Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Rádce pacienta - příručka MZ ČR určená pacientům

Bc. Radka Dobrovolná

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2016/2017**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Radka Dobrovolná**
Osobní číslo:	**Z16171**
Studijní program:	**N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Název tématu:	**Rádce pacienta - příručka MZ ČR určená pacientům**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

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 grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6. listopadu 2011. In: zakonyprolidi.cz ? AION CS 2010-2018 [online]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

2. GURKOVÁ, Elena. Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.

3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

4. RADA EVROPSKÉ UNIE. Doporučení rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. RADA EU, 2009. In: Úřední věstník Evropské unie číslo (2009/C 151/01).

5. RÁDCE PACIENTA: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta. 3. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, s. 107. ISBN 978-80-85047-52-3.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina Heráčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

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

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. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. 4. 2019

Bc. Radka Dobrovolná

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych hlavně poděkovat Mgr. Evě Hlaváčkové Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její cenné rady a připomínky, za její trpělivost a laskavost.

Dále chci poděkovat vedení a zaměstnancům daných zdravotnických zařízení za to, že mi umožnili provést v jejich zařízeních výzkum.

A v neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

ANOTACE

V diplomové práci se zabývám příručkou „Rádce pacienta", vydanou Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2016 pro zvýšení informovanosti občanů ČR jako jednoho ze systematických kroků pro snížení rizikových situací a pro zajištění většího bezpečí pacientů. Teoretická část se proto věnuje nejen samotné příručce, ale také řízení kvality a bezpečí zdravotní péče a edukaci ve zdravotnictví.

Hlavním cílem práce je zjistit, zda pacienti vědí o existenci této publikace a zda jsou pro ně informace o systému zdravotnictví důležité. Empirická část analyzuje a prezentuje data získaná pomocí nestandardizovaného dotazníku, kdy z dotazníkového šetření vyplývá, že většina pacientů příručku nezná. V závěru jsou uvedeny nejdůležitější premisy, které vyplývají z výzkumného šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita zdravotnictví, bezpečí péče, edukace, příručka „Rádce pacienta"

TITLE

Patient's Guide - a handbook of the Ministry of Health of the Czech Republic for patients.

ANNOTATION

In the thesis I deal with the manual of „Patient Guide". This collection was published by the Ministry of Health of the Czech Republic in 2016 as one of the systematic steps for raising awareness among Czech Citizen, for dealing with risk situations and for ensuring greater patient safety. Therefore, the theoretical part focuses not only on legislation, but also on the quality and safety management in health care.

The main goal of the work is to find out whether patients are aware of the existence of this publication and whether comprehensive information on the health system is important for them. The research part analyzes and presents the data obtained using a non-standardized questionnaire, where the questionnaire survey showed that most patients do not know the manual. In the conclusion the most important premises resulting from the research are presented.

KEYWORDS

Quality of Health, Safety of Care, Education, „Patient's Guide"

Obsah

Úvod 15

Cíl práce 17

Stanovení dílčích cílů 17

I. Teoretická východiska 18

1 Kvalita ve zdravotnictví 18

1.1 Historie kvality a bezpečí zdravotní péče 19

1.2 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb 23

1.2.1 Interní hodnocení 24

1.2.2 Externí hodnocení 25

1.3 Řízení rizik při poskytování zdravotní péče 27

1.3.1 Resortní bezpečnostní cíle 28

1.3.2 Indikátory kvality 29

1.3.3 Sledování nežádoucích (mimořádných) událostí 30

2 Rádce pacienta 32

2.1 Vydání příručky MZČR „Rádce pacienta" 33

3 Edukace 35

3.1 Edukace ve zdravotnictví 36

3.1.1 Cíle edukace 36

3.1.2 Edukační prostředí 37

3.1.3 Edukační metody 38

3.1.4 Překážky při edukaci 38

3.2 Tvorba edukačního materiálu 39

3.2.1 Zdravotní gramotnost 40

3.2.2 Srozumitelnost a čtivost edukačních materiálů 41

II. Výzkumná část 43

1. Výzkumné otázky 43

2 Metodika výzkumu 44
2.1 Výzkumný soubor 44
2.2 Charakteristika příručky MZČR „Rádce pacienta" 45
2.3 Metodika sběru dat 49
2.3.1 Výzkumný nástroj 49
2.3.2 Sběr dat ve fakultní nemocnici 50
2.3.3 Sběr dat v agentuře domácí péče 50
2.3.4 Sběr dat v ambulantní sféře 50
2.4 Metodika analýzy dat 51
2.4.1 Stanovení hypotéz 52
3 Výsledky 54
3.1 Základní informace o respondentech 54
3.2 Zájem respondentů o zdravotnické informace 56
3.2.1 Hypotéza 1 – Zájem o informace z oblasti zdraví podle věku 57
3.2.2 Hypotéza 2 – Zájem o informace z oblasti zdraví podle pohlaví 58
3.2.3 Hypotéza 3 – Zájem o informace z oblasti zdraví podle vzdělání 59
3.2.4 Hypotéza 4 – Formy získávání informací podle věku 62
3.2.5 Hypotéza 5 – Formy získávání informací podle pohlaví 64
3.2.6 Hypotéza 6 – Formy získávání informací podle vzdělání 65
3.2.7 Hypotéza 7 – Zájem o brožuru podle věku 67
3.2.8 Hypotéza 8 – Zájem o brožuru podle pohlaví 68
3.2.9 Hypotéza 9 – Zájem o brožuru podle vzdělání 69
3.3 Hodnocení kvality péče 71
3.3.1 Hypotéza 10 – Upozornění zdravotnického personálu podle věku 73
3.3.2 Hypotéza 11 – Upozornění zdravotnického personálu podle pohlaví 75
3.3.3 Hypotéza 12 – Upozornění zdravotnického personálu podle vzdělání 76
3.4 Informovanost o systému zdravotnictví 77

3.4.1 Hypotéza 13 – Možnosti změny lékaře podle věku 78
3.4.2 Hypotéza 14 – Možnosti změny lékaře podle pohlaví 80
3.4.3 Hypotéza 15 – Možnosti změny lékaře podle vzdělání 80
3.5 Doplňující informace 82
3.5.1 Dodatek - Vyhodnocení hypotéz – opakovaná hospitalizace v nemocnici 83
5 Diskuze 85
6 Závěr 91
7 Soupis bibliografických citací 93
7.1 Tištěné dokumenty 93
7.1.1 Monografie 93
7.1.2 Závěrečná VŠ práce 96
7.1.3 Články v periodiku 96
7.1.4 Zákony a vyhlášky 96
7.2 Elektronické zdroje 97
8 Přílohy 99
Příloha A *Resortní bezpečnostní cíle* 99
Příloha B *Charakteristika respondentů* 100
Příloha C *Dotazník* 101

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Vzdělání respondentů.....55
Obrázek 2 - Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité? (Relativní četnost).....57
Obrázek 3 - Zájem pacientů o informace podle pohlaví (Relativní četnost).....59
Obrázek 4 - Kde informace v případě potřeby nejčastěji vyhledáváte? (Absolutní četnost) ...61
Obrázek 5 - Kdo by měl podle Vašeho názoru informace v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí poskytovat? (Absolutní četnost).....62
Obrázek 6 - Forma získávání informací podle věku (Relativní četnost).....64
Obrázek 7 - Forma získávání informací podle vzdělání (Relativní četnost).....66
Obrázek 8 - Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení? (Relativní četnost).....67
Obrázek 9 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle pohlaví (Relativní četnost).....69
Obrázek 10 - Jak jste se při hledání informací na stránkách MZ ČR orientoval/a? (Relativní četnost).....71
Obrázek 11 - Nebojíte se zeptat, kdykoliv Vám není něco jasné, nebo jsou pro Vás informace od zdravotníků nesrozumitelné? (Relativní četnost).....73
Obrázek 12 - Četnost upozornění oše. personálu podle věku (Relativní četnost).....75
Obrázek 13 - Četnost upozornění oše. personálu podle vzdělání (Relativní četnost).....77
Obrázek 14 - Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit? (Relativní četnost).....78
Obrázek 15 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle věku (Relativní četnost).....79
Obrázek 16 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle vzdělání (Relativní četnost).....81
Obrázek 17 - Vaše návštěva zdravotnického zařízení je? (Relativní četnost).....83
Obrázek 18 - Forma získávání informací podle četnosti hospitalizace (Relativní četnost).....84

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Rozdělení respondentů podle toho, zda slyšeli o příručce MZČR s názvem „Rádce pacienta” 51
Tabulka 2 - Přehled proměnných použitých do hypotéz 52
Tabulka 3 - Sledovaný vzorek respondentů 54
Tabulka 4 - Věk respondentů 54
Tabulka 5 - Pohlaví respondentů 55
Tabulka 6 - Vzdělání respondentů 55
Tabulka 7 - Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem vyhledáváte? (Absolutní četnost) 56
Tabulka 8 - Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem vyhledáváte? (Relativní četnost) 56
Tabulka 9 – Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité? 57
Tabulka 10 - Zájem pacientů o informace podle věku 58
Tabulka 11 - Zájem pacientů o informace podle pohlaví 58
Tabulka 12 - Zájem pacientů o informace podle vzdělání 59
Tabulka 13 - Kde informace v případě potřeby nejčastěji vyhledáváte? 60
Tabulka 14- Kdo by měl podle Vašeho názoru informace v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí poskytovat? 61
Tabulka 15 - Kterou formu byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/a? 62
Tabulka 16 - Forma získávání informací podle věku 63
Tabulka 17 - Forma získávání informací podle pohlaví 65
Tabulka 18 - Forma získávání informací podle vzdělání 65
Tabulka 19 - Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení? 67
Tabulka 20 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle věku 68
Tabulka 21 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle pohlaví 68
Tabulka 22 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle vzdělání 70
Tabulka 23 - Navštívil/a jste někdy webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR? 70
Tabulka 24 - Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a, jak se zdravotníci zajímají o Váš zdravotní stav? (Absolutní četnost) 72

Tabulka 25 - Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a, jak se zdravotníci zajímají o Váš zdravotní stav? (Relativní četnost) 72
Tabulka 26 - Nebojíte se zeptat, kdykoliv Vám není něco jasné, nebo jsou pro Vás informace od zdravotníků nesrozumitelné? 72
Tabulka 27 - Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný? 73
Tabulka 28 - Četnost upozornění oše. personálu podle věku 74
Tabulka 29 - Četnost upozornění oše. personálu podle pohlaví 76
Tabulka 30 - Četnost upozornění oše. personálu podle vzdělání 76
Tabulka 31 - Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit? 78
Tabulka 32 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle věku 79
Tabulka 33 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle pohlaví 80
Tabulka 34 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle vzdělání 81
Tabulka 35 - Domníváte se, že máte právo na výběr zdravotnického zařízení? 82
Tabulka 36 - Vaše návštěva zdravotnického zařízení je? 82
Tabulka 37 - Kolikrát jste v minulosti byl/a hospitalizován/a v nemocnici? 83
Tabulka 38 - Forma získávání informací podle četnosti hospitalizace 84

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACS	Americký svaz chirurgů (American College of Surgeons)
ALPHA	Agenda pro vedení v programech akreditace v oblasti zdravotnictví (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation)
ČR	Česká republika
ISO	Evropský systém standardizace a řízení kvality (International Organization for Standardization)
ISQuA	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Health Care)
JCAHO	Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Acreditacion of Healthcare)
JCI	Spojená mezinárodní komise (Joint Commission International)
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-Operation and Development)
PSBPKZP	Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče
SAK	Spojená akreditační komise
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
USA	Spojené státy americké (United States of America)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

Zdravotnictví i zdravotní péče všude ve světě i u nás v České republice prochází na začátku třetího tisíciletí výraznými změnami a vývojem. Neustále se ve zdravotnictví rozvíjejí a inovují nejen technologie, ale i klinické postupy. Zároveň po celém světě narůstá povědomí o důležitosti poskytování kvalitnější a především bezpečnější péče pacientům. Velmi podnětnými se v tomto směru staly v devadesátých letech 20. století dvě vlivné světové zprávy s názvem: „To Err is Human" a „An Organization with a Memory", které označily chyby při poskytování zdravotní péče za rutinní záležitost. Uvedly, že k pochybením dochází až v 10 % případech hospitalizace. Pacienti tak utrpí neúmyslné poškození, které může být jen nepříjemností, ale mnohdy může vyústit toto selhání zdravotních postupů v závažné až fatální následky (Příručka k osnově o bezpečí pacientů, 2016, s. 8-10).

Mnoho zemí ve světě již od této doby uznalo bezpečí pacientů za zásadní faktor ve zdravotnictví a budují se cesty ke zlepšení kvality zdravotních služeb, k zodpovědnému přístupu k pacientům, k systematické, kvalifikované, komplexní a bezpečnější péči. Přesto je otázka bezpečí pacientů stále ještě předmětem znepokojení a obav. Ukázalo se, že zřídkakdy jsou příčinou chyb pouze jednotlivci nebo procesy, ale většinou se jedná o nešťastné spojení více faktorů, které tak vysoce rizikové situace vytvoří. Přitom prakticky v každé oblasti zdravotní péče může dojít k ohrožujícím skutečnostem nebo k událostem, které mohou průběh uzdravování pacienta nějakým způsobem ohrozit (Hughes, 2008).

Česká republika nezůstává v transformacích zdravotní péče pozadu. Prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví spolupracuje s Evropskou unií, se Světovou zdravotnickou organizací, s Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, Světovou aliancí pro bezpečí pacientů a dalšími institucemi. Postupně zavedla a dále zavádí systémová opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče. Jedním z nástrojů pro zvýšení bezpečí je příručka vydaná přímo MZČR: „Rádce pacienta".

Jedná se již o třetí aktualizované vydání. Účelem vytvoření této publikace je umožnit pacientům celému systému zdravotní péče lépe porozumět, pochopit a orientovat se v něm. Poskytuje informace o tom, na co mají pacienti z veřejného zdravotní pojištění nárok, jak mají postupovat při kontaktu se zdravotními službami a jaká jsou jejich práva a povinnosti. Upozorňuje také na nejčastější rizika, která mohou při léčení pacienti sami ovlivnit.

K této a podobným problematikám vznikla již řada edukačních materiálů. Ne vždy je v praxi pacient skutečně zná, má možnost se k nim dostat a je s nimi aktivně seznamován. Znají tedy pacienti příručku „Rádce pacienta" a je dostatečně prezentována, aby mohla pacientům pro zlepšování jejich zdraví a bezpečí sloužit? Je tato příručka jako zdroj informací pro pacienty nejvhodnější, neexistují jiné cesty k seznámení se s podstatnými fakty? Existuje nějaká universální strategie pro všechny pacienty ve všech věkových kategoriích? Každá generace žije v různých sociálních, politických a obecně lidských poměrech. Nevíme, jaký zdroj informací dnes lidé preferují a jaký budou preferovat generace budoucí. Pro snížení rizikového chování bychom to znát měli, abychom eliminovali všechna možná rizika. Je opodstatněné se domnívat, že pacienti i dnes jsou stále nedostatečně informováni o svém zdraví a lékařské péči? Zdokonaluje se technika k určování diagnózy, budou stačit výstupy těchto dat k uspokojení všech zdravotních potřeb klientů nebo bude stále platit, že rutinní praxe a osobní přístup lékaře dokáže více? Co ocení pacient více a zamezí se tak lépe situacím ohrožujícím pacientův život? Do jaké míry si možná rizika uvědomují sami pacienti?

Na tyto otázky nelze jednoduše odpovědět a já jsem se pokusila ve své práci zmapovat a zkoumat postoje a názory pacientů k jedné z cest, jak zvýšit informovanost pacientů pomocí souhrnných informací v jednom zdroji, v jedné publikaci „Rádce pacienta".

Cíl práce

Základním cílem této diplomové práce je zjistit, zda pacienti znají příručku „Rádce pacienta" a zda jsou pro ně informace o systému zdravotnictví důležité.

Stanovení dílčích cílů

Teoretická část:

1. Objasnit fakta, která vznik příručky ovlivnila.
2. Seznámit se samotnou příručkou i s doplněnými zcela novými kapitolami.
3. Popsat problematiku tvorby edukačního materiálu.

Empirická část:

4. Stanovit základní ukazatele, které znalost materiálu ovlivňují.
5. Vyvodit z daných zjištění návrh pro propagaci podobných materiálů.

I. Teoretická východiska

1 Kvalita ve zdravotnictví

Pojem kvalita neboli jakost, znamená v obecném pojetí míru naplnění očekávání. V porovnání s kvantitou, která odpovídá na otázku „kolik", kvalita odpovídá na otázku „jaký", tedy údaj o vlastnosti něčeho, stav věci, služby (Doležal, 2012, s. 111-112).

Kvalita ve zdravotnictví je pak definována podle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1988 jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje (Kožený, 2010, s. 135-136). Jiná definice podle Avedise Donabediana, slavného amerického univerzitního profesora veřejného zdraví, formuluje kvalitu zdravotní péče jako „*takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu"* (Jarošová, 2015, s. 26).

Kvalita ve zdravotnictví má mnoho hledisek, dimenzí a specifických vlastností. Především je zde rozměr etický, protože služby jsou poskytovány člověku, živé bytosti a souvisí s tak významnými hodnotami jako je zdraví a zachování života. Dalším z hledisek je fakt, že každý pacient vnímá kvalitu zdravotní péče zprostředkovaně, a sice prostřednictvím kvality služeb, osobních zkušeností a emocí, v závislosti na zdravotním stavu. Jiný význam má v kvalitě zdravotnických služeb odborná práce lékaře, jiný význam má ošetřovatelská práce sestry a komplementární význam mají doplňkové služby (Košta, 2013, s. 41; Kuzníková, 2011, s. 164).

Praktickou variantou vymezení pojmu kvalita zdravotní péče je dle Zachové (2010, s. 146) definice pomocí jejich vlastností, mezi které patří: účinnost, dostupnost, včasnost, bezpečnost, přiměřenost zdravotnímu stavu, soustavnost, návaznost, přijatelnost pro pacienty, efektivnost atd. . Jde o symbiózu tří složek, které se na kvalitě podílejí, a to o strukturu (souhrn zdrojů, podmínek a kooperace péče), proces (diagnostické a léčebné postupy, jednání zdravotníků), výstupy a výsledky péče (Holmerová, 2014, s. 107; Kožený, 2010, s. 135-136).

1.1 Historie kvality a bezpečí zdravotní péče

Za zakladatele modelů kvality zdravotní péče je považován Ernest Codman. Byl nejen průkopníkem v oblasti veřejného zdraví, ale zajímal se především o kvalitu poskytované zdravotní péče v nemocnicích a také předsedal výboru pro normalizaci nemocnic. Již na začátku minulého století pomohl v USA založit Americký svaz chirurgů (ACS), který rozvinul základní standardy pro nemocnice a do dnešní doby svaz vede národní a mezinárodní iniciativy ke zlepšení kvality ve zdravotnictví (Mullner, 2009, s. 180-181).

Z iniciativy American College of Surgeons vznikla v roce 1951 první Společná komise pro akreditaci nemocnic, jež začala vytvářet standardy a publikovat je. V roce 1976 vydala svůj první akreditační manuál. V roce 1987 se tato společnost formálně přeměnila na dnešní Společnou komisi pro akreditaci zdravotnických zařízení (JCAHO), postupem času svoji činnost rozšířila z nemocnic i na jiná zdravotnická zařízení v USA. Vzhledem ke stále narůstajícímu zájmu světové odborné veřejnosti o akreditační standardy pak organizace v roce 1998 reagovala vytvořením dceřiné společnosti s názvem Spojená mezinárodní komise (JCI). Tato nezávislá nezisková organizace spolupracuje s různými zdravotnickými organizacemi ve více než 100 zemích. Jejím cílem je zlepšení kvality zdravotní péče, dosažení bezpečnosti pacientů a úspěchu při akreditaci v mezinárodním společenství. Zdravotnickým organizacím a jejich zaměstnancům nabízí nástroje a zdroje v podobě vzdělání, publikací, poradenství a mezinárodní akreditaci a certifikaci. Více než polovina současných akreditačních standardů publikovaných touto komisí se přímo nebo nepřímo dotýká bezpečí pacientů. Od roku 1998 působí i v České republice (JCI, 2018; Válková, 2015, s. 13-14; Townsend, 2016, s. 9).

Tomuto směru také napomáhá od roku 1985 členská, nezisková organizace a společenství s názvem Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Věnuje se oblasti rozvoje kvality a bezpečnosti zdravotní péče za pomoci vzdělávání, sdílení znalostí, externího hodnocení a podpory celosvětových zdravotnických systémů. Propojuje lidi s podobnými názory prostřednictvím sítí zdravotní péče ve více než 70 zemích po celém světě. ISQua vyvinula standardy pro vedení programů akreditace ALPHA. Jsou pojaty tak, aby zohledňovaly principy významných systémů, jako jsou ISO, Balrigeova kritéria výkonové dokonalosti a kritéria organizační dokonalosti (Plevová, 2012, s. 229; Sollecito, 2011, s. 285).

