rámci zdravotnického zařízení pro případné zlepšení poskytované péče.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku, spolupráci a za Váš čas.

1. Kolik Vám je let? …….....

2. Počet dnů současného pobytu v nemocnici: ……..

3. Jaké bylo Vaše přijetí recepčními?
   a) Vstřícné, nápomocné
   b) Standardní, odpovídající
   c) Neochotné
   d) Příjem mimo recepci (doprava sanitou apod.)

4. Měla jste možnost zjistit jméno lékaře, který Vás ošetřoval?
   a) Ano
   b) Ne

5. Měla jste možnost zjistit jméno porodní asistentky/všeobecné sestry, která Vás ošetřovala?
   a) Ano
   b) Ne

6. Pokud ano, uveďte prosím, jak jste zjistila jejich jména:
   ……

   ……

Následující otázky zhodnoťte stupnicí 1-5 (jestliže není způsob odpovědí uveden jinak) (1 = velmi spokojená, 2 = spokojená, 3 = částečně spokojená, 4 = nespokojená, 5 = velmi nespokojená)

7. Byla jste spokojená s přístupem lékaře?

   1 2 3 4 5

8. Byl Vám vysvětlen způsob léčby?

   1 2 3 4 5

9. Byla jste pro Vás dostačujícím způsobem informována o Vaší nemoci?

   1 2 3 4 5

10. Měli Vaši příbuzní možnost mluvit s ošetřujícím lékařem?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nebylo to nutné

11. Jak jste byla spokojená s přístupem porodní asistentky/všeobecné sestry?

    1 2 3 4 5

12. Jak Vám vyhovoval režim dne (doba budíčku, noční klid, doba návštěv)?

    1 2 3 4 5

    Případně doplňte vlastní slovní hodnocení:

    ……

13. Jak hodnotíte kvalitu poskytované stravy?

    1 2 3 4 5

14. Jak hodnotíte udržování čistoty na pokojích a sociálních zařízeních?

    1 2 3 4 5

15. Představil se Vám personál na operačním sále?
    a) Ano
    b) Téměř všichni
    c) Téměř nikdo

d) Nikdo

16. Ověřoval si personál Vaši identitu při příjmu na operační sál?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nevím, nejsem si toho vědoma

17. Ověřoval si personál z operačního sálu Vaše případné alergie?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nevím, nejsem si toho vědoma

18. Měla jste pocit, že je na operačním sále hluk?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

19. Byla jste spokojena s teplotou na operačním sále?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

20. Dostala jste dostatek informací o tom, jak pečovat o sebe a o operační ránu po propuštění z nemocnice? a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

21. Doporučila byste naši nemocnici příbuzným a známým?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nevím

22. Uveďte, co byste chtěla zlepšit v péči <u>před operací</u> (včetně péče na operačním sále):
    ……

    ……

    ……

23. Zde můžete uvést, co by naše nemocnice mohla zlepšit v péči po operaci:

……

……

…….

Děkuji Vám za spolupráci.