Mezinárodní akreditační principy, definované ISQuA a WHO, stanovují plnění následujících požadavků, zahrnující tři pohledy na kvalitu:

- **Kvalita z pohledu pacienta** (zaměření na pacienta, respektování jeho práv)
- **Odborná kvalita poskytovaných služeb** (odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování)
- **Kvalita řízení managementu** (optimální využívání zdrojů, řízení rizik, proces jasného řízení v organizaci, zahrnutí všech činností do strategického plánování, kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu (Šupšáková, 2017, s. 33).

Již od svého vzniku se koordinační autorita v mezinárodním veřejném zdraví – Světová zdravotnická organizace – mimo jiné intenzivně zabývá problematikou bezpečnosti poskytované zdravotní péče. Od roku 2004 pod její záštitou začala fungovat „World Alliance for Patient Safety" (Světová aliance pro bezpečnost pacientů), která zastřešuje dílčí aktivity v jednotlivých členských státech a snaží se získat pro projekty v oblasti bezpečnosti pacientů podporu oficiálních míst. K jejím hlavním cílům patří šíření informací o možnostech prevence poškození pacientů, vyhlašování programů zahrnující systémové a technické aspekty větší bezpečnosti zdravotní péče a podporující rozvoj politiky bezpečnosti pacientů (WHO, 2018).

Program aliance se zaměřuje na šest základních oblastí:

1. **Globální výzvy bezpečí pacienta** – kampaňovité zaměření na základní problematické okruhy („Clean Care Safety Care");
2. **Pacienti pro bezpečí pacientů** – s cílem zapojit pacienty a pacientské organizace („Patients for Patient Safety");
3. **Taxonomie pro bezpečí pacientů** – vytvoření mezinárodně uznávaných pojmů – standardy nezbytné pro sběr, evidenci a klasifikaci poškozujících událostí;
4. **Výzkum pro bezpečí pacientů** – zlepšení metodologie a nástrojů pro hodnocení původu a rozsahu pochybení ve zdravotní péči;
5. **Řešení pro bezpečí pacientů** – ustanovena WHO spolupracující centra JCAHO, JCA;
6. **Hlásící systém (Reporting and Learning)** – vytvoření nástrojů a doporučených postupů pro systém zaznamenávající nežádoucí události a pochybení (Šteflová, 2011).

Do českého zdravotnictví začala kvalita pomalu vstupovat až po změně politického systému v devadesátých letech minulého století. V roce 1997 vydala Rada Evropy doporučení pro všechny členské státy o implementaci systému hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví na národní úrovni jako standardního nástroje zajišťujícího především kvalitu procesů. Naposledy detailně formulovala požadavky týkající se kvality a bezpečí ve směrnici: Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí v roce 2009. V tomto dokumentu vyzývá k zavedení nebo zlepšení národních strategií členských států v oblasti zvyšování bezpečnosti pacientů prostřednictvím prevence a kontroly všech potencionálně nežádoucích událostí ve všech zdravotnických zařízeních a infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče na všech úrovních (Úřední věstník EU, 2009).

Doporučení k obecným otázkám bezpečnosti pacientů:

- podporovat zavedení a rozvoj vnitrostátních politik a programů;
- posílit účast a informovanost občanů a pacientů;
- zavést a posílit nerepresivní informování o nežádoucích příhodách;
- podporovat vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků;
- zajistit klasifikaci a měření bezpečnosti pacientů prostřednictvím vzájemné spolupráce;
- sdílet znalosti, zkušenosti a osvědčené postupy prostřednictvím vzájemné spolupráce a spolupráce s příslušnými evropskými i mezinárodními subjekty;
- rozvíjet a prosazovat výzkum (Pokorná, 2019, s. 15-17).

V roce 1998 byla v ČR založena Asociací nemocnic ČR a Asociací českých a moravských nemocnic Spojená akreditační komise (SAK). SAK je nezávislá instituce poskytovatelů zdravotní péče, zajišťuje služby v oblasti externího hodnocení kvality zdravotní péče a vydává potřebné publikace pro podporu těchto aktivit. Posuzuje zdravotnická zařízení v celé ČR, nabízí širokou nabídku konzultačních služeb, organizuje odborné konference a vzdělávací akce. Na internetových stránkách SAK lze nalézt veškerou dokumentaci používanou v akreditačním procesu včetně akreditačních standardů a metodiky, aktuálně oznamující vydání nových akreditačních standardů pro ambulantní zdravotnická zařízení, které jsou platné od 1. 4. 2019 (Plevová, 2012, s. 235-236; Šupšáková, 2017, s. 53-54).

V roce 2000 vláda České republiky svým usnesením č. 458/2000 schválila politiku podpory jakosti, souhlasila se zřízením Rady pro jakost, uložila ministrům průběžně aktualizovat národní politiku v souladu s vývojem v Evropské unii a zpracovat projekty podpory jakosti. Na Ministerstvu zdravotnictví vznikla Rada pro kvalitu ve zdravotnictví a Centrum kvality ve zdravotnictví (součástí Státního zdravotního ústavu) (Podstatová, 2007, s. 15).

Ministerstvo zdravotnictví ČR postupně zavádí systémová opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče. V roce 2007 byl vydán dokument „Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví" obsahující strategii cesty ke zvyšování bezpečí pacientů. Jak uvádí Šupšáková (2017, s. 37) dalším z opatření je i vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů pro rok 2010. Jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012, který vedení ministerstva schválilo v březnu téhož roku. Resortní bezpečnostní cíle a Akční plán kvality vycházejí z Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a obsahují konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v podmínkách České republiky včetně finančního pokrytí (MZČR, 2018; Košta, 2013, s. 34-35).

Na základě příkazu ministra zdravotnictví č. 30/2010 zahájila v listopadu 2010 činnost Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče (PSBPKZP). Tato skupina je iniciačním a koordinačním orgánem pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR. Činnost PSBPKZP souvisí výhradně s rozvojem, podporou a komplexním začleněním bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče do konkrétních strategií a programů v oblasti zdraví na celostátní, regionální a místní úrovni, včetně identifikace nejrizikovějších oblastí v návaznosti na Resortní bezpečnostní cíle. Zaměřuje se zejména na oblasti definované v dokumentu Doporučení Rady EU a na doporučení a programy WHO. V říjnu 2017 vznikla nová Pracovní skupina pro bezpečí pacientů a kvalitu zdravotních služeb (PSBPKZS), jejíž složení, působnost a způsob jednání vymezuje Příkaz ministra č. 19/2017 (MZČR, 2018; Plevová, 2012, s. 233).

1.2 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb

O kvalitě nelze jenom hovořit, kvalita se musí systematicky zavádět, sledovat, měřit a vyhodnocovat. Jak uvádí Válková (2015, s. 15), „*Nelze-li něco změřit, lze špatně rozhodnout o tom, zda se určitý proces nebo výstup zlepšuje či zhoršuje.*" Z výsledků musí být učiněny adekvátní závěry, které se znovu zavedou do praxe.

Široce přijatý systém pro hodnocení kvality zdravotní péče je založen na měření indikátorů struktury, postupu a výsledku. První z indikátorů – **struktura** je relativně stabilní, funguje pro zajištění péče a zahrnuje zdroje, vybavení a lidi poskytující zdravotní péči. Strukturální standardy představují především manažerské standardy, které stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, prostředí, vybavení přístroji, nástroje na integraci a komunikaci, informační systémy atd. Vymezují se tím, že určují minimální požadavky pro zajištění zdravotní péče, obvykle jsou nazvány pojmem směrnice a na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou (Malíková, 2011, s. 145).

Proces je metoda, kterou jsou aktivita – postup – činnost provedeny. Dle Mikuly (2012, s. 58) je kvalita procesu definována jako standardní chování, které závisí na stavu vědy a technologie, uznávaných hodnotách a etických principech. Procesuální standardy neboli řídící standardy, stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Mají závazně strukturovaný obsah a zaměřují se na popis činností a výkonů.

Výsledek zahrnuje změny v současném i budoucím zdravotním stavu pacienta a se zdravím spojenou kvalitu jeho života po léčbě, která odráží její efektivitu. Standardy výsledků nebo také monitorovací standardy, stanovují kritéria celkového hodnocení kvality poskytované péče. Zaměřují se na metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzy a hodnocení výsledků, kam patří i nejenom zdraví a délka pobytu v nemocnici, ale i komplikace, nepříznivé události a krátkodobé výsledky zákroků atd. (Jarošová, 2016, s. 26; Mikula, 2008, s. 58-59).

Lze tedy říci, že hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb se nejenom snižuje pravděpodobnost pochybení či nežádoucích účinků, ale zlepšuje se zároveň celkově léčebný efekt. Poskytování správné a kvalitní péče zvyšuje úroveň zdravotní péče a v důsledku toho snižuje náklady na vynaloženou péči. Kromě toho slouží k posílení důvěry veřejnosti

v poskytovatele zdravotních služeb a také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví (Košta, 2013, s. 21-23).

Hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb lze rozdělit do dvou úrovní:

1.2.1 Interní hodnocení

V rámci zajištění kvality a bezpečí je každý poskytovatel zdravotních služeb, jednodenní i lůžkové péče, povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Zákonná opora je přímo ve stěžejním předpisu, a to v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně v §47 odst. 3 b. Systém sebehodnocení neslouží k vystavení certifikátů kvality, ke kontrole kvality a bezpečí jinou institucí než jen pouze poskytovatelem. Základem jsou hodnotící standardy na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí. Účelem je pochopení činnosti organizace, minimalizace rizikových činností a odhalení potenciálních možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Na základě sebehodnocení a získaných výsledků interního auditu pak poskytovatel upraví způsob poskytovaní zdravotní péče (Holmerová, 2014, s. 121-122; MZČR, 2018).

Podrobnosti pro interní systém hodnocení stanoví v aktualizovaném znění Věstník MZČR č. 16/2015, kde jsou vypracovány tzv. „minimální požadavky" pro zavedení tohoto systému, včetně metodického návodu pro sebehodnocení. V první části jsou jednotlivé minimální požadavky specifikovány a rozděleny do tří oblastí, pro:

- **Poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, které zahrnují standardy:** zavedení rezortních bezpečnostních cílů (RBC), řešení neodkladných stavů, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, sledování spokojenosti pacientů, dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče a dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony.
- **Poskytovatele ambulantní péče, které zahrnují standardy:** bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2), zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5), řešení neodkladných stavů, zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků, stanovení zásad správné komunikace s pacientem, ordinační doba a zastupitelnost, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí.

- **Poskytovatele zdravotnické záchranné služby, které zahrnují standardy:** bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti (RBC2), zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (RBC5), dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče a technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů.

Druhá část obsahuje metodické vodítko, které je pouze doporučeným postupem a neuvádí žádný požadavek na frekvenci sebehodnocení, na práci s výstupy sebehodnocení a na validaci a interpretaci jejich výstupů. Stanovuje pouze doporučující požadavky pro hodnotitelský tým, podrobnosti ke sběru a vyhodnocování dat i jejich uchovávání (Bartůněk, 2016, s. 27-29; Věstník MZ ČR č. 16/2015).

1.2.2 Externí hodnocení

Jedná se dobrovolný proces, který vede k získání certifikátu kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Provádí se tedy pouze u těch poskytovatelů, kteří o provedení externího hodnocení požádají osobu k tomuto hodnocení oprávněnou. Zákonný rámec zde opět dává zákon o zdravotních službách v ustanovení § 98 zákona č. 372/2011Sb. a v prováděcím předpisu k uvedenému zákonu – vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče a ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška byla novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb. Ke změnám došlo především v oblasti požadavků na personální zabezpečení procesů hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, konkrétně v příloze č. 2 (MZČR, 2018; STAPRO, 2018).

Právní ustanovení a ukotvení těchto předpisů slouží k zajištění podmínek a požadavků na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí, které budou v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví. Jsou určeny jak pro hodnotitele kvality a bezpečí, tak i pro poskytovatele zdravotních služeb, která je musí splnit, pokud chtějí získat certifikát kvality a bezpečí. Základem pro externí hodnocení jsou hodnotící standardy na vybrané procesy a ukazatele, jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Obecnými cíli tohoto hodnocení jsou: trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb, posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví (EUROCERT, 2018; JCI, 2008, s. 9-10).

Vyhláškou 102/2012 Sb. jsou vymezeny:

- minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí pro jednotlivé druhy a formy zdravotní péče, kterých se týká možnost externího hodnocení;
- ukazatele kvality a bezpečí zdravotních služeb, způsob jejich tvorby a sledování;
- rozsah procesů posuzovaných ve zdravotnickém zařízení a požadavků na ně;
- požadavky na způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí;
- požadavky na personální zabezpečení „pověřovatele".

Jelikož je komplexní problematika kvality a bezpečí včetně certifikátů řešena především v nemocnicích, které dobře zvládly řízení své ekonomiky, jsou ve zmiňované prováděcí vyhlášce v současné době upraveny podmínky pouze pro lůžkovou zdravotní péči. Ministerstvo zdravotnictví ČR předpokládá, že pro další druhy zdravotní péče bude požadavky stanovovat až na základě dosažení určité míry připravenosti těchto poskytovatelů zdravotních služeb (MZČR, 2018).

Externím hodnotitelem kvality a bezpečí může být fyzická nebo právnická osoba, které bylo Ministerstvem zdravotnictví ČR uděleno Oprávnění k hodnocení v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. (seznam osob je na internetových stránkách MZČR zveřejněn). Osoba oprávněná provádět hodnocení je povinna zveřejnit hodnotící standardy a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí na svých internetových stránkách. Hodnocení kvality pak probíhá na základě smlouvy uzavřené mezi poskytovatelem a hodnotitelem. Poskytovatel (kontrolovaná osoba) má zároveň povinnost provádění kontroly kvality a bezpečí oznámit Ministerstvu zdravotnictví ČR. V akreditačním řízení jde o komplexní pohled na kvalitu a bezpečí. Orientuje se na proces, konzistentnost celého zdravotnického zařízení, součinnost mezi zdravotnickými zařízeními, respektování práv pacientů, ochranu zdravotnických dat atd. Poskytovatel, který splní požadovanou úroveň stanovených minimálních hodnotících standardů a ukazatele kvality a bezpečí, včetně požadavků na personální zabezpečení, získá certifikát kvality a bezpečí s platností 3 roky (Kuzníková, 2011, s. 161-162; Šupšáková, 2017, s. 34-36).

1.3 Řízení rizik při poskytování zdravotní péče

Neodmyslitelnou a nedílnou součástí poskytování kvalitní a bezpečné péče a jedním ze základních kamenů moderního managementu je řízení rizik ve zdravotnictví. V českém zdravotnictví existuje řada faktorů, které ohrožují bezpečnost léčebné a ošetřovatelské péče. Rizika se mohou vyskytnout v jakékoliv oblasti zdravotní péče, mohou mít různé příčiny a mívají také různé následky od mírných až po katastrofické. Šamaj (2016, s. 41) považuje v rámci poskytování zdravotní péče za jedny z nejrizikovější chyby zdravotníků. Proto musí být systém nastaven tak, aby chybě jednotlivce bylo zabráněno nějakým dalším opatřením.

Jak uvádí Škrla (2008, s. 14) cílem řízení rizik je nejenom prevence finančních ztrát, ale především snížení možnosti výskytu nežádoucích situací, které by mohly jakýmkoli způsobem poškodit zdraví pacienta či zaměstnance, majetek zdravotnického zařízení nebo jeho pověst. Jedná se o proces skládající se ze čtyř vzájemně provázaných fází: identifikace, ohodnocení, zvládnutí (resp. zmírnění a eliminace) a monitoringu.

Identifikovat rizika lze za pomoci retrospektivního hodnocení a analýzy minulých událostí nebo za podpory proaktivního vyhledáváním možných rizik. Celosvětově je známo přes čtyřicet metod vyhledávání a hodnocení rizik oběma způsoby, ale rozhodující je vždy relevantnost vstupních dat. Proto je nezbytnou součástí identifikování i strukturovaná evidence a klasifikace významných potenciálních rizik (Šupšáková, s. 9-10).

Výsledky identifikace rizik je potřeba **hodnotit**, analyzovat a určit priority jejich řešení. Podle Smejkala (2013, s. 105-106) výše rizika vyplývá z jeho hodnoty, úrovně a zranitelností rizik. Hlavní prioritou se stává určování takových rizikových událostí, na které je třeba reagovat. Hodnocení rizik musí provádět kompetentní osoby s praktickými znalostmi pracovních činností a pracovního prostředí. Pro analýzu nežádoucích událostí z hlediska možných opatření je také významné, zda mohou vzniknout z vnitřních příčin (tzn. kontrolovatelné prvky uvnitř organizace včetně lidí, zařízení a způsobu práce), nebo z vnějších příčin (tzn. nekontrolovatelné prvky mimo organizaci) (Molek, 2011, s. 56-57).

Strategie zvládnutí rizik spočívá ve výběru nejvhodnějšího postupu pro zvládnutí příslušného rizika a ve snižování jeho dopadu nebo pravděpodobnosti jeho výskytu. Existují čtyři zásadní taktiky jejich zvládnutí: vyvarování se rizika (zákaz vybraných rizikových

aktivit a procesů), udržení stávající míry rizika (akceptace), redukce rizika (snížení pravděpodobnosti výskytu nežádoucích událostí) a přenos rizika (snížení velikosti dopadu). Následně je nutné zvolit konkrétní opatření (činnosti, plány, projekty apod.), při jejichž výběru je důležité zvážit jejich efektivitu a zaměřit se na jejich působnost (Smejkal, 2013, s. 171-174; Šamaj, 2016, s. 44-46; Škrla, 2008, 105-106).

Monitoring rizik slouží k jejich podchycení, musí být důsledný a nepřetržitý. Monitorování rizika je zpravidla založeno na operativním sledování daného rizika a na posuzování účinnosti preventivních opatření. Během realizace procesu se mohou objevit další možné rizikové události, které dosud nebyly stanoveny. Každé riziko má ustaveného vlastníka, který vydává včasné varování prostřednictvím systému řízení rizik tím, že odešle manažerovi zprávu o riziku (řádnou nebo mimořádnou), v níž upozorní na hrozbu vzniku rizikové události (Pavlová, 2016, s. 25; Škrla, 2008, s. 106).

Jak uvádí Šupšáková (2017, s. 58) nejpalčivější oblasti poskytování zdravotní péče, kde nejčastěji vznikají pochybení, pokrývají:

1.3.1 Resortní bezpečnostní cíle

Tato systémová opatření vychází z doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů.

Hlavním impulzem pro zavedení Resortních bezpečnostních cílů (RBC, viz. Příloha A, s. 99) byla v roce 2005 mezinárodní iniciativa WHO s názvem „Clean Care is Safer Care" (čistá péče je bezpečnější). Jejím cílem je celosvětově šířit dobrou praxi v oblasti hygieny rukou jako prvního a zásadního kroku k zajištění vysokých standardů v rámci dozoru nad infekcemi a bezpečnosti pacientů. Česká republika se k této iniciativě přihlásila na podnět členů PSBPKZP formou podpisu tzv. Příslibu panem ministrem Leošem Hegrem (MZČR, 2018).

V roce 2010 pak vyhlásilo MZ ČR formou doporučených postupů prvních pět Resortních bezpečnostních cílů (RBC1 až RBC5), které v rámci Akčního plánu kvality a bezpečí zdravotní péče rozšiřuje v roce 2011 o další dva (RBC6 a RBC7). Ty jsou už závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ. Následně těchto sedm Resortních bezpečnostních cílů zavedla do svých vnitřních předpisů v souladu s požadavky akreditačních

norem organizace SAK a od roku 2014 je posuzuje jako samostatné standardy. Od roku 2015 přibývá další, již osmý RBC, a společně se stávají RBC součástí platných legislativních norem ve Věstníku MZ č. 16/2015 (Pavlová, 2016, s. 24; SAK, 2013, s. 17; Šupšáková, 2017, s. 37-38).

Jedním z „markerů" s jehož pomocí lze identifikovat a sledovat účinnosti programu řízení rizik jsou:

1.3.2 Indikátory kvality

V systému řízení kvality se jedná o rozhodující pojem. Indikátor kvalit lze definovat jako přesně specifikovaný a kvantifikovaný parametr, který určuje kvalitu toho kterého procesu nebo služby. To znamená, že kvalita se vyjadřuje řadou měřitelných parametrů – indikátorů, které ukazují míru naplnění kvality na nějaké škále. Mají význam jen při porovnání s něčím např. s určitým, předem stanoveným standardem nebo jinou normou (Malíková, 2011, s. 154).

Indikátory kvality slouží jako užitečný nástroj při prevenci pochybení, je to spolehlivý výstražný systém o to, že v oblasti bezpečí lékařské nebo ošetřovatelské péče není něco v pořádku. Dle Válkové (2015, s. 15-16) nabízí nejenom srovnávání v čase (sledování trendů), ale i srovnání mezi zúčastněnými jednotkami (jednotlivci, oddělení, nemocnice atd.). Podle povahy je lze rozdělit do dvou základních skupin: na poměrové a na strážní indikátory kvality. Poměrové jsou založeny na sběru dat o jevech. Vyskytují se s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry. Strážní se vztahují především na mimořádné události. Mají za úkol identifikovat ojedinělé jevy, jejichž výskyt je nežádoucí událostí. Stejně jako u standardů se mohou týkat struktury, procesu i výstupů.

Jelikož má každé zdravotnické zařízení omezené zdroje a kvalita má mnoho dimenzí, nelze statisticky monitorovat všechny procesy. Proto si své vlastní numerické kontexty každé zdravotnické zařízení stanovuje samo. Za pomoci komise pro kvalitu a bezpečí, ve spolupráci s vedoucími zaměstnanci a často i odbornými garanty jednotlivých sledovaných oblastí si zvolí, které zdravotnické, nezdravotnické a manažerské postupy a výsledky jsou pro něj ke sledování v aktuální době nejdůležitější. Jedná se většinou o indikátory v nejrizikovějších (např. podání léčiv) a v nejdražších oblastech (např. dodržování limitů na léčiva). Základním cílem monitoringu indikátorů kvality je nejenom prevence chyb zdravotníků, ale také snižovaní rizika, jakými jsou třeba pády, nozokomiální nákazy nebo ozáření radioaktivním materiálem. Výběr a nastavení konkrétních indikátorů je jedním ze základních kroků při

zavádění systému kvality. Je rozhodující pro navrhování, vytváření a udržování bezpečného prostředí pro pacienty, personál i návštěvníky (STAPRO, 2018).

V této problematice lze za klíčový považovat projekt Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) s názvem Indikátory kvality zdravotní péče, na kterém Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spojení s Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) spolupracuje. Hlavním cílem projektu je vyvinout, testovat a uveřejnit soubory indikátorů efektivnosti a technické kvality poskytování zdravotní péče na základě definic. Tyto definice mají zaručit jednoznačný výběr indikátorů, metodiku sběru dat a metodiku vyhodnocení tak, by umožnily mezinárodní komparaci mezi státy OECD. Stěžejní publikací OECD v této oblasti vydávanou jednou za dva roky je „Health at a Glance – OECD Indicators", která poskytuje srovnání údajů a prezentuje rozdíly mezi jednotlivými zeměmi (Holmerová, 2014, s. 128; ÚZIS, 2018).

Jedním ze základních indikátorů kvality je:

1.3.3 Sledování nežádoucích (mimořádných) událostí

Dle Bartůňka (2016, s. 31-32) hovoříme o nežádoucí události (NÚ) nebo okolnosti tehdy, když tato příhoda vyústila nebo mohla vyústit v poškození pacienta (tělesné, psychické, socioekonomické), kterému bylo možné se vyhnout, k poškození zdravotnického zařízení nebo jeho zaměstnanců. Mezi základní tři pravidla prevence výše uvedených NÚ patří: vypracování pracovních postupů pro jednotlivé oblasti léčebné a ošetřovatelské péče, sledování rizikových oblastí a vedení záznamu o NÚ, nastavení kontrolních mechanizmů. Sledování a vyhodnocování těchto nežádoucích jevů pak představuje základní retrospektivní formu risk managementu a přímé propojení řízení rizik, kvality a bezpečí péče (Šupšáková, s. 66).

V předchozích letech byl v České republice vybudován v rámci projektu kvality MZ ČR „Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb" Národní systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Do roku 2013 byla správcem systému 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, poté systém převzal ÚZIS. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR je tento systém od roku 2018 zařazen do programu statistického zjišťování ČR. Zpravodajskou povinnost předat data o počtu hlášení nežádoucích událostí do SHNU ukládá všem poskytovatelům zdravotních služeb lůžkové péče Vyhláška č. 373/2017 Sb. (Pokorná, 2019, s. 17-18; ÚZIS, 2018).

Sebrané nežádoucí událostí jsou na základě jednotné metodiky, identifikaci rizik, vypořádání NÚ průběžně statisticky hodnoceny. Podle analýzy dat a jejich zkoumání jsou tvořena jednotná systémová, preventivní a nápravná opatření pro bezpečnou praxi s cílem minimalizovat rizika poškození pacienta. Za pomoci účelné výměny zkušeností, expertních znalostí a anonymizovaného benchmarkingu přímo ovlivňují přístup poskytovatelů ke kvalitě a bezpečí při poskytování zdravotních služeb (ÚZIS, 2018).

V rámci pravidelného hospodářského přehledu vydalo v červenci 2018 OECD doporučení s názvem „Zlepšení systému zdravotní péče v ČR". Jedná se o nejrozsáhlejší analýzu zdravotnictví ČR, která se zaměřuje na dlouhodobou udržitelnost a nákladovou efektivitu českého zdravotnictví v kontextu stárnoucí populace. K hlavním doporučením patří postupná změna úhradových systémů založených na výsledcích péče, posílení pozice praktických lékařů, přesun péče z nemocnic do ambulancí a větší **důraz na informovanost pacienta** a preventivní péči (OECD, 2018).

2 Rádce pacienta

Všechna zmiňovaná opatření, systémy a normy slouží jako základní koncept kvality a bezpečí zdravotní péče založeném na rolích v systému zdravotnictví a na odpovědnosti. Koproducenty zdraví (a jeho potažmo kvality) jsou společně zdravotničtí odborníci, společnost ale i jednotlivci. Veškeré vztahy v tomto systému jsou provázány a zodpovědnost nesou také příjemci služeb neboli samotní pacienti. Především se jedná o oblasti určování potřeby a preferencí, vlastního bezpečí, ale také při nakládání s vlastním zdravím (Hejduková, 2013, s. 91; WHO, 2018).

Potřeba a také zájem populace pacientů o partnerský přístup při poskytování zdravotních služeb, který by měl být ze strany zdravotnických pracovníků podporován, se postupně zvyšuje v souladu se sociokulturními změnami. Aktivní přístup pacientů, jako příjemců péče, se projevuje také v přístupu k hodnocení kvality a bezpečí péče. Vhodným prostředkem aktivního přístupu pacientů je dostatek informací. Nástrojem, který by mohl pacientům usnadnit stát se účinnými partnery zdravotníků při čerpání zdravotních služeb je příručka vydaná Ministerstvem zdravotnictví s názvem „Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta", ve které je relativně velký prostor věnován právě prevenci rizik při poskytování různých druhů a forem zdravotní péče (Zdraví 2020, 2015, s. 5).

Tuto příručku MZČR vydalo v rámci aktivit zaměřených na zvyšování bezpečnosti ve zdravotnictví, které souvisí mimo jiné s výše citovaným doporučením rady EU. Doporučení (2009, C 151/2) uvádí, že by pacienti měli být informováni mimo jiné *„o rizicích v oblasti zdravotní péče, o stávajících opatřeních v oblasti bezpečnosti za účelem snížení počtu pochybení nebo k jejich předcházení, včetně osvědčených postupů, a o právu pacienta na informovaný souhlas s léčbou, aby mu tak byla zjednodušena volba a rozhodování"*. Podle Šupšákové (2017, s. 47) lze považovat v tomto kontextu vydání nové aktualizované verze Rádce pacienta za kladný počin Ministerstva zdravotnictví ČR, naplňující tyto cíle.

2.1 Vydání příručky MZČR „Rádce pacienta"

Základní právo každého pacienta v naší zemi je právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Ministerstvo zdravotnictví ČŘ připravilo společně s předními odborníky pro všechny občany ČR, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky soubor užitečných informací – „Rádce pacienta". Výchozí premisou byl fakt, že jenom dobře informovaný pacient může být dobrým partnerem pro vstřícné a ke komunikaci otevřené zdravotníky.

První vydání této příručky vzniklo v roce 2009 a navazovalo na elektronickou „Knihu bezpečí" vydanou v roce 2008. V roce 2010 MZČR vydalo druhé přepracované vydání této publikace (Plevová, 2012, s. 233). Jak je uvedeno v dokumentu Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, uveřejněná publikace neobsahovala změny, nové postupy a novou terminologii a bylo nutné toto vydání reeditovat. K úpravám došlo především v souvislosti se zákonem č. 372/2011 Sb. a taktéž z důvodu obměny redakční rady. Reedice se zaměřila především na:

- oblasti práv pacientů,
- nahlížení do zdravotnické dokumentace,
- hodnocení kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotních služeb (udělení certifikátu kvality a bezpečí oprávněnou osobou),
- seznam osob oprávněných k hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,
- výběr zdravotní pojišťovny,
- podání stížností,
- registrující lékaře a další (Zdraví 2020, 2015, s. 23).

V roce 2016 tak vyšla zatím poslední třetí verze za odborného dohledu MUDr. Davida Marxe Ph.D., předního českého odborníka na kvalitu ve zdravotnictví, doc. MUDr. Bohumila Seiferta Ph.D., vedoucího Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK, za spolupráce dalších odborníků MUDr. Marka Slabého, Mgr. Mileny Kalvachové, Mgr. Veroniky Stejskalové, Ing. Lenky Zemanové a pacientských organizací z Koalice pro zdraví (Rádce pacienta, 2016).

Publikace má pomoc občanům ČR při řešení nenadálých zdravotních problémů, ulehčit jim orientaci ve zdravotní problematice, přinést rady, jak nejlépe využít strukturu zdravotnických,

sociálních a právních institucí, seznámit je s jejich právy a povinnostmi. Obsahuje řadu užitečných informací a rad v oblasti komunikace se zdravotnickými pracovníky, dále doporučení jak si zvolit lékaře či nemocnici, seznamuje s jejich právy dospělé i dětské pacienty a obsahuje rovněž všechny důležité kontakty (MZČR, 2016).

Tento spis existuje ve dvou formách: jako internetový dokument v českém a anglickém jazyce a v tištěné podobě v českém a anglickém jazyce. Tištěná forma má sloužit zvláště těm lidem, kteří běžně nepoužívají internet a jsou tak znevýhodněni při získávání informací o zdravotní péči, tj. osobám starším, chronicky nemocným, rodinám s dětmi, osobám vázaným na pomoc bližních apod. Příručka jim má umožnit lepší orientaci při kontaktu se zdravotními službami, obeznámit je s jejich právy a povinnostmi v rámci poskytování zdravotních služeb, zlepšit jejich postavení v systému zdravotnické péče, zabránit případným poškozením a především zvýšit bezpečnost pacientů. Do tištěné brožury si může pacient zároveň poznamenávat informace o sobě (např. jaké užívá léky, anamnestické údaje atd.) anebo informace, které obdrží od zdravotníků (MZČR, 2016; Rádce pacienta, 2016).

V novém vydání došlo k aktualizaci zásadních informací, k doplnění nových kapitol, změně a grafické úpravě některých kapitol i celkovému designu brožury. Současná verze je tak obohacena například o údaje, jako je: zřízení institutu ombudsmana, o právech zdravotně znevýhodněných osob, o specifikaci domácí a pečovatelské služby, o dárcovství krve a kostní dřeně, jsou tu předlohy pro vyplňování dotazníků, poznámkové bloky pro pokyny od zdravotníků a pro záznamy pacientů o jejich zdraví, průběhu nemocí a zdravotních omezeních a v neposlední řadě zde každý čtenář najde širokou škálu kontaktů na pacientské organizace, které podporují pacienty se specifickým onemocněním a pomáhají jim při každodenní péči o jejich zdraví (Rádce pacienta, 2016).

Informace o distribuci tištěné verze třetí příručky nejsou oficiálně veřejně dostupné. Ovšem na internetových stránkách společnosti ANZDOC lze dohledat, že příručka vyšla v nákladu 40000ks v českém a 10000ks v anglickém jazyce. Byla rozdělena podle distribučního seznamu do všech fakultních a krajských nemocnic, na zdravotní odbory Krajských úřadů, do vybraných pacientských organizací a na zdravotní pojišťovny (ANZDOC, 2016).

Jelikož hlavním cílem příručky Rádce pacienta je čtenáře informovat tzn. edukovat o systému zdravotnictví, následující kapitola se týká problematiky edukace a edukačních materiálů.

3 Edukace

Výchova neboli edukace, z latinského slova educo, educare, je proces poznávání za účelem získání poznatků, dovedností, návyků a v průběhu času života každého člověka přináší změny v postojích každého jednotlivce, usnadňuje jeho zapojení do společnosti, vytváří podmínky pro jeho spokojený a plnohodnotný život. Průcha (2009, s. 61) definuje pojem edukace jako: „*veškeré situace, při nichž probíhají nějaké edukační procesy, tj. dochází k nějakému druhu učení (záměrného i bezděčného)"*. Nejedná se tedy jenom o školní výuku, ale také rodinnou výchovu dětí, rekvalifikační kurzy pro dospělé, působení zdravotnické osvěty, samostudium apod. (Průcha, 2009, s. 61-65).

V průběhu tohoto **edukačního procesu** by měl člověk – edukant (pacient) podle Slezákové (2017, s. 15) získat nové informace, pochopit je a umět je ve svém životě použít. Měl by si osvojit určité dovednosti v činnosti teoretické (např. rozhodování v problémových situacích), v činnosti praktické (např. aplikace léčebných úkonů) a získat nové návyky. Edukační proces lze dělit do pěti základních fází: získávání informací, posouzení stavu (vzdělávací potřeby a připravenost se učit), plánování, implementace a hodnocení (Mandysová, 2016. s. 16).

Potřeba vzdělávat se, je uskutečňována z mnoha důvodů a k získání různých cílů. Jelikož rozvoj a vývoj společnosti přináší v dnešním technickém světě každý den nové znalosti, impulsy a nové skutečnosti, neomezuje se pouze na dosažení vzdělání a získání povolání. Důležitá je i edukace pro získání kompetence v oblasti společenské a politické, edukace týkající se zdraví, rodinných a lidských vztahů a edukace s cílem dosáhnout sebenaplnění (Mandysová, 2016, s. 7).

Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní.

a) **Základní** (iniciální) – Jedinci nebo skupině lidí jsou předávány nové vědomosti nebo dovednosti, tito nebyli dosud o problematice informováni, setkávají se s nějakou informací poprvé, jsou vedeni ke změně svých hodnot a priorit.
b) **Reedukační** (pokračující, rozvíjející a nápravná) – Jde o takovou edukaci, při které máme možnost navázat na předchozí poznatky a skutečnosti. Prohlubují se a rozvíjejí se vědomosti klienta – edukanta o dané problematice, je zaměřena na zlepšování postojů ke zdraví a provádění člověku prospěšných aktivit.

c) **Komplexní –** Klient se systematicky po etapách vzdělává nejčastěji ve vzdělávacích kurzech, zlepšují se jeho dovednosti ve prospěch udržení a trvalé zlepšení zdraví. Ve zdravotnictví např. kurzy pořádané pro pacienty se stomií (Havelková, 2014, s. 6).

3.1 Edukace ve zdravotnictví

Edukace ve zdravotnictví má své nezastupitelné místo i význam a měla by být součástí komplexní péče o každého pacienta. Podle Havelkové (2015, s. 5) se z pohledu zdravotníka jedná o: *„o mezeru informací, kterou jedinec má, a informací, která je potřebná pro to, aby dokázal zvládnout určité činnosti nebo se sám o sebe postaral"*. Obecně se zaměřuje na zvýšení celkové zdravotní uvědomělosti, popularizaci základních principů fyzické i duševní hygieny, základy zdravé výživy a zdravého životního stylu a na zdravotní prevenci. V praxi pak v konkrétních situacích řeší poskytováním podrobných cílených instrukcí (např. návody na užívání léku, dietní opatření apod.), nebo může být zaměřená směrem k odborné veřejnosti v podobě přednášky, semináře, publikací atd. Prostřednictvím edukace lze přispět k udržení nebo navrácení zdraví, předcházení nemoci a zdravotním komplikacím, zmírňovat jejich dopad a pomoci ke zkvalitnění života. Edukace ve zdravotnictví by měla tedy přispět ke zlepšení kvality života jedince a hraje důležitou roli v rámci prevence primární, sekundární a terciární (Juřeníková, 2010, s. 10 - 11; Sochorová, 2013, s. 10).

3.1.1 Cíle edukace

Cílem každé edukace jsou změny v obsahu vědomostí, dovedností, postojů a názorů každého jedince, účastníka edukačního procesu. Cíle jsou stanovovány v oblasti:

- **kognitivní** (poznávací) – osvojení si vědomostí a rozumových schopností
  Pacient porozuměl a zapamatoval si pojmy, poučky, pravidla, postupy, termíny, zákony, kritéria, je schopen učivo aplikovat, osvojit si jednotlivé kroky, metody pro řešení problémů, zhodnotit efektivnost racionálních opatření a respektovat je a využívat v procesu prevence i uzdravování v době nemoci.
- **psychomotorické** (behaviorální, podněcující jednání) – zaměřují se formování pohybových a pracovních činností
  Jedinec je schopen si na této úrovni osvojit psychomotorické dovednosti na základě pozorování, napodobit danou činnost, vědomě kontrolovat jednotlivé úkony, postupně se zdokonaluje, až dosáhne samostatnosti a činnost provádí automaticky.

- **afektivní** (citové) – získávání názorů, postojů, hodnotová orientace
  Pacient je citlivý na existenci stimulů a zážitků, je ochoten je vnímat, přijímat, reaguje na ně, podrobuje se pravidlům a normám, projevuje aktivitu, vytváří si pozitivní postoj, přizpůsobuje si hodnotný systém dané situaci a potřebě, integruje nové hodnoty do svého žebříčku hodnot (Krátká, 2016, s. 39-40; Špatenková, 2015, s. 119-120).

Efektivní edukace tak může vyvolat pozitivní změny ve sféře poznatků, jejich pochopení ve vzájemných souvislostech, ovlivnění hodnotového systému s následnou změnou chování, popřípadě schopností zvládnout určitou motorickou činnost. Pacient se stává aktivním článkem celého edukačního procesu, rovnocenným partnerem a přijímá zodpovědnost za vlastní rozhodnutí se, vlastní zdraví a důsledky svého chování. Při edukaci chceme, aby pacient převzal veškerou zodpovědnost sám na sebe a aby se dokázal on nebo jeho blízcí o něho po úspěšné edukaci postarat (Havelková, 2014, s. 9; Sochorová, 2013, s. 10).

3.1.2 Edukační prostředí

Jakýkoliv edukační proces probíhá v nějakých konkrétních situacích a za konkrétních podmínek. Existuje obrovská variabilita edukačních prostředí, které se vzájemně odlišují typem zúčastněných subjektů, obsahem a formami edukačních procesů a použitím různých edukačních konstruktů. Typická edukační prostředí se vyskytují v rodinách, ve školách, ve sportovních organizacích, ve vědeckých komunitách, v náboženských společnostech, v etnických společenstvích apod. Ve zdravotnickém zařízení je variabilita dána organizací práce a typem konkrétního pracoviště, skladbou nemocných, vybavením, kategoriemi zdravotnických pracovníků. Neméně důležitá je i atmosféra na pracovišti a dostatek času (Krátká, 2016, s. 34; Průcha, 2014, s. 26).

Jednotlivé typy edukačního prostředí mají vždy specifické parametry a podle Průchy (2014, s. 25-26) je můžeme rozlišit na prostředí makroedukační (vnější) a mikroedukační (vnitřní). Makroedukační prostředí jsou celkové kontexty stavu společnosti a mají pro každou společnost vlastní specifický charakter (politický, ekonomický, demografický, sociální kulturní aj.). Naopak mikroedukační prostředí mají individuální charakter a vytváří podmínky v konkrétních edukačních situacích: fyzikálních (např. osvětlení, dostatkem prostoru, pokojová teplota, větrání, nerušenost, pořádkem a hygiena na pracovišti atd.) a psychosociálních (statické – učební klima, trvalé sociální vztahy a proměnlivé – učební

atmosféra). Mikroprostředí se projevují jako vstupní determinanty konkrétních edukačních procesů (Gurková, 2017, s. 15).

3.1.3 Edukační metody

Vycházíme-li z etymologie slova (řecky met-hodos = „touto cestou"), znamená metoda postup k určitému cíli. Edukační metoda je charakterizována jako uspořádaný promyšlený postup při předávání vědomostí, dovedností a návyků směřujících k dosažení daných výchovně-vzdělávacích cílů. Obecně platí, že ve vzdělávání pacientů neexistuje jediná správná nebo univerzální metoda. Při posuzování jednotlivých edukačních metod je potřeba se s jednotlivými metodami seznámit, zohlednit jejich výhody a nevýhody i jejich charakteristické znaky. Metody edukace se musí přizpůsobit každému pacientovi individuálně, mohou se vzájemně kombinovat a doplňovat (Juřeníková, 2010, s. 37).

V praxi používáme různé členění. Jak uvádí Krátká (2016, s. 29) podle forem působení edukace dělíme metody na metody mluveného slova (přednáška, výklad, diskuze, beseda, konzultace atd.), metody tištěného slova a metody přímé zkušenosti a názorných prostředků (např. nástěnka, videotechnika, demonstrátory, instruktáž).

Metoda tištěného slova se v současnosti hojně využívá právě při edukaci ve zdravotnictví. Ačkoliv je náročnější na přípravu a finance, tak z hlediska podávání informací pacientům je poměrně jednoduchá. Díky této metodě je možné oslovit poměrně velkou cílovou skupinu a velký význam má i pro pacienty s poruchami sluchu. Mezi formy metody tištěného slova patří např. letáky, články, brožury, knihy a můžeme je třídit podle rozličných kritérií (např. obsah, forma, cílová skupina). Jsou vytvářeny tak, aby zdravotnickým pracovníkům ušetřily práci tím, že poskytnou odpovědi na nejčastěji kladené otázky pacientů, shrnou základní informace o onemocnění, jeho léčbě, prevenci, režimových opatřeních apod. (Sochorová, 2013, s. 11-12).

3.1.4 Překážky při edukaci

Faktorů, které ovlivňují u pacientů schopnost učit se, je celá řada a objevují se v různé míře a intenzitě. Mezi ty nejdůležitější patří vývojový stupeň, intelektuální kapacita, etapa onemocnění, životní potřeby, náboženská příslušnost, předcházející zkušenosti, osobnostní charakteristika a kulturně-společenská příslušnost.

- **Věk člověka** – výrazně ovlivňuje jeho způsob učení se novým vědomostem, zručnostem a postojům.
- **Výkonnost** – souvisí se změnami, které s sebou přináší věk. Od třiceti let věku klesá rychlost psychomotorického učení, proto je vhodnější, aby si své vlastní tempo učení pacient zvolil sám.
- **Fyziologický stav** – nemoc a s ní spojená bolest, strach, nejistota, diskomfort, změny způsobené množstvím doprovázejících příznaků onemocnění mimořádně ovlivňují schopnost koncentrace na nové učení.
- **Motivace** – je hybnou silou činností pacienta. Při dělení motivace je vnitřní motivace podstatně silnější a trvalejší, vnější motivace je charakterizována pochvalou a výtkou.
- **Předcházející zkušenosti** – jsou stejně důležité jako všechny vyšší determinanty. Je typické, že nové informace porovnává pacient se svými vlastními zkušenostmi (Mlýnková, 2010, s. 29-30).

Podle Juřeníkové (2010, s. 56-57) jsou překážky při edukaci bránící dosažení stanoveného cíle dvojího charakteru. Jednak edukační bariéry ze strany zdravotníka, kde jeden z největších problémů je nedostatek času na edukaci. Dále sem patří nedostatečná příprava edukanta, nedostatečné edukační vědomosti a dovednosti, nedostatečná multidisciplinární spolupráce zdravotnického týmu, malá motivace zdravotníků. A za druhé edukační bariéry ze strany edukanta, kam patří charakter onemocnění, kognitivní a senzorické deficity, změny psychiky, jazykové bariéry, mentální handicapy, odlišné kulturní zvyky aj. Neblahý vliv má bezesporu i prostředí zdravotnického zařízení, ztráta soukromí a pocit izolace (Malíková, 2011, s. 256).

3.2 Tvorba edukačního materiálu

Zpracování textových informací směřuje k osvojení nových poznatků, k jejich rozšíření a prohloubení, popřípadě k jejich upevnění. Práce s textem vyžaduje od čtenáře, aby danému textu porozuměl, tedy aby ho „dešifroval". To znamená, aby byl schopen vyhledat klíčové informace (pojmy), pochopil vztahy mezi informacemi, uspořádal si informace podle nějakých kritérií a zaujal k nim vlastní stanovisko. Text musí být přizpůsoben cílové populaci, obsahovat dostatečně velká písmena, mít vhodné formátování a rozsah. Práce s textem je na straně příjemce nejvíce podmíněna jazykovým porozuměním, schopností vnímat daný text, zájmem a motivací (Chromý, 2011, s. 71; Špatenková, 2015, s. 128-129).

Některým textům lze porozumět snadno a některé nám činí obtíže. To znamená, že každý text má určitou čtivost. Při tvorbě a přípravě textů pro didaktické účely je tedy třeba vycházet ze skutečnosti, že každý text má určitou obtížnost a je určen určitým adresátům. Kvalitu textových materiálů zajistíme také hodnocením vhodnosti a posouzením srozumitelnosti přenášeného sdělení z hlediska jeho vnímání jedincem. Zároveň by obsahy předávané textem měly splňovat nejenom vlastnosti komunikační (čtivost a srozumitelnost), ale i stimulační (motivační). Text by měl aktivovat poznávací, výkonové a sociální potřeby nejen svým obsahem, ale i uspořádáním a strukturou (Chromý, 2011, 69-70).

3.2.1 Zdravotní gramotnost

Jeden z důležitých nástrojů ovlivňující úspěšnou edukaci a srozumitelnost textových materiálů je zdravotní gramotnost lidí. Ta zahrnuje podle Čeledové (2018, s. 39): „*znalost lidí, jejich motivaci a schopnosti získávat, chápat, hodnotit a využívat informace mající vztah ke zdraví tak, aby byli v každodenním životě schopni se uvážlivě rozhodovat, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví se záměrem udržet a zlepšit kvalitu svého života v jeho průběhu"*. Pokud má pacient převzít zodpovědnost za své zdraví (případně i za zdraví svých blízkých) a stát se partnerem a spolupracovat se zdravotníky potřebuje dostatek znalostí a dovedností (Bendl, 2015, s. 304).

Zdravotní gramotnost se obvykle rozděluje do třech úrovní, a to funkční, interaktivní a kritická. Funkční zdravotní gramotnost spočívá na znalostech lidí a představuje prostou schopnost zacházet se zdravotními a zdravotnickými informacemi. Interaktivní zdravotní gramotnost je orientovaná na schopnost lidí jednat samostatně, předpokládá tedy aktivní přístup občana, který se stává rovnocenným partnerem zdravotníků. A kritická zdravotní gramotnost představuje nejvyšší úroveň, která rozvíjí u jedince schopnosti, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí (Bendl, 2015, s. 304; Čeledová, 2018, s. 39-40).

Bylo zjištěno, že neadekvátní a problematickou zdravotní gramotnost má v České republice 54,1% obyvatel starších 15 let. Vědecká studie využila mezinárodně respektovanou metodu kvantifikace, kdy výsledná škála měla 16 stupňů. Na bázi této stupnice byly definovány tři úrovně zdravotní gramotnosti, a to neadekvátní (0-8 bodů), problematická (9-12 bodů) a dostatečná (13-16 bodů). Jde tedy o problém, který postihuje více než polovinu

obyvatelstva. I když se zdravotní gramotnost váže především na jedince, má svůj dopad i na instituce a organizace, které by lidem měly usnadňovat cestu ke zdraví i orientaci ve zdravotnickém systému (Bártlová, 2018, s. 20-21; Čeledová, 2018, s. 39).

3.2.2 Srozumitelnost a čtivost edukačních materiálů

Dalšíma z faktorů ovlivňující kvalitu edukačního materiálu je jeho čtivost. Zhodnocení stupně obtížnosti textu pro čtení (*readability*) je chápána jako stupeň obtížnosti textu z pohledu čtenáře. Nejčastěji bývá kvantifikována pomocí určitých prvků jazykové struktury textu, jako je například délka věty ve slovech, délka slov ve slabikách nebo počet rozdílných slov v textu. Souvislost délky vět se srozumitelností je do značné míry určena tím, že při porozumění textu zapojujeme obsahově omezenou pracovní paměť. Snadněji čitelný je tedy text s kratšími větami a kratšími slovy. Ukazatel obtížnosti textu umožňuje posoudit, zda texty odpovídají svojí jazykovou náročností věku čtenáře, jemuž jsou určeny (Mandysová, 2016, s. 47; Šlerka, 2010, s. 34).

Každý text, který je předkládán pacientům, by měl být zhodnocen po stránce srozumitelnosti. Pokud bude pro pacienta edukační materiál nesrozumitelný, nedokáže pravděpodobně poskytované informace adekvátně zpracovat a využít je v praxi. Hodnocení míry srozumitelnosti (míry obtížnosti či čtivosti) textu je možné provádět pomocí analýzy textů, při které jsou pacienti přímo zapojeni do hodnocení míry jejich srozumitelnosti. Další možností je matematická analýza textu, při které není třeba přímé zapojení pacientů. Jak uvádí Chamerová (2012, s. 12) v zahraniční odborné literatuře se vyskytuje přes 40 metod matematické analýzy textu. Tyto vzorce čtivosti jsou běžně využívány při posuzování srozumitelnosti edukačního materiálu pro laickou veřejnost na téma zdraví a nemoci, v ošetřovatelství i v dalších zdravotnických oborech.

Pro hodnocení srozumitelnosti textu v českém jazyce je možno použít Mistríkův vzorec nebo Míru obtížnosti didaktických textů Nestlerové-Průchy-Pluskala. Princip Mistríkova vzorce spočívá v tom, že pro náhodně vybranou část textu vypočítáme průměrnou délku vět ve slovech, průměrnou délku slov v počtu slabik a index opakování slov (představující charakteristiku lexikální variability textu). Následně se vypočítá samotná míra srozumitelnosti. Uvedená metoda je pouze orientační, protože využívá jen omezený počet faktorů a týká se pouze povrchové struktury textu. Druhá metoda hodnocení – míra obtížnosti didaktických textů, je poněkud náročnější. Pracuje jednak se syntaktickou obtížností textu

(průměrná délka vět a větných úseků), ale i s obtížností pojmovou (sémantickou) (Chromý, 2011, s. 70; Mandysová, 2016, s. 55).

Dlouhou dobu se předpokládalo, že tištěné nebo elektronické edukační materiály, slouží jako efektivní způsob sdělování informací o zdraví, že jsou dostačující a srozumitelné. Zahraniční i domácí výzkumy opakovaně zjišťují, že tyto materiály obsahují často lékařskou terminologii a jsou naopak těžko pochopitelné. I když je edukační materiál (leták, brožura) tvořen tak, aby splňoval určitý stupeň obtížnosti, neznamená to, že je také zjišťována schopnost pochopení textu příjemcem. Na druhou stranu, jelikož jsou tyto materiály volně dostupné (čekárny, internetové stránky) pro širokou laickou veřejnost, je tedy nereálné zjišťovat, kdo z nich bude informace čerpat a zda jim rozumí (Mandysová, 2016, s. 47).

II. Výzkumná část

1. Výzkumné otázky

1. Jak velké množství z oslovených pacientů slyšelo o příručce vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky s názvem „Rádce pacienta”?
2. Považují pacienti informace z oblasti zdraví a zdravotní péči za důležité a jakým způsobem tyto informace získávají?
3. Orientují se dotazovaní v systému zdravotnictví a umí přistupovat ke zdravotním službám aktivně?
4. Budou se lišit odpovědi pacientů, kteří příručku neznají, v souvislosti s věkem, pohlavím a vzděláním?

2 Metodika výzkumu

2.1 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou byli pacienti zdravotnických zařízení. Byl proveden kvótní výběr podle pohlaví, věku a vzdělání. Věková kategorie dotazovaných byla členěna do šesti skupin v rozmezí 15-24 let, 25-34 let, 35-44 let, 45-54 let, 55-64 let, 65 a více let. Oblast jejich vzdělání byla rozčleněna na čtyři skupiny: základní, středoškolské bez maturity, středoškolské s maturitou a vysokoškolské. Toto členění bylo vybráno na základě údajů získaných na stránkách Českého statistického úřadu (ČSÚ) z roku 2014 (viz. Příloha B, s. 100). Záměrem bylo, vytvořit takový výběr, který by odpovídal vlastnostem výběru reprezentativnímu.

Sběr dat byl proveden v několika zdravotnických zařízeních/organizacích.
První skupinou 180 respondentů byli pacienti na Kardiochirurgickém oddělení a Hrudním oddělení ve fakultní nemocnici. Zde se nacházeli nemocní indikovaní k plánovaným operacím, pacienti přijati akutně pro specifické obtíže, ale i pacienti po kardiochirurgických a hrudních operacích. Pacienti po hrudních operacích byli na oddělení většinou překládání druhý až čtvrtý den po výkonu z intermediální jednotky a pacienti po kardiochirurgických operácích čtvrtý až šestý den.

Další skupinou respondentů (100) byli pacienti, které navštěvovaly zdravotní sestry ze soukromé agentury domácí péče. Jednalo se o chronicky nemocné klienty, kteří potřebovali rozdílnou zdravotnickou péči, jenž jim mohla být v domácím prostředí poskytnuta.

Poslední skupinou dotazovaných byli pacienti (170), kteří navštívili Ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a Ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Sem přicházeli nemocní s různými zdravotními obtížemi, ale i pacienti k pravidelným preventivním prohlídkám.

Tato zařízení byla vybrána s ohledem na široký výběr respondentů tak, aby vypovídající schopnost získaných dat byla vysoká. Cílem bylo získat dostatečný vzorek pacientů, jenž by současně splňoval požadavek odlišnosti věkových kategorií, včetně vzdělání a různých zdravotních problémů. Nejčastěji se jednalo o respondenty ve věku 65 a více let (21,5 %), celkově však byly věkové skupiny zastoupeny rovnoměrně. Z pohledu pohlaví byli dotazovaní také vyrovnáni, i když zde bylo o něco více žen (51,1%). Pacienti měli nejčastěji střední vzdělání bez maturity (34,3 %) anebo střední vzdělání s maturitou (33,4 %).

2.2 Charakteristika příručky MZČR „Rádce pacienta”

Tato příručka je rozdělena do 9 hlavních/ základních kapitol, má celkem 107 stran, je doplněna motivačními fotografiemi z lékařského prostředí.

V úvodu je část, která vysvětluje základní pojmy, jež mají přiblížit pacientům a případně blízkým členům rodiny věcný obsah jednotlivých termínů použitých v této příručce. S těmito termíny se ovšem může každý občan také setkat v jakémkoli zdravotním zařízení poskytující zdravotní služby. Slovníček pojmů je řazen přehledně abecedně, u některých z nich je pojem doplněn o právní spis a zákon, jenž pojem vymezuje a kodifikuje. Objasňují se zde termíny různých druhů zdravotní péče (akutní, domácí, dlouhodobé, pečovatelské, primární, nemocniční), dále pak pojmy související s poskytovateli zdravotní péče a sociálními službami. Vysvětlují se zde i jednotlivé zkratky.

Následuje těchto 9 kapitol:

1. **Co je vlastně bezpečí pacienta**

V této kapitole je vysvětlen pojem bezpečí pacienta a je zde kladen apel na nutnost pacientovy informovanosti, rozhodování, kontroly a spolupráce při procesu uzdravování, proto je zde vložen i výsledek ze zahraniční studie o 10 % poškozených hospitalizovaných pacientů. Kapitola je současně myšlena jako motivace pro další vyhledávání poznatků v této publikaci.

2. **Desatero o bezpečí pacienta - tento oddíl má podkapitoly:**

- Identifikace – upozornění na nebezpečí záměny pacientů, jak tomu lze předejít, obezřetnost pacientů při sdělování informací o alergiích, užívaných lécích a jejich konzumaci
- Znejte svůj zdravotní stav – pacient by si měl připravit poznámky týkající se historie jeho zdravotního stavu, předcházejících operací, nemoci v rodině atd. Je zde uveden odkaz na možnost záznamu důležitých poznámek přímo v této publikaci na str. 24.
- Upozorňujte, kdykoli je třeba – pacient by měl aktivně upozorňovat personál na svá zdravotní omezení
- Dodržujte pravidla hry – pravidla bývají vyvěšena na odděleních, jsou to provozní, vnitřní a domácí řády, pacient při příjmu podepisuje souhlas s dodržováním norem, předpisů
- Ptejte se – pacient má právo na získání srozumitelné informace

- Vzdělávejte se – pacient může sám vyhledávat relevantní informace související s jeho zdravotním stavem
- Hygiena – komplikaci nebezpečí nemocniční nákazy lze předcházet osobní hygienou i dodržování hygienických pravidel zdravotnického personálu, příkaz odhazování infekčního materiálu do speciálních nádob
- Dělejte si poznámky – je třeba zaznamenat si pokyny ošetřujícího personálu, připravené formuláře v této knize na str. 28-30
- Vezměte s sebou doprovod – doprovázet pacienta může blízká osobami při všech výkonech, kromě těch, kde by mohlo nastat ohrožení jejího zdraví
- Nebojte se – lékař by měl vědět všechny skutečnosti týkající se pacientova zdraví

3. Na co máte právo?

Do této kapitoly je vložen etický kodex práv pacientů, vycházející z konkrétních zákonů, které jsou zde jmenovány. Konkrétně právo:

- Zvolit si poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického zařízení) a právo na výběr dopravní služby
- Na informace o svém zdravotním stavu – zde zaznamenána i možnost právo určit osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu pacienta i telefonicky prostřednictvím hesla či kódu. Zdravotničtí pracovníci jsou ze zákona vázáni mlčenlivostí – uveden zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování.
- Zakázat poskytování informací o vašem zdravotním stavu komukoli
- Vyslovení souhlasu poskytnutím zdravotních služeb – bez souhlasu pouze léčení v rámci ochrany obyvatelstva
- Odmítnout léčbu – výjimky při těžkých stavech s poruchou vědomí
- Zdravotnická dokumentace – zde podány informace o funkcích dokumentace
- Nahlížet do své zdravotnické dokumentace – na tomto místě uvedena možnost požádat o výpis nebo kopii dokumentace s lhůtou 30 dnů, přístup k dokumentaci osoby pacientem určené nebo osoby, které k tomu zmocňuje zákon
- Vybrat si zdravotní pojišťovnu – pacient může změnit pojišťovnu 2x během roku: k 1. lednu, k 1. červenci, mezi přestupy musí být dodržen dvanáctiměsíční interval
- Změnit lékaře – pacient může tak učinit jednou za 3 měsíce

- Na poskytování zdravotní služby bez úhrady – poskytovatel zdravotní služby musí mít se zdravotní pojišťovnou uzavřenou smlouvu. V této části je dále popsáno, co je ze zákona povinen poskytovatel zdravotní služby
- Pacientský ombudsman – zařazeno do tohoto vydání nově. Na této stránce je popsána role ombudsmanů na všech úrovních ve zdravotnictví
- Podat stížnost – zde se pacienti dozvědí, kterým institucím mohou podat stížnost na zdravotní péči
- Právo na druhý názor – myšleno jako mínění dalšího lékaře, fyzioterapeuta, psychologa, zdravotní sestry
- Na co máte právo jako osoba se zdravotním postižením – tato část je věnována pacientům s handicapem (např. nevidomým, neslyšícím, nesvéprávným, nezletilým)
- Povinná mlčenlivost zdravotníků

4. Váš registrující lékař

Tato kapitola podrobně popisuje, jaké důležité informace je nutné lékaři sdělit, co by měl registrující o pacientovi vědět, včetně formulářů, které si mohou občané vyplnit, náležitosti k registraci, doporučení při vyhledávání odborného lékaře.

5. Vaše nemocnice

Důležitou poznámkou v této kapitole je právo každého pacienta si zvolit nemocnici, kde bude hospitalizován. Dále jsou v tomto oddíle rozebrány informace o certifikátech kvality zdravotnických zařízení, rady pro pacienty, co si vzít či raději nevzít do nemocnice, jak probíhá příjem do nemocnice, o čem je třeba zdravotníky informovat, způsoby ubytování. Zvláště významná stať je věnována příjmu dítěte do nemocnice, jeho právům a právům zákonných zástupců. Další části popisují průběh hospitalizace, zabývají se souhlasem s operačním výkonem, autotransfuzi, anestezii, pravidly pro užívání léků, nemocniční stravou, seznámením se složením zdravotních týmů, hovoří o pohybovém režimu a s tím souvisejícímu nebezpečí pádů, hygieně a hrozbě infekcí, postupech při propuštění pacienta do domácí léčby, lékárenské službě, zdravotnické informační službě, o domácí péči a na závěr jsou uvedena pravidla pro využití pečovatelské služby.

6. Důležité informace

Tento oddíl má části věnující se: zdravotnické a záchranné službě, zásadám první pomoci, preventivním prohlídkám, screeningovým programům, novorozeneckým screeningům, očkování, sledování spokojenosti pacientů, resortním bezpečnostním cílům, národnímu antibiotickému programu, dárcovství krve, darování orgánů a dárcovství kostní dřeně, ale seznamuje i se sdružením pacientů a se zdroji financování českého zdravotnictví.

7. Péče v posledním stadiu života

Tato kapitola charakterizuje typy zdravotně – sociálních služeb u pacientů nezvratně nemocných a současně pomáhá rodinným příslušníkům v orientaci v sociálních a právních úkonech v době po úmrtí blízké osoby, tj. vystavení „Listu o prohlídce zemřelého" lékařem, organizaci pohřbu, variantech pohřbení, nároku na jednorázovou dávku pohřebného apod.

8. Důležité kontakty

Zde jsou zaznamenány emailové kontakty sestupně podle pravomocí od kontaktů na MZ ČR a jeho jednotlivých složek, přes územní záchranné složky jednotlivých krajů, krajské úřady jednotlivých krajů ČR, krajské hygienické stanice k dalším subjektům, poskytujícím informace o kvalitě a bezpečí zdravotních služeb, seznamu kontaktů emailových i telefonních na zdravotní pojišťovny, profesní lékařské a sesterské organizace, komory a nově také emailové adresy telefonní čísla na množství nejrůznějších pacientských organizací, sdružení a nadací.

9. Přílohy

Legislativní podklad pro zdravotnické služby v poslední stati obsahuje přehled platných zákonů a vyhlášek s odkazem i na internetové stránky MZ ČR, kde jsou také k dispozici. Nakonec tu ještě občané najdou vzor informovaného souhlasu pacienta s hospitalizací a prohlášení spojené s hospitalizací (Rádce pacienta, 2016).

2.3 Metodika sběru dat

2.3.1 Výzkumný nástroj

Sběr dat byl proveden kvantitativní metodou, formou nestandardizovaného dotazníku (viz. Příloha C, s. 101) jenž byl vytvořen za účelem zpracování diplomové práce a obsahoval otázky fakultativní. Jedná se velmi často využívanou metodu pro její jednoduchost, anonymnost, možnost hromadného zpracování dat a nenáročnost po stránce organizační a finanční. Nespornou nevýhodou je však nízká návratnost dotazníků, která může ovlivnit výsledky šetření (Disman, 2011, s. 140-145). Eliminace tohoto rizika byla zajištěna několika prostředky: osobní distribucí, vizuální úpravou, optimální délkou a strukturou dotazníku.

Sběr dat probíhal se souhlasem všech uvedených pracovišť. Vlastnímu výzkumu předcházela pilotáž u 15 respondentů, která byla provedena v měsíci červnu 2017. Jejím cílem bylo ověření srozumitelnosti otázek. Konstrukce dotazníků byla pro respondenty jasná, avšak některé výrazy pro ně byly hůře pochopitelné, zřejmě pro využití specifických lékařských termínů, jimž dobře nerozuměli. Dotazník byl tedy mírně poupraven a vybrané otázky přeformulovány a doplněny (např. výraz zdravotnický nelékařský pracovník změněn na výraz sestra atd.). Dotazníky z pilotní sondáže do výzkumného šetření zařazeny nebyly.

Finální verze dotazníku obsahovala úvodní otázku, která rozdělila respondenty do dvou základních skupin, podle nichž vyplňovali buďto přílohu A, nebo přílohu B. Byli nasměrováni k dalším odpovědím podle toho, zda slyšeli nebo neslyšeli o příručce „Rádce pacienta". Obě další části se skládaly celkem ze 17 otázek, z nichž 3 otázky byly identifikační, sloužící ke stratifikaci pacientů podle pohlaví, věku a vzdělání. Dotazník dále zahrnoval otázky polouzavřené, uzavřené dichotomické, uzavřené polytomické výběrové, uzavřené polytomické výčtové a uzavřené stupnicové komparativní, zaměřené na danou problematiku.

Anonymita, dobrovolnost a ochrana osobních údajů byla základním kritériem výzkumu. Jak uvádí Walker (2012, s. 56-57), když mají respondenti záruku ochrany soukromí, mnohem raději se průzkumu zúčastní a většinou získáme pravdivější informace. Vyplňování dotazníků bylo zcela dobrovolné. Každý pacient byl na tuto skutečnost upozorněn nejen písemně v úvodu dotazníku, ale i osobně, při oslovení a seznamování s výzkumem. Anonymita byla zajištěna odevzdáváním dotazníků do neoznačených zalepených obálek. V případě sběru dat ve fakultní nemocnici a v ambulancích měli navíc pacienti možnost vhazovat dotazníky do

uzavřených krabicových uren. Souhlas se sběrem dat a zpracováním údajů poskytli pacienti samotným vyplněním dotazníku, jak bylo uvedeno v pokynech v úvodu dotazníku.

2.3.2 Sběr dat ve fakultní nemocnici

Sběr dat byl započat na dvou pooperačních odděleních ve fakultní nemocnici a probíhal v červenci 2017. Jednotliví pacienti byli osloveni na oddělení ve svém pokoji a byl jim osobně vysvětlený účel a záměr celého šetření. Pokud to požadovali, byly jim ještě řádně objasněny jednotlivé otázky i postup vyplňování. Vyplněný dotazník pak vhazovali v zalepených nepopsaných obálkách do připravených krabicových uren na denní místnosti na odděleních. Pokud se výzkumného šetření zúčastnit nechtěli, odmítli přímo při oslovení nebo měli možnost vhodit do připravené urny dotazník nevyplněný. Z celkového počtu oslovených pacientů se odmítlo dotazníky zabývat 13 žen a 47 mužů. Rozdáno bylo celkem 180 dotazníků k vyplnění, z nichž 14 dotazníků se nevrátilo a 29 jich bylo vyřazeno pro jejich nekompletní nebo nepřesné vyplnění.

2.3.3 Sběr dat v agentuře domácí péče

V srpnu 2017 následoval sběr dat u pacientů, kterým poskytuje zdravotní službu soukromá agentura domácí péče. Všem osloveným respondentům byl rovněž vysvětlený účel a záměr celého šetření a byly jim řádně objasněny jednotlivé otázky i postup vyplňování. Žádný z těchto pacientů se šetření neodmítl zúčastnit, celkem bylo rozdáno 100 dotazníků se 100% návratností. Ovšem 19 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné a chybné zpracování. Vyplněné dotazníky odevzdávali klienti v neoznačených zalepených obálkách.

2.3.4 Sběr dat v ambulantní sféře

Pro sběr dat v ambulantním provozu byla vybrána dvě zařízení a to: ordinace praktického lékaře pro děti a dorost a ordinace praktického lékaře pro dospělé. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost byly osloveny jen osoby starší 18 let. S oslovených respondentů jich bylo ochotno vyplnit dotazník 170 a dotazníky ukládali do zalepených, nepospaných obálek a vhazovali do krabicových uren v čekárnách v ordinacích lékařů. 18 mužů a 6 žen jich účast na šetření odmítlo a 18 dotazníků bylo pro nekompletní a neúplné vyplnění vyřazeno. Opět byli všichni pacienti před začátkem dotazování seznámeni s účelem a záměrem šetření a byly jim vysvětleny jednotlivé otázky a postup vyplňování.

Pro výzkumné šetření bylo připraveno celkem 450 dotazníků. 14 dotazníků se nevrátilo, návratnost tedy činila 96,9 %. Riziko nízké návratnosti u výzkumného šetření bylo především eliminováno osobní distribucí dotazníků. Pro nekompletní a chybné vyplnění bylo vyřazeno 69 dotazníků (15,3%). Hlavní příčinou vyloučení dotazníků (93%) bylo zaškrtnutí více variant odpovědí, než bylo požadováno v zadání. Do výzkumu bylo tedy zařazeno celkem 367 plně a řádně vyplněných dotazníků.

2.4 Metodika analýzy dat

Po ukončení výzkumného šetření byla statistická data ze správně a úplně vyplněných dotazníků upravena a zanesena do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2013 a dále zpracována v programu Statistica 12 a SPSS Statistics. Data byla zpracována deskriptivní statistikou do tabulek. Následně pro lepší přehlednost a názornost byly použity sloupcové grafy a výsečové grafy, které jsem doplnila komentářem.

Úvodní otázka dotazníkového šetření rozdělila 367 respondentů do dvou skupin, podle toho, zda slyšeli nebo neslyšeli o příručce „Rádce pacienta". Z tohoto počtu 362 dotázaných (98,6 %) o příručce Ministerstva zdravotnictví České republiky s názvem „Rádce pacienta" nikdy neslyšelo, viz tabulka 1. Následující otázky se budou týkat právě těchto respondentů, tzn. těch, kteří o dané příručce neslyšeli.

Prezentace výsledků je pro lepší přehlednost rozdělena do pěti oblastí, na které se dotazníkové šetření zaměřovalo. Patří sem základní informace o respondentech, zájem respondentů o zdravotnické informace, hodnocení kvality péče, informovanost o systému zdravotnictví a doplňující informace. Během analýzy výsledků byly hypotézy děleny do skupin podle předem stanovených proměnných a to: věk, pohlaví a dosažené vzdělání.

Tabulka 1 - Rozdělení respondentů podle toho, zda slyšeli o příručce MZČR s názvem „Rádce pacienta"

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano	5	1,4
Ne	362	98,6
Celkem	367	100

2.4.1 Stanovení hypotéz

Před vlastním vyhodnocením dotazníku jsem si stanovila několik hypotéz, které jsem chtěla na základě dat z dotazníku ověřit. V hypotézách jsem se zaměřila na pět proměnných, u kterých jsem sledovala souvislosti s věkem, pohlavím a vzděláním. Dané proměnné lze vidět v tabulce 2.

Tabulka 2 - Přehled proměnných použitých do hypotéz

Číslo	Otázka
Ot. 2	Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité?
Ot. 5	Kterou formu (metodu) byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferovali?
Ot. 6	Uvítali byste možnost si přečíst příručku (kde jsou všechny důležité informace přehledně zpracované) při návštěvě zdravotnického zařízení?
Ot. 10	Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný?
Ot. 11	Domníváte se, že pokud nejste s péči svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit?

Jelikož jsou věkové kategorie i sledované proměnné všechny kvalitativního typu, pro ověření existující závislosti mezi nimi jsem použila X2 test nezávislosti v kontingenční tabulce. Pro potřeby tohoto testu byly sloučeny kategorie věku z 6 na 3 kategorie a to 15–34 let, 35–54 let a 55 a více let.

X2 test nezávislosti v kontingenční tabulce

Kontingenční tabulka vzniká v případě, když jednotky souboru třídíme podle dvou kvalitativních znaků, např. znaku A, který může nabývat r variant a znak B, který lze rozdělit na s variant. Četnosti uvnitř tabulky můžeme označit nij. První index označuje i-tou variantu znaku A, druhý index j-tou variantu znaku B. Okrajové neboli marginální četnosti označujeme pouze jedním indexem, druhý je nahrazen tečkou.

Test, který používáme k ověření nezávislosti vztahů proměnných v kontingenční tabulce, porovnává získané (empirické) četnosti a teoretické četnosti, které by měly nastat v případě nezávislosti sledovaných znaků. Tyto četnosti můžeme označit jako n'_{ij}. Jejich výpočet je:

$$n'_{ij} = \frac{n_{i.} n_{.j}}{n}$$

Odchylky od nezávislosti jednotlivých polí kontingenční tabulky sleduje Pearsonova statistika *G*:

$$G = \sum_{i=1}^{r}\sum_{j=1}^{s}\frac{(n_{ij}-n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Tato statistika testuje hypotézu:

H_0: Znaky v kontingenční tabulce jsou nezávislé

H_a: Non H_0, neboli znaky jsou závislé

Testovaná statistika G má při platnosti nulové hypotézy X^2 rozdělení se stupni volnosti v=(r-1)*(s-1). Pro test volíme opět obvyklou hladinu významnosti α = 0,05.

Pro zajištění přijatelné aproximace rozdělení uvedených statistik při určitém počtu polí v kontingenční tabulce se zpravidla vyžaduje takový rozsah výběru *n*, aby očekávané četnosti dosahovaly hodnoty alespoň 5. Po častých praktických potížích, a častém ověřování, se doporučuje, aby počet polí, kde očekávané četnosti jsou nižší než 5, bylo maximálně 20 % (Sedlačík, 2016, s. 254-255).

3 Výsledky

Ve sledovaném vzorku bylo celkem 362 pacientů (tabulka 3), z toho 185 žen a 177 mužů. Ve věkové kategorii 15-24letých bylo celkem 43 pacientů, ve věkové kategorii 25-34letých vyplnilo dotazník celkem 58 pacientů, ve věkové kategorii 35-44letých bylo celkem 71 pacientů, ve věkové kategorii 45-54letých odpovídalo celkem 56 pacientů, ve věkové kategorii 55-64letých bylo celkem 56 pacientů a ve věkové kategorii 65let a více vyplnilo dotazník celkem 78 pacientů.

Tabulka 3 - Sledovaný vzorek respondentů

Věk	Neslyšeli o příručce		Celkem
	Ženy	Muži	
15-24 let	21	22	43
25-34 let	28	30	58
35-44 let	35	36	71
45-54 let	27	29	56
55-64 let	28	28	56
65a více let	46	32	78
Celkem	185	177	362

3.1 Základní informace o respondentech

Otázka č. 14 zjišťovala věkové rozdělení respondentů, které můžeme vidět v tabulce 4. Z tabulky je patrné, že nejčastěji se jednalo o respondenty ve věku 65 a více let (78 odpovědí; 21,5 %), druhou nejčastější skupinou byli respondenti ve věku 35 až 44 let (71 odpovědí; 19,6 %). Celkově jsou však věkové skupiny zastoupeny rovnoměrně.

Tabulka 4 - Věk respondentů

Věk	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
15 - 24	43	11,9
25 - 34	58	16,0
35 - 44	71	19,6
45 - 54	56	15,5
55 - 64	56	15,5
65 a více	78	21,5
Celkem	362	100

Z pohledu pohlaví byli respondenti také vyrovnaní, i když zde bylo o něco více žen 185 (51,1%), viz tabulka 5.

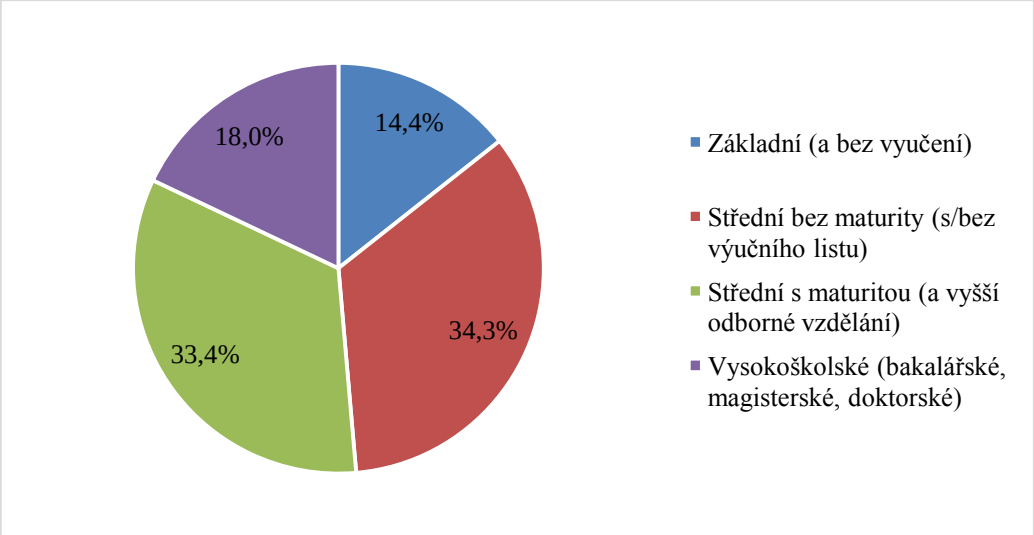
Tabulka 5 - Pohlaví respondentů

Pohlaví	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Žena	185	51,1
Muž	177	48,9
Celkem	362	100

Další otázka (otázka č. 15) ze základního přehledu informací o respondentovi se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání. Z tabulky 6 a z obrázku 1 je patrné, že respondenti měli nejčastěji střední vzdělání bez maturity (124 odpovědí; 34,3 %) anebo střední vzdělání s maturitou (121 odpovědí; 33,4 %).

Tabulka 6 - Vzdělání respondentů

Vzdělání	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Základní (a bez vyučení)	52	14,4
Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	124	34,3
Střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání)	121	33,4
Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorské)	65	18
Celkem	362	100



Obrázek 1 - Vzdělání respondentů

3.2 Zájem respondentů o zdravotnické informace

Následující otázky sledovaly zájem pacientů o zdravotnické informace. První z těchto otázek (otázka č. 1) zjišťovala, jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem respondenti vyhledávají. Z tabulky 7 (absolutní četnosti), resp. tabulky 8 (relativní četnosti) je patrné, že respondenti nejčastěji vyhledávají informace o nemocech (příznaky, léčba atd.). 133 respondentů (36,7 %) tuto informaci hledá nejčastěji. Dalšími často vyhledávanými informacemi jsou informace o zdravotnických zařízeních, tyto údaje nejčastěji shání 59 respondentů (16,3 %). Nejméně jsou vyhledávaná sdělení o legislativě (ve zdravotnictví). Vůbec tyto informace nehledá 228 respondentů (63,0 %), další nejméně vyhledávané informace jsou poučení o zdravotním pojištění, vůbec tyto informace nevyhledává 140 respondentů (38,7 %).

Tabulka 7 - Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem vyhledáváte? (Absolutní četnost)

	1 - vůbec	2	3	4	5 - nejčastěji	Celkem
Informace o zdravotnických zařízeních	71	62	98	72	59	362
Informace o prevenci a očkování	83	69	89	71	50	362
Informace o nemocech (příznaky, léčba, atd.)	32	26	86	85	133	362
Informace o zdravotním pojištění	140	88	72	31	31	362
Informace o legislativě (ve zdravotnictví)	228	68	34	18	14	362

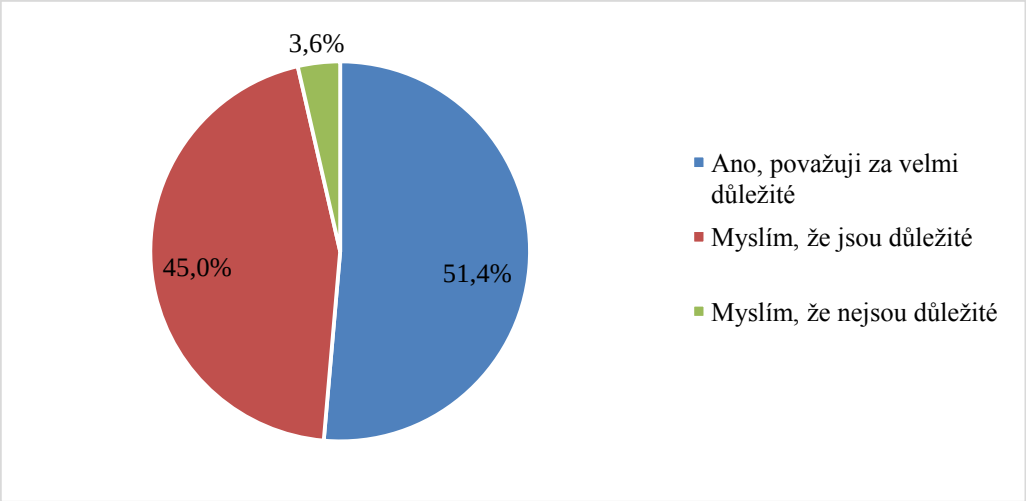
Tabulka 8 - Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem vyhledáváte? (Relativní četnost)

	1 - vůbec	2	3	4	5 - nejčastěji	Celkem	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu
Informace o zdravotnických zařízeních	19,6%	17,1%	27,1%	19,9%	16,3%	100,0%	3,0	3	3	98
Informace o prevenci a očkování	22,9%	19,1%	24,6%	19,6%	13,8%	100,0%	2,8	3	3	89
Informace o nemocech (příznaky, léčba, atd.)	8,8%	7,2%	23,8%	23,5%	36,7%	100,0%	3,7	4	5	133
Informace o zdravotním pojištění	38,7%	24,3%	19,9%	8,6%	8,6%	100,0%	2,2	2	1	140
Informace o legislativě (ve zdravotnictví)	63,0%	18,8%	9,4%	5,0%	3,9%	100,0%	1,7	1	1	228

Otázka č. 2 se zajímala, zda respondenti považují informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité. Z tabulky 9 a z obrázku 2 můžeme vidět, že 51,4 % dotazovaných (186 odpovědí) je považují za velmi důležité, dalších 45,0 % (163 odpovědí) si myslí, že jsou důležité. Pouze 3,6 % pacientů (13 odpovědí) je považuje za nedůležité. Variantu d) Považuji, je za naprosto zbytečné, nikdo z respondentů nezvolil.

Tabulka 9 – Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano, považuji za velmi důležité	186	51,4
Myslím, že jsou důležité	163	45,0
Myslím, že nejsou důležité	13	3,6
Celkem	362	100



Obrázek 2 - Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité? (Relativní četnost)

3.2.1 Hypotéza 1 – Zájem o informace z oblasti zdraví podle věku

První hypotéza sledovala, zda zájem pacientů o informace z oblasti zdraví a zdravotní péče záležel na věku pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H1_0$: Hodnocení důležitosti informací z oblastní zdraví a zdravotní péče nesouvisí s věkem pacientů

$H1_a$: Hodnocení důležitosti informací z oblastní zdraví a zdravotní péče souvisí s věkem pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 10. Na základě provedeného testu (G=3,253; p-hodnota=0,516), kdy p-hodnota byla vyšší než zvolená α = 5 %, testovanou

hypotézu $H1_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se prokázat, že by hodnocení důležitosti informací z oblasti zdraví a zdravotní péče souviselo s věkem pacientů.

Tabulka 10 - Zájem pacientů o informace podle věku

		Věkové skupiny (n_i)			Celkem
		15–34 let	35–54 let	55 a více let	
Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité?	Ano, považuji za velmi důležité	55	64	67	186
	Myslím, že jsou důležité	42	61	60	163
	Myslím, že nejsou důležité	4	2	7	13
Celkem		101	127	134	362

3.2.2 Hypotéza 2 – Zájem o informace z oblasti zdraví podle pohlaví

Druhá hypotéza zjišťovala, zda zájem pacientů o informace z oblasti zdraví a zdravotní péče záležel na pohlaví pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H2_0$: Hodnocení důležitosti informací z oblastní zdraví a zdravotní péče nesouvisí s pohlavím pacientů

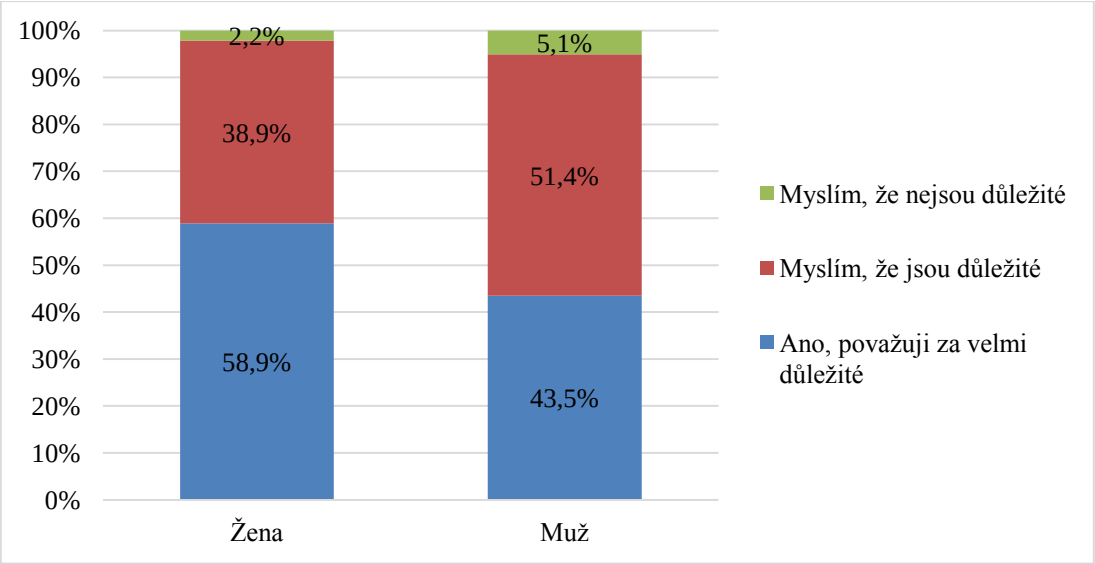
$H2_a$: Hodnocení důležitosti informací z oblastní zdraví a zdravotní péče souvisí s pohlavím pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 11. Na základě provedeného testu (G=9,471; p-hodnota=0,009), kdy p-hodnota je nižší než zvolená $\alpha = 5$ %, testovanou hypotézu $H2_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že hodnocení důležitosti informací z oblasti zdraví a zdravotní péče souviselo s pohlavím respondentů.

Tabulka 11 - Zájem pacientů o informace podle pohlaví

		Pohlaví (n_i)		Celkem
		Žena	Muž	
Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité?	Ano, považuji za velmi důležité	109	77	186
	Myslím, že jsou důležité	72	91	163
	Myslím, že nejsou důležité	4	9	13
Celkem		185	177	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme se na jednotlivé skupiny podívat blíže. Na obrázku 3 vidíme, že za důležité tyto informace považují spíše ženy. Za velmi důležité je považuje více jak polovina z nich (58,9 %; 109 žen), zatímco u mužů je to pouze 43,5 % (77 mužů).



Obrázek 3 - Zájem pacientů o informace podle pohlaví (Relativní četnost)

3.2.3 Hypotéza 3 – Zájem o informace z oblasti zdraví podle vzdělání

Třetí hypotéza ověřuje myšlenku, zda zájem pacientů o informace z oblasti zdraví a zdravotní péče záležel na vzdělání pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H3_0$: Hodnocení důležitosti informací z oblastní zdraví a zdravotní péče nesouvisí se vzděláním pacientů

$H3_a$: Hodnocení důležitosti informací z oblastní zdraví a zdravotní péče souvisí se vzděláním pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 12. Na základě provedeného testu (G=7,999; p-hodnota=0,238), kdy p-hodnota je vyšší než námi zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H3_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se nám prokázat, že by hodnocení důležitosti informací z oblasti zdraví a zdravotní péče souviselo se vzděláním pacientů.

Tabulka 12 - Zájem pacientů o informace podle vzdělání

		Vzdělání (n_i)				Celkem
		Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vysokoškolské	
Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité?	Ano, považuji za velmi důležité	24	57	69	36	186
	Myslím, že jsou důležité	24	64	47	28	163
	Myslím, že nejsou důležité	4	3	5	1	13
Celkem		52	124	121	65	362

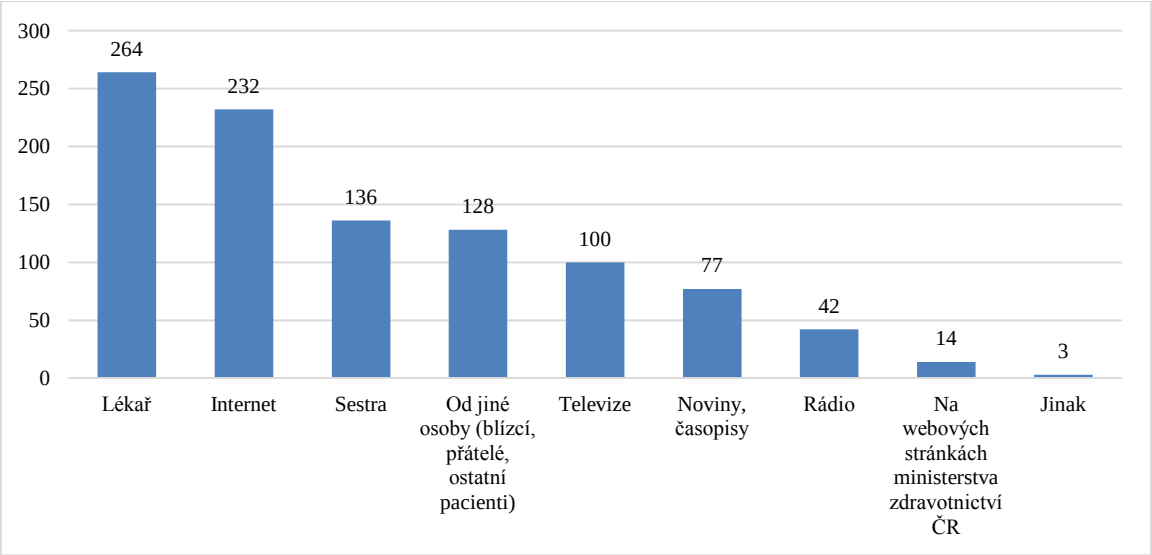
Další otázka (č. 3) z otázek týkající se vyhledávání informací o zdravotnictví sledovala, kde respondenti informace v případě potřeby nejčastěji vyhledávají. Z nabídky mohli uvést více možností. Pro potřeby grafického zobrazení byly odpovědi zjednodušeny, původně mohli respondenti vybrat tyto:

a) Z médií: televize, internet, rádio, noviny a časopisy
b) Od zdravotnického personálu: lékař, sestra
c) Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky
d) Od jiné osoby (blízcí, přátelé, ostatní pacienti)
e) Jinak

Výsledky odpovědí můžeme vidět v tabulce 13 a na obrázku 4. Z nich je patrné, že respondenti vyhledávají informace nejčastěji přímo u lékaře (264 odpovědí; 72,9 % respondentů) anebo na internetu (232 odpovědí; 64,1 % respondentů). Mezi další často uváděné možnosti získání údajů byla možnost od zdravotní sestry (136 odpovědí; 37,6 %) anebo od jiné osoby (128 odpovědí; 35,4 % respondentů). Ve variantě e) Jinak, uvedli tři respondenti možnost z knih/odborné literatury.

Tabulka 13 - Kde informace v případě potřeby nejčastěji vyhledáváte?

	N platných	Rel. četnost (%)	Plat. Pozorování
Lékař	264	26,5	72,9%
Internet	232	23,3	64,1%
Sestra	136	13,7	37,6%
Od jiné osoby (blízcí, přátelé, ostatní pacienti)	128	12,9	35,4%
Televize	100	10,0	27,6%
Noviny, časopisy	77	7,7	21,3%
Rádio	42	4,2	11,6%
Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví ČR	14	1,4	3,9%
Jinak	3	0,3	0,8%
Celkem	996	100	

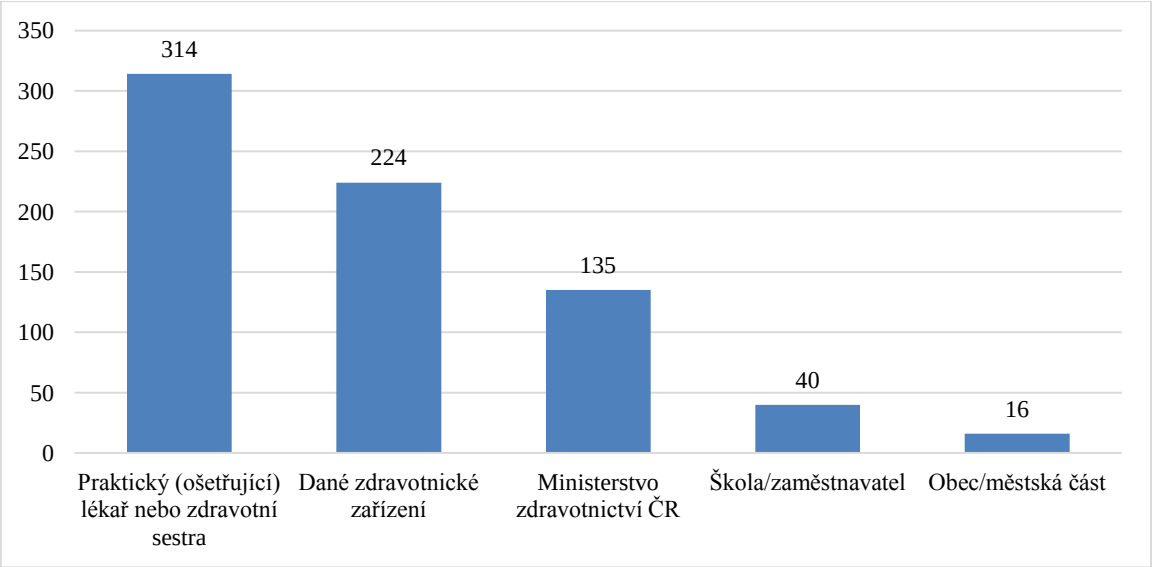


Obrázek 4 - Kde informace v případě potřeby nejčastěji vyhledáváte? (Absolutní četnost)

Následující otázka (otázka č. 4) zjišťovala, kdo by měl podle pacientů poskytovat informace v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí. Z nabídky mohli opět uvést více možností. Výsledky odpovědí vidíme v tabulce 14 a na obrázku 5. Z nich je patrné, že si respondenti nejčastěji myslí, že by tyto informace měl poskytovat praktický (ošetřující) lékař nebo zdravotní sestra. Tuto možnost uvedlo 314 respondentů (86,7 %). Další často uváděnou možností bylo, že by to mělo tyto údaje poskytovat dané zdravotnické zařízení (224 odpovědí; 61,9 %).

Tabulka 14- Kdo by měl podle Vašeho názoru informace v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí poskytovat?

	N platných	Rel. četnost (%)	Plat. pozorování
Praktický (ošetřující) lékař nebo zdravotní sestra	314	43,1	86,7%
Dané zdravotnické zařízení	224	30,7	61,9%
Ministerstvo zdravotnictví ČR	135	18,5	37,3%
Škola/zaměstnavatel	40	5,5	11,0%
Obec/městská část	16	2,2	4,4%
Celkem	729	100	



Obrázek 5 - Kdo by měl podle Vašeho názoru informace v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí poskytovat? (Absolutní četnost)

Pátá otázka dotazníku zabývající se vyhledávání informací se týkala formy (metody) získávání informací, tj. respondenti měli označit, jakou formu (metodu) by v případě potřeby pro získání těchto informací preferovali. Výsledky vidíme v tabulce 15. Z tabulky zjistíme, že nejčastěji by respondenti preferovali rozhovor. Tuto možnost uvedlo 163 dotázaných (45,0 %), další nejčastěji uváděnou metodou byl internet. Tuto formu by preferovalo 97 dotázaných (26,8 %).

Tabulka 15 - Kterou formu byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/a?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Rozhovor/ vysvětlování	163	45
Internet	97	26,8
Informační leták/ brožura	54	14,9
Video	22	6,1
Odborná literatura	15	4,1
Publikace v časopise/ novinách	11	3
Celkem	362	100

3.2.4 Hypotéza 4 – Formy získávání informací podle věku

Čtvrtá hypotéza sledovala, zda závisela preferovaná forma získávání informací o zdraví a zdravotní péče na věku pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H4_0$: Preferovaná forma (metoda), jak získávat informace o zdraví a zdravotní péči, nesouvisí s věkem pacientů.

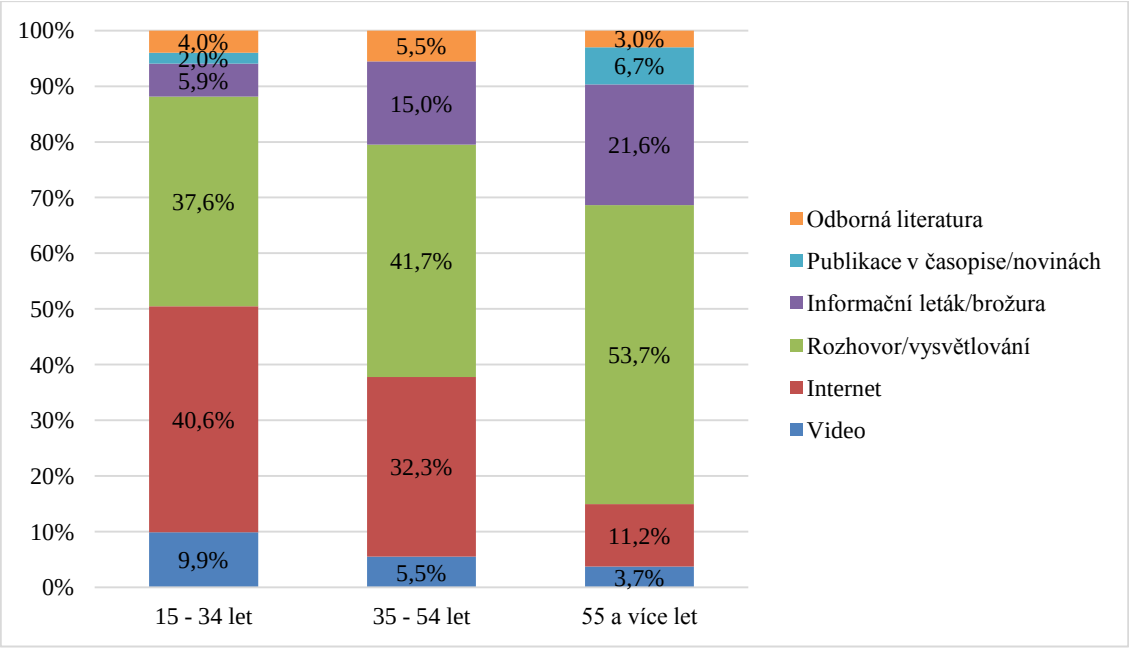
$H4_a$: Preferovaná forma (metoda), jak získávat informace o zdraví a zdravotní péči, souvisí s věkem pacientů.

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 16. Na základě provedeného testu (G=49,007; p-hodnota=0,000), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H4_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v preferencích formy, resp. metody získávání informací o zdravotnictví podle věkových skupin.

Tabulka 16 - Forma získávání informací podle věku

		Věkové skupiny (n_i)			Celkem
		15–34 let	35–54 let	55 a více let	
Kterou formu (metodu) byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/a?	Video	10	7	5	22
	Internet	41	41	15	97
	Rozhovor/vysvětlování	38	53	72	163
	Informační leták/brožura	6	19	29	54
	Publikace v časopise/novinách	2	0	9	11
	Odborná literatura	4	7	4	15
Celkem		101	127	134	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme se na jednotlivé skupiny podívat blíže. Na obrázku 6 můžeme vidět podíly jednotlivých odpovědí ve věkových skupinách. Z obrázku je patrné, že internet, jako formu získávání informací, preferuje nejvíce nejmladší věková skupina, tj. 15–34 let. Jako nejoblíbenější metodu ji označilo 40,6 % respondentů v tomto věku. S rostoucím věkem preference internetu klesá. Ve věkové skupině 55 a více let mu dává přednost pouze 11,2 % dotázaných. Obrácený trend můžeme sledovat u preference informačního letáku či brožury. U nejmladší skupiny by tuto formu upřednostnilo pouze 5,9 % dotázaných, zatímco u nejstarší skupiny je té více jak pětina všech dotázaných (21,6 %). S rostoucím věkem roste preference i u osobního rozhovoru či vysvětlování. V nejstarší věkové skupině by tuto formu upřednostnila více než polovina všech dotázaných této skupiny (53,7 %).



Obrázek 6 - Forma získávání informací podle věku (Relativní četnost)

3.2.5 Hypotéza 5 – Formy získávání informací podle pohlaví

Pátá hypotéza ověřovala myšlenku, zda závisela preferovaná forma získávání informací o zdraví a zdravotní péče na pohlaví pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H5_0$: Preferovaná forma (metoda), jak získávat informace o zdraví a zdravotní péči, nesouvisí s pohlavím pacientů

$H5_a$: Preferovaná forma (metoda), jak získávat informace o zdraví a zdravotní péči, souvisí s pohlavím pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 17. Na základě provedeného testu (G=1,802; p-hodnota=0,876), kdy p-hodnota je vyšší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H5_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v preferencích formy, resp. metody získávání informací o zdravotnictví podle pohlaví.

Tabulka 17 - Forma získávání informací podle pohlaví

		Pohlaví (n_i)		Celkem
		Žena	Muž	
Kterou formu (metodu) byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/a?	Rozhovor/vysvětlování	81	82	22
	Internet	51	46	97
	Informační leták/brožura	29	25	163
	Video	13	9	54
	Publikace v časopise/novinách	5	6	15
	Odborná literatura	6	9	11
Celkem		185	177	362

3.2.6 Hypotéza 6 – Formy získávání informací podle vzdělání

Šestá hypotéza zjišťovala, zda závisela preferovaná forma získávání informací o zdraví a zdravotní péče na vzdělání pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H6_0$: Preferovaná forma (metoda), jak získávat informace o zdraví a zdravotní péči, nesouvisí se vzděláním pacientů

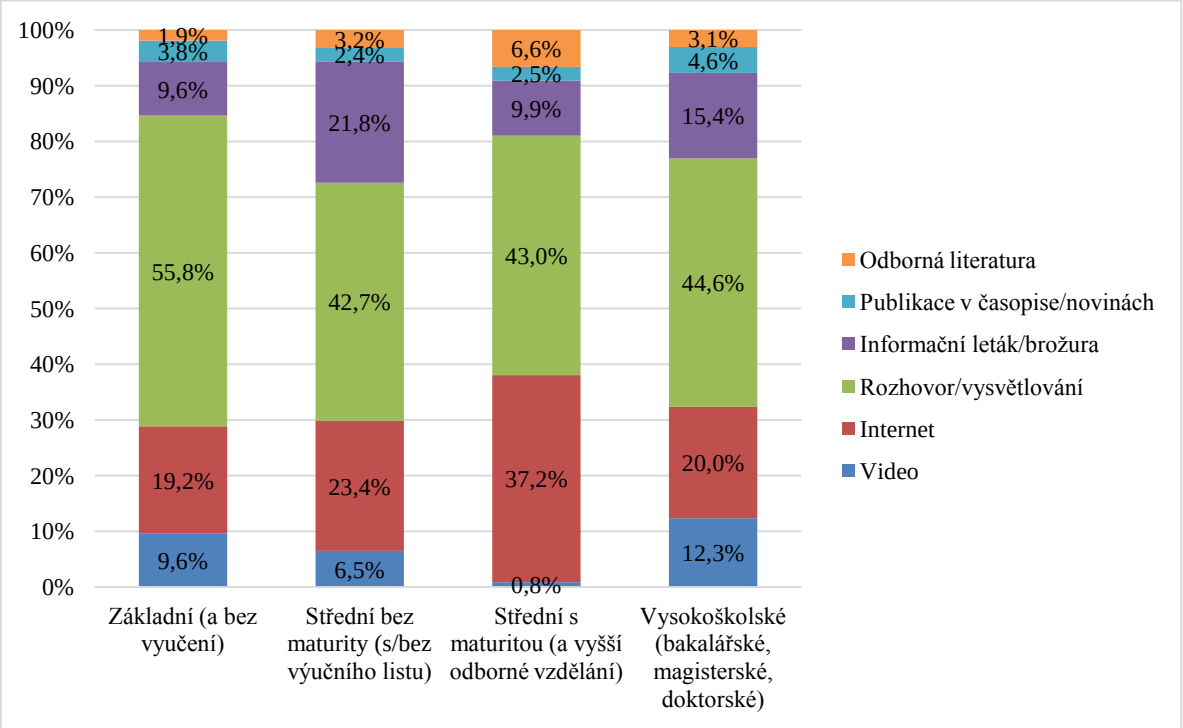
$H6_a$: Preferovaná forma (metoda), jak získávat informace o zdraví a zdravotní péči, souvisí se vzděláním pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 18. Na základě provedeného testu (G=30,658; p-hodnota=0,010), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu 6_0 zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v preferencích formy, resp. metody získávání informací o zdravotnictví podle vzdělání.

Tabulka 18 - Forma získávání informací podle vzdělání

		Vzdělání (n_i)				Celkem
		Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vysokoškolské	
Kterou formu (metodu) byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/a?	Video	5	8	1	8	22
	Internet	10	29	45	13	97
	Rozhovor/vysvětlování	29	53	52	29	163
	Informační leták/brožura	5	27	12	10	54
	Publikace v časopise/novinách	2	3	3	3	11
	Odborná literatura	1	4	8	2	15
Celkem		52	124	121	65	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme jednotlivé skupiny sledovat blíže. Na obrázku 7 můžeme vidět podíly jednotlivých odpovědí ve věkových skupinách. Z obrázku je patrné, že všichni nejvíce preferují rozhovor, největší podíl respondentů, kteří preferují tuto formu je u lidí se základním vzděláním, kde mu dává přednost více než polovina dotázaných (55,8 %), u ostatních skupin se tento podíl pohybuje kolem 43 %. Druhou nejčastěji vyhledávanou formou získávání informací je internet. Internet, jako formu získávání informací, preferují nejvíce respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (37,2 %) a poté osoby se středoškolským vzděláním bez maturity (23,4 %). Je zajímavé, že větší podíl respondentů s vysokoškolským vzděláním preferuje video (12,3 %). Informační letáky by nejvíce ocenili respondenti se středoškolským vzděláním bez maturity (21,8 %) a osoby s vysokoškolským vzděláním (15,4 %).

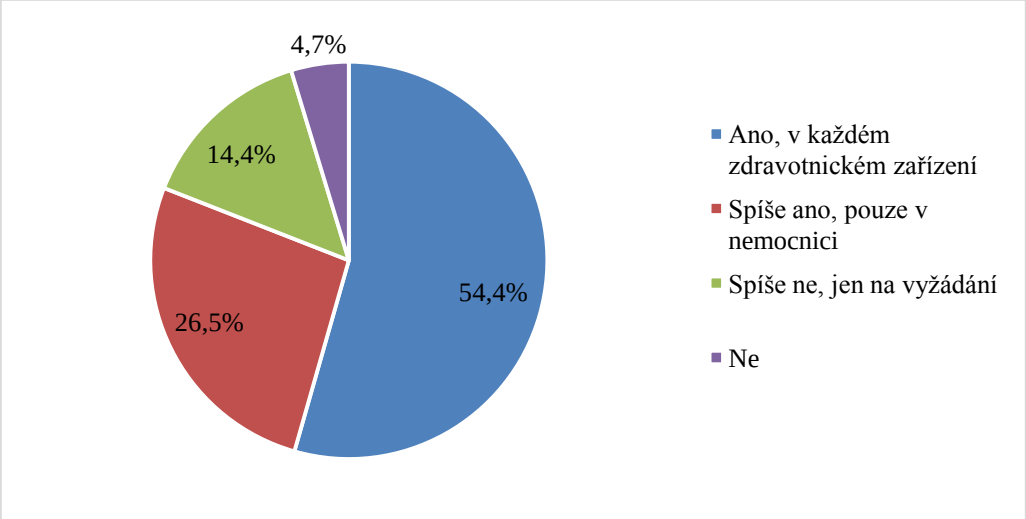


Obrázek 7 - Forma získávání informací podle vzdělání (Relativní četnost)

Otázka šestá odhalovala, zda by respondenti uvítali možnost přečíst si příručku, kde jsou všechny důležité informace přehledně zpracované, při návštěvě zdravotnického zařízení. Výsledky otázky vidíme v tabulce 19 a na obrázku 8. Je zřejmé, že více než polovina respondentů by takovou příručku ráda přijala v každém zdravotnickém zařízení (197 respondentů; 54,4 %), více než čtvrtina respondentů by příručku uvítala, ale pouze v nemocnici (96 respondentů; 26,5 %).

Tabulka 19 - Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano, v každém zdravotnickém zařízení	197	54,4
Spíše ano, pouze v nemocnici	96	26,5
Spíše ne, jen na vyžádání	52	14,4
Ne	17	4,7
Celkem	362	100



Obrázek 8 - Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení? (Relativní četnost)

3.2.7 Hypotéza 7 – Zájem o brožuru podle věku

Sedmá hypotéza zjišťovala, zda zájem o brožuru se všemi důležitými informacemi závisel na věku pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H7_0$: Zájem o možnost přečíst si příručku při návštěvě zdravotnického zařízení nesouvisí s věkem pacientů

$H7_a$: Zájem o možnost přečíst si příručku při návštěvě zdravotnického zařízení souvisí s věkem pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 20. Na základě provedeného testu (G=3,203; p-hodnota=0,806), kdy p-hodnota je vyšší než zvolená $\alpha = 5$ %, testovanou hypotézu $H7_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se prokázat, že by zájem o příručku s informacemi z oblasti zdraví a zdravotní péče souvisel s věkem pacientů.

Tabulka 20 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle věku

		Věkové skupiny (n_i)			Celkem
		15–34 let	35–54 let	55 a více let	
Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení?	Ano, v každém zdravotnickém zařízení	54	68	75	197
	Spíše ano, pouze v nemocnici	24	35	37	96
	Spíše ne, jen na vyžádání	19	18	15	52
	Ne	4	6	7	17
Celkem		101	127	134	362

3.2.8 Hypotéza 8 – Zájem o brožuru podle pohlaví

Předposlední hypotéza v této oblasti sledovala, zda zájem o brožuru se všemi důležitými informacemi závisel na pohlaví pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H8_0$: Zájem o možnost přečíst si příručku při návštěvě zdravotnického zařízení nesouvisí s pohlavím pacientů

$H8_a$: Zájem o možnost přečíst si příručku při návštěvě zdravotnického zařízení souvisí s pohlavím pacientů

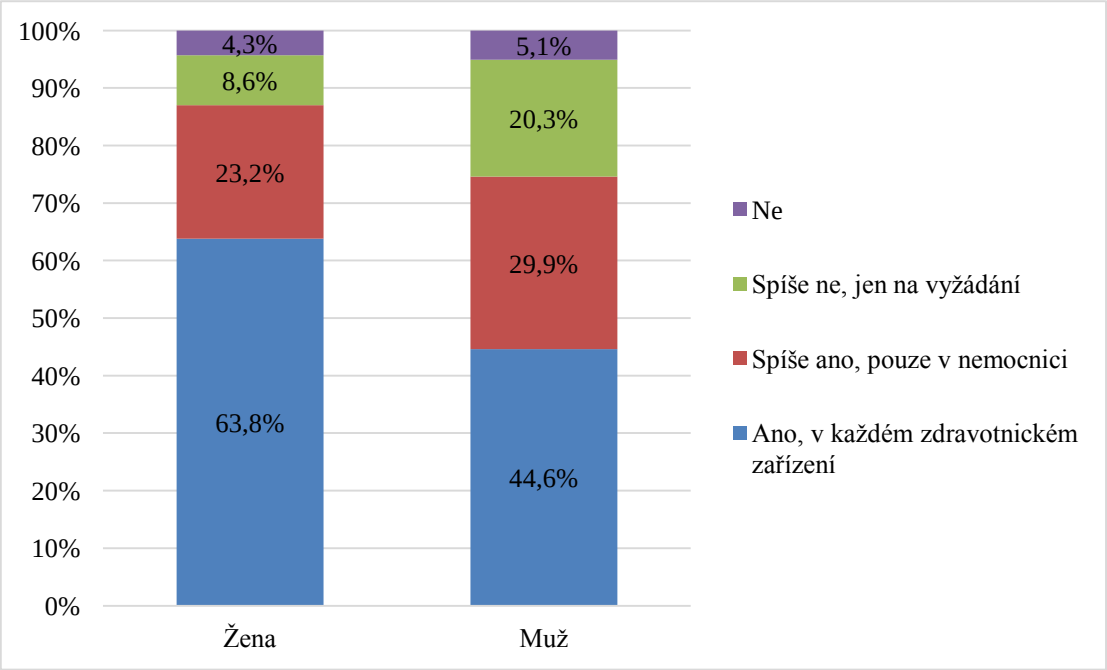
Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 21. Na základě provedeného testu (G=13,354; p-hodnota=0,001), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H8_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že zájem o příručku s informacemi z oblasti zdraví a zdravotní péče souvisí s pohlavím pacientů.

Tabulka 21 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle pohlaví

		Pohlaví (n_i)		Celkem
		Žena	Muž	
Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení?	Ano, v každém zdravotnickém zařízení	118	79	197
	Spíše ano, pouze v nemocnici	43	53	96
	Spíše ne, jen na vyžádání	16	36	52
	Ne	8	9	17
Celkem		185	177	362

Jelikož mezi odpověďmi jsou statisticky významné rozdíly, opět můžeme prozkoumat blíže jednotlivé podíly za sledované skupiny. Na obrázku 9 můžeme vidět, že zájem o příručku by

měly ve větší míře ženy a to v každém zdravotnickém zařízení (63,8 %; 118 žen). Z mužů by příručku v každém zdravotnickém zařízení ocenilo pouze 44,6 % (79 mužů). Více než jedna pěti mužů by příručku ocenila spíše jen na vyžádání (36 mužů), zatímco u žen by příručku na vyžádání ocenilo pouze 8,6 % žen (16 žen).



Obrázek 9 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle pohlaví (Relativní četnost)

3.2.9 Hypotéza 9 – Zájem o brožuru podle vzdělání

Poslední hypotéza z této oblasti zkoumala, zda zájem o brožuru se všemi důležitými informacemi závisel na vzdělání pacientů. Testované hypotézy byly ve tvaru:

> $H9_0$: Zájem o možnost přečíst si příručku při návštěvě zdravotnického zařízení nesouvisí se vzděláním pacientů
>
> $H9_a$: Zájem o možnost přečíst si příručku při návštěvě zdravotnického zařízení souvisí se vzděláním pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme zhlédnout v tabulce 22. Na základě provedeného testu (G=10,724; p-hodnota=0,295), kdy p-hodnota je vyšší než zvolená $\alpha = 5$ %, testovanou hypotézu $H9_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se prokázat, že by zájem o příručku s informacemi z oblasti zdraví a zdravotní péče souvisel se vzděláním pacientů.

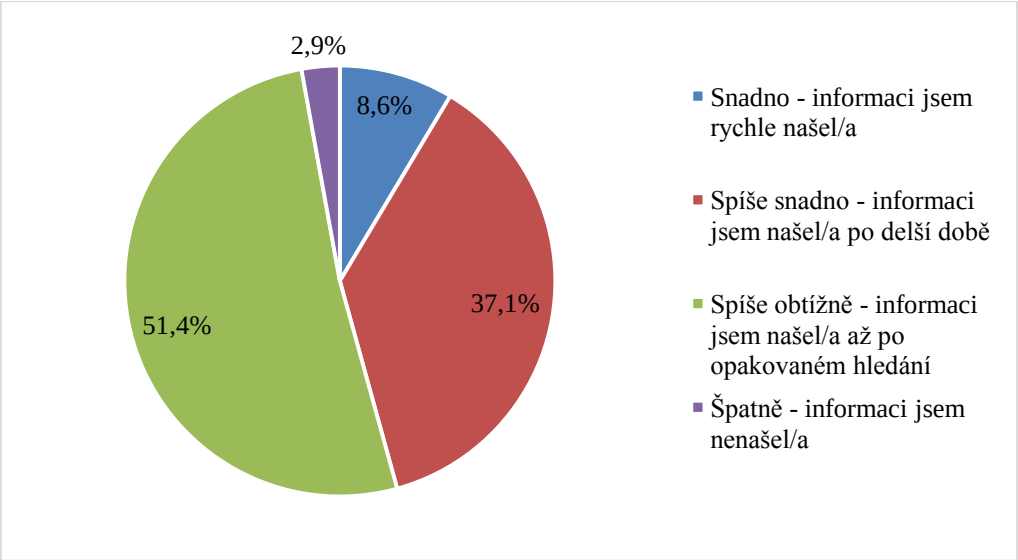
Tabulka 22 - Zájem o možnost přečíst si příručku podle vzdělání

		Vzdělání (n_i)				Celkem
		Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vysokoškolské	
Uvítali byste možnost si přečíst příručku při návštěvě zdravotnického zařízení?	Ano, v každém zdravotnickém zařízení	28	65	65	39	240
	Spíše ano, pouze v nemocnici	14	35	37	10	52
	Spíše ne, jen na vyžádání	5	18	16	13	60
	Ne	5	6	3	3	10
Celkem		52	124	121	65	362

Poslední otázka (č. 7) z bloku otázek týkající se získávání zdravotnických informací zjišťuje, zda respondenti někdy navštívili webové stránky Ministerstva zdravotnictví České republiky a pokud ano, jak se při hledání informací na těchto stránkách orientovali. Otázku jsem rozdělila na dvě části. V tabulce 23 můžeme vidět, zda respondenti dané stránky někdy navštívili a na obrázku 10 pak vidíme hodnocení přehlednosti daných stránek. V tomto obrázku jsou tedy pouze ti respondenti, kteří uvedli „Ano" – navštívili. Z tabulky 20 je vidět, že z celkových 362 respondentů tyto stránky navštívilo pouze 35 respondentů (9,7 %). Z obrázku 10 je pak patrné, že z těchto 35 dotázaných našli hledanou informaci rychle pouze 3 respondenti (8,6 %). Více než polovina respondentů se na stránkách orientovala spíše obtížně (18 respondentů; 51,4 %), tj. informace našla až po opakovaném hledání.

Tabulka 23 - Navštívil/a jste někdy webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano	35	9,7
Ne	327	90,3
Celkem	362	100



Obrázek 10 - Jak jste se při hledání informací na stránkách MZ ČR orientoval/a? (Relativní četnost)

3.3 Hodnocení kvality péče

Další část dotazníku se týkala hodnocení kvality péče. Respondenti v první otázce (č. 8) z této části měli ohodnotit, jak se zdravotníci zajímají o jejich zdravotní stav. Výsledky hodnocení jednotlivých pracovníků můžeme vidět v tabulce 24 (absolutní četnost) a tabulce 25 (relativní četnost). Pacienti měli hodnotit pouze ty pracovníky, se kterými mají zkušenosti. U zdravotníků v nemocnici hodnocení proto vyplnilo pouze 132 dotázaných (36,5 %) a u zdravotníků v agentuře domácí péče hodnocení vyplnilo pouze 78 dotázaných (21,5 %). Hodnocení praktického lékaře a specialistů (diabetolog, zubní lékař atd.) provedli všichni dotázaní, viz tabulka 24. V tabulce 25 poté nalezneme relativní četnosti hodnocení pouze už pro respondenty, kteří zdravotníky hodnotili.

Z tabulek vidíme, že nejlepší hodnocení, co se týče zájmu o zdravotní stav pacientů, mají zdravotníci v agentuře domácí péče, kde je průměrné hodnocení 1,6. Z tabulek je zřetelné, že více než polovina respondentů z těch, kteří pracovníky hodnotili, je absolutně spokojených (64,1 %, 50 dotázaných). Ostatní pracovníci mají pak velmi podobné průměrné hodnocení a to 2,1, resp. 2,0. Celkově tedy můžeme říci, že jsou respondenti spíše spokojeni s tím, jak se zdravotníci zajímají o jejich zdravotní stav.

Tabulka 24 - Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a, jak se zdravotníci zajímají o Váš zdravotní stav? (Absolutní četnost)

	1 - Absolutně spokojený/á	2	3	4	5 - Absolutně nespokojený/á	Celkem se zkušeností	Průměr hodnocení	Bez zkušenosti	Celkem
Zdravotníci v nemocnici	45	48	25	9	5	132	2,1	230	362
Zdravotníci v agentuře domácí péče	50	14	12	1	1	78	1,6	284	362
Váš praktický lékař	137	133	54	23	15	362	2	0	362
Specialista	141	128	64	21	8	362	2	0	362

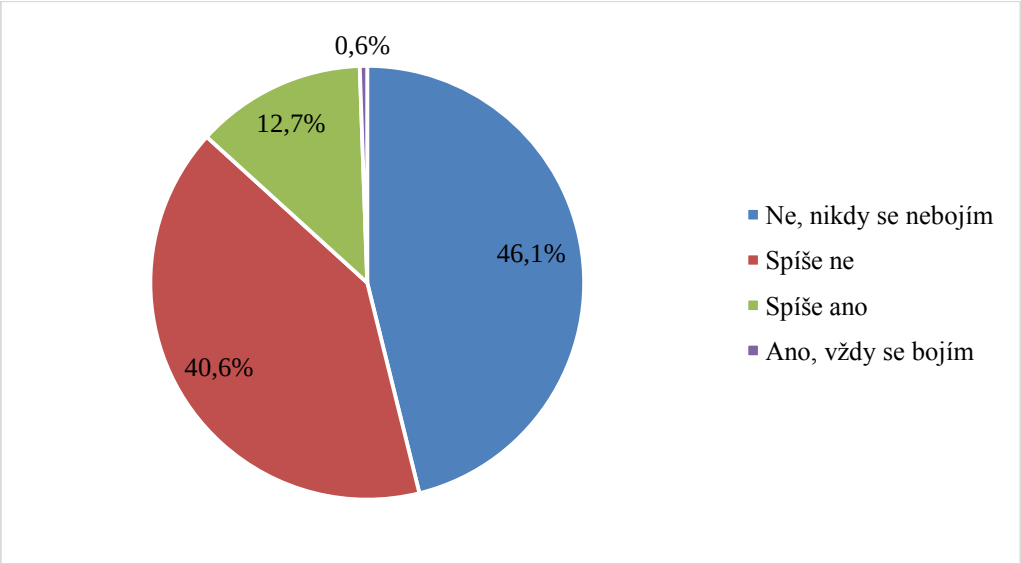
Tabulka 25 - Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a, jak se zdravotníci zajímají o Váš zdravotní stav? (Relativní četnost)

	1	2	3	4	5	Celkem se zkušeností	Průměr hodnocení	Modus	Medián	Četnost modu
Zdravotníci v nemocnici	34,1%	36,4%	18,9%	6,8%	3,8%	100,0%	2,1	2	2	48
Zdravotníci v agentuře domácí péče	64,1%	17,9%	15,4%	1,3%	1,3%	100,0%	1,6	1	1	50
Váš praktický lékař	37,8%	36,7%	14,9%	6,4%	4,1%	100,0%	2,0	2	1	137
Specialita	39,0%	35,4%	17,7%	5,8%	2,2%	100,0%	2,0	2	1	141

Otázka č. 9 ze skupiny hodnocení kvality péče zjišťovala, zda se pacienti nebojí zeptat, kdykoliv jim není něco jasné, nebo jsou pro ně informace od zdravotníků nesrozumitelné. Výsledky jsou v tabulce 26 a na obrázku 11. Je patrné, že téměř polovina respondentů (167 odpovědí; 46,1 %) se nikdy nebojí zeptat, dalších 40,6 % dotázaných (147) se spíše nebojí. Pouze 2 pacienti (0,6 %) uvedli, že se vždy bojí.

Tabulka 26 - Nebojíte se zeptat, kdykoliv Vám není něco jasné, nebo jsou pro Vás informace od zdravotníků nesrozumitelné?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ne, nikdy se nebojím	167	46,1
Spíše ne	147	40,6
Spíše ano	46	12,7
Ano, vždy se bojím	2	0,6
Celkem	362	100,0



Obrázek 11 - Nebojíte se zeptat, kdykoliv Vám není něco jasné, nebo jsou pro Vás informace od zdravotníků nesrozumitelné? (Relativní četnost)

Poslední otázka (č. 10) ze skupiny hodnocení kvality péče sledovala, zda pacienti upozorní ošetřující personál v případě, když jim jeho postup připadá nesprávný, tj. personál si neumyje ruce nebo nenavlékne si nové rukavice apod. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 27. Vždy personál upozorní pouze 17,1 % respondentů (62 odpovědí). Spíše ano, v určitých případech by je upozornilo 36,7 % (133 dotázaných) a jen výjimečně by je upozornilo 34,8 % (126 odpovědí), 11,3 % dotázaných (41 odpovědí) by je neupozornilo nikdy.

Tabulka 27 - Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano, určitě upozorním	62	17,1
Spíše ano, v určitých případech	133	36,8
Spíše ne, jen výjimečně bych je upozornil/a	126	34,8
Ne, nikdy neupozorním	41	11,3
Celkem	362	100

3.3.1 Hypotéza 10 – Upozornění zdravotnického personálu podle věku

Desátá hypotéza se zamýšlela nad domněnkou, že starší lidé by se méně často ohradili vůči ošetřujícímu personálu v případě, že by sem jim zdál jejich postup nesprávný. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H10_0$: Četnost upozornění ošetřujícího personálu v případě, že respondentům jejich postup připadá nesprávný, nesouvisí s věkem pacientů

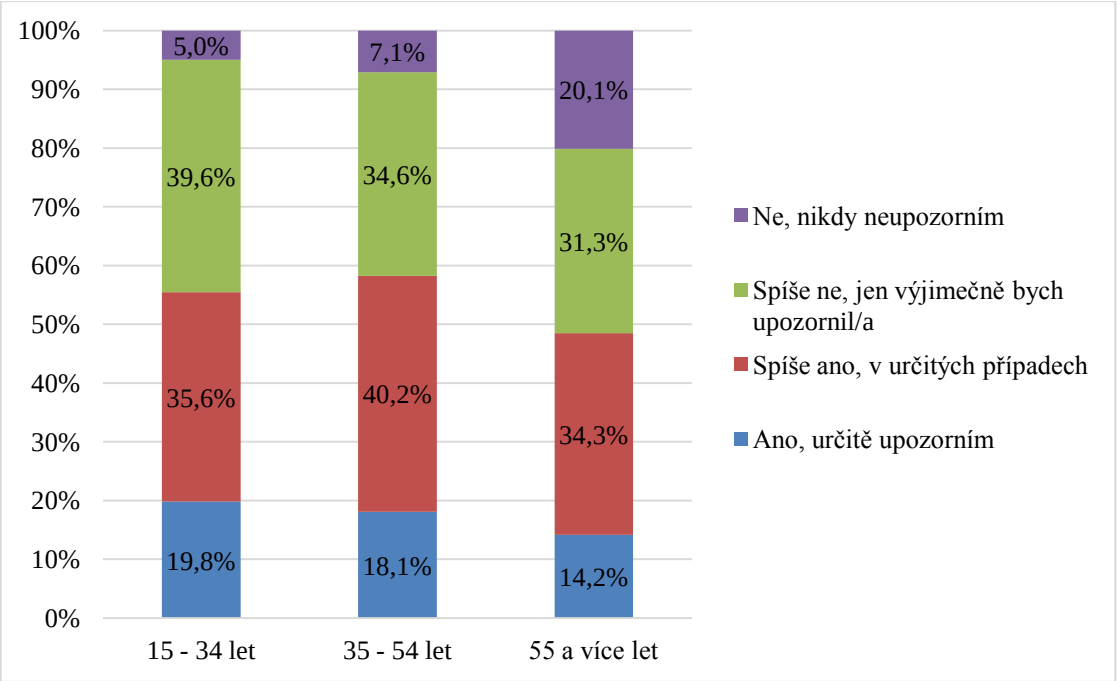
$H410_a$: Četnost upozornění ošetřujícího personálu v případě, že respondentům jejich postup připadá nesprávný, souvisí s věkem pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 28. Na základě provedeného testu (G=17,804; p-hodnota=0,007), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H10_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti upozornění na nesprávný postup zdravotnického personálu.

Tabulka 28 - Četnost upozornění oše. personálu podle věku

		Věkové skupiny (n_i)			Celkem
		15–34 let	35–54 let	55 a více let	
Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný?	Ano, určitě upozorním	20	23	19	62
	Spíše ano, v určitých případech	36	51	46	133
	Spíše ne, jen výjimečně bych upozornil/a	40	44	42	126
	Ne, nikdy neupozorním	5	9	27	41
Celkem		101	127	134	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme se na jednotlivé skupiny podívat blíže. Z obrázku 12 je patrné, že se potvrdila naše domněnka, že ošetřující personál častěji upozorní na možný nesprávný postup mladší pacienti, ty v 19,8 % určitě upozorní a pouze v 5 % případů by je nikdy neupozornili. U nejstarší věkové skupiny by je určitě upozornilo 14,2 % pacientů, ale celá pětina respondentů by je nikdy neupozornila.



Obrázek 12 - Četnost upozornění oše. personálu podle věku (Relativní četnost)

3.3.2 Hypotéza 11 – Upozornění zdravotnického personálu podle pohlaví

Druhá hypotéza sledovala, jestli by ženy méně často upozornily ošetřující personál v případě, že by se jim zdál jejich postup nesprávný. Testované hypotézy byly ve tvaru:

> $H11_0$: Četnost upozornění ošetřujícího personálu v případě, že respondentům jejich postup připadá nesprávný, nesouvisí s pohlavím pacientů
>
> $H11_a$: Četnost upozornění ošetřujícího personálu v případě, že respondentům jejich postup připadá nesprávný, souvisí s pohlavím pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 29. Na základě provedeného testu (G=6,358; p-hodnota=0,095), kdy p-hodnota je vyšší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H11_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti upozornění na nesprávný postup zdravotnického personálu. Ale v případě, že se podíváme na podíly odpovědí, zjistíme, že častěji upozorní na chyby ženy než muži (18 % ku 16 % u odpovědi „Určitě upozorním"), ale jak už bylo řečeno, rozdíly nejsou dostatečně velké, aby se daly považovat za statisticky významné.

Tabulka 29 - Četnost upozornění oše. personálu podle pohlaví

		Pohlaví (n_i)		Celkem
		Žena	Muž	
Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný?	Ano, určitě upozorním	34	28	62
	Spíše ano, v určitých případech	76	57	133
	Spíše ne, jen výjimečně bych upozornil/a	60	66	126
	Ne, nikdy neupozorním	15	26	41
Celkem		185	177	362

3.3.3 Hypotéza 12 – Upozornění zdravotnického personálu podle vzdělání

Předposlední hypotéza z této části zjišťovala, zda by se lidé s nižším vzděláním méně často ohradili vůči ošetřující personál v případě, že by sem jim zdál jejich postup nesprávný. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H12_0$: Četnost upozornění ošetřujícího personálu v případě, že respondentům jejich postup připadá nesprávný, nesouvisí se vzděláním pacientů

$H12_a$: Četnost upozornění ošetřujícího personálu v případě, že respondentům jejich postup připadá nesprávný, souvisí se vzděláním pacientů

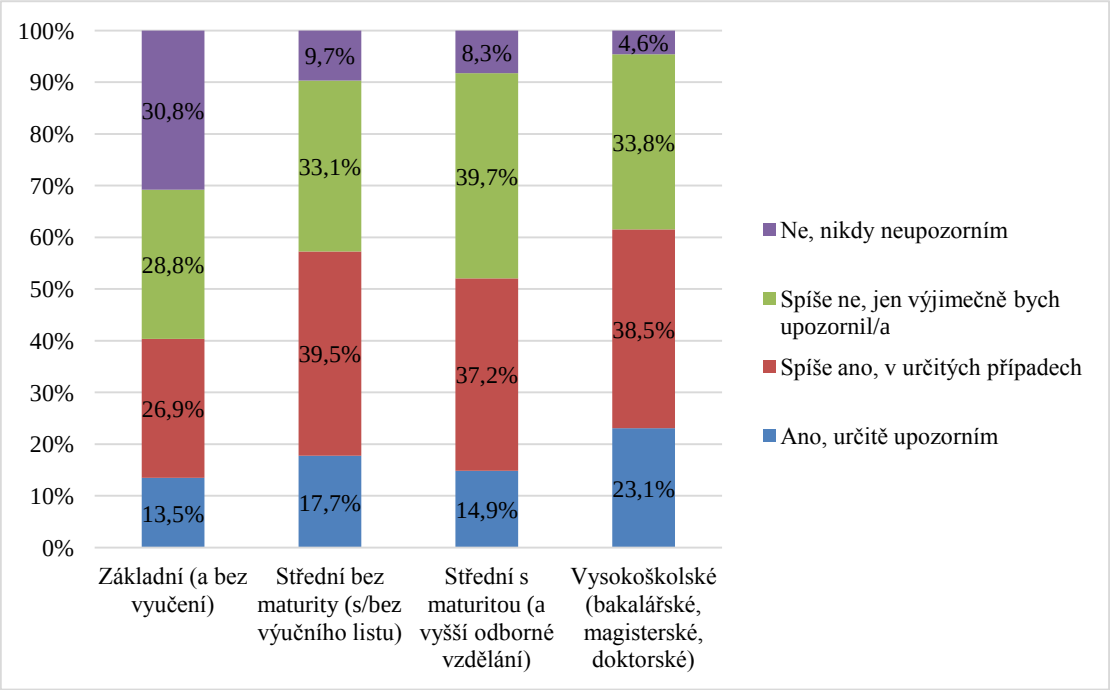
Výslednou kontingenční tabulku můžeme spatřit v tabulce 30. Na základě provedeného testu (G=26,538; p-hodnota=0,002), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H12_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v četnosti upozornění na nesprávný postup zdravotnického personálu.

Tabulka 30 - Četnost upozornění oše. personálu podle vzdělání

		Vzdělání (n_i)				Celkem
		Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vysokoškolské	
Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný?	Ano, určitě upozorním	7	22	18	15	62
	Spíše ano, v určitých případech	14	49	45	25	133
	Spíše ne, jen výjimečně bych upozornil/a	15	41	48	22	126
	Ne, nikdy neupozorním	16	12	10	3	41
Celkem		52	124	121	65	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme se na jednotlivé skupiny podívat blíže. Z obrázku 13 lze vydedukovat potvrzení naší domněnky, že ošetřující

personál častěji upozorní na možný nesprávný postup pacienti s vyšším vzděláním, např. pacienti s vysokoškolským vzděláním v 23,1 % určitě upozorní a pouze v 4,6 % případů by je nikdy neupozornili. U respondentů s nejnižším vzděláním by je určitě upozornilo 13,5 %, ale více než 30 % dotazovaných by je nikdy neupozornilo.



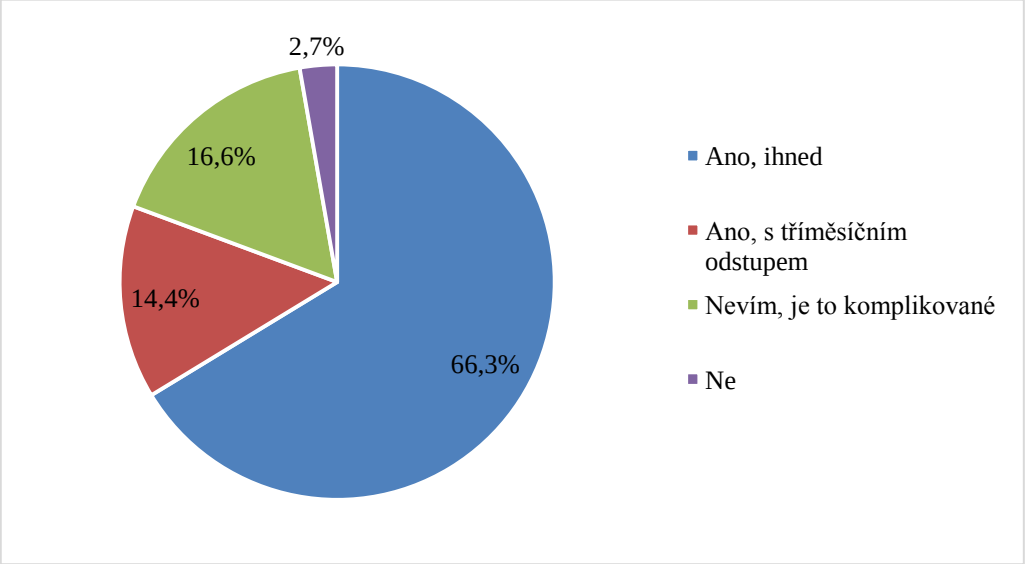
Obrázek 13 - Četnost upozornění oše. personálu podle vzdělání (Relativní četnost)

3.4 Informovanost o systému zdravotnictví

Čtvrtá část dotazníku se týkala informovanosti o systému zdravotnictví. První otázka z této části (otázka č. 11) zjišťovala, zda se pacienti domnívají, že pokud nejsou s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, mají právo jej změnit. Výsledky ukazuje tabulka 31 a obrázek 14. Z nich je patrné, že respondenti si v 66,3 % případů myslí, že jej mohou změnit ihned, 14,4 % pak s tříměsíčním odstupem. Je zajímavé, že 2,8 % dotázaných (10 odpovědí) si myslí, že nemají právo vyměnit svého registrujícího lékaře.

Tabulka 31 - Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano, ihned	240	66,3
Ano, s tříměsíčním odstupem	52	14,4
Nevím, je to komplikované	60	16,6
Ne	10	2,7
Celkem	362	100



Obrázek 14 - Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit? (Relativní četnost)

3.4.1 Hypotéza 13 – Možnosti změny lékaře podle věku

Třináctá hypotéza ověřovala domněnku, že by se starší pacienti častěji báli měnit lékaře anebo si mysleli, že ho změnit nemohou. Testované hypotézy byly ve tvaru:

$H13_0$: Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře nesouvisí s věkem pacientů

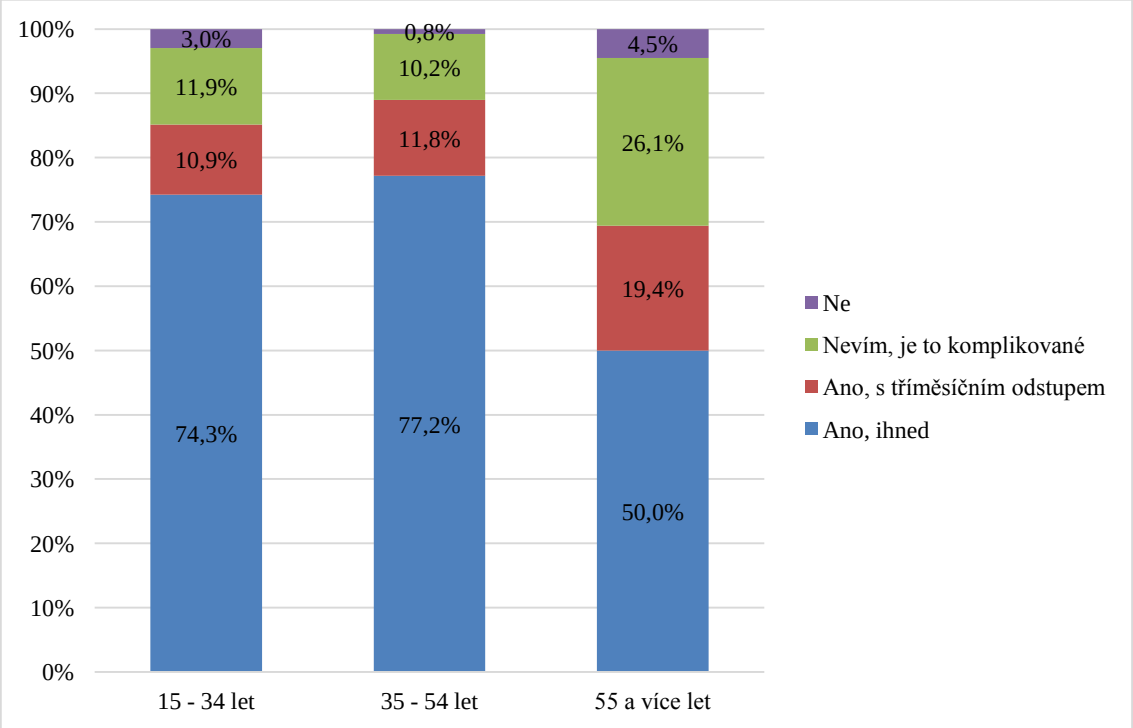
$H13_a$: Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře souvisí s věkem pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 32. Na základě provedeného testu (G=27,411; p-hodnota=0,000), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H13_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v informovanosti o právech na změnu svého registrujícího lékaře (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař či gynekolog) podle věku.

Tabulka 32 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle věku

		Věkové skupiny (n_i)			Celkem
		15–34 let	35–54 let	55 a více let	
Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit?	Ano, ihned	75	98	67	240
	Ano, s tříměsíčním odstupem	11	15	26	52
	Nevím, je to komplikované	12	13	35	60
	Ne	3	1	6	10
Celkem		101	127	134	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme se na jednotlivé skupiny podívat blíže. Z obrázku 15 je zřejmé, že v kategoriích 15 až 34 let a 35 až 54 let ¾ všech dotázaných (74,3 % u první skupiny, 77,2 % u druhé skupiny) si myslí, že mohou lékaře změnit ihned, u nejstarší věkové kategorie toto míní pouze polovina dotázaných (50,0 %). Více než čtvrtina těchto respondentů (26,1 %) neví, zda jej může změnit nebo to považuje za komplikované.



Obrázek 15 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle věku (Relativní četnost)

3.4.2 Hypotéza 14 – Možnosti změny lékaře podle pohlaví

Předposlední hypotéza sledovala, jestli by se ženy častěji bály měnit lékaře anebo si myslely, že ho změnit nemohou. Testované hypotézy byly ve tvaru:

> $H14_0$: Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře nesouvisí s pohlavím pacientů
>
> $H14_a$: Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře souvisí s pohlavím pacientů

Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 33. Na základě provedeného testu (G=6,585; p-hodnota=0,086), kdy p-hodnota je opět vyšší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H14_0$ nezamítáme, tj. nepodařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly v informovanosti o právech na změnu svého registrujícího lékaře (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař či gynekolog) podle pohlaví.

Tabulka 33 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle pohlaví

		Pohlaví (n_i)		Celkem
		Žena	Muž	
Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit?	Ano, ihned	134	106	240
	Ano, s tříměsíčním odstupem	23	29	52
	Nevím, je to komplikované	24	36	60
	Ne	4	6	10
Celkem		185	177	362

3.4.3 Hypotéza 15 – Možnosti změny lékaře podle vzdělání

Poslední hypotéza zjišťovala, zda by se lidé s nižším vzděláním častěji báli měnit lékaře anebo si mysleli, že ho změnit nemohou. Testované hypotézy byly ve tvaru:

> $H15_0$: Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře nesouvisí se vzděláním pacientů
>
> $H15_a$: Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře souvisí se vzdělání pacientů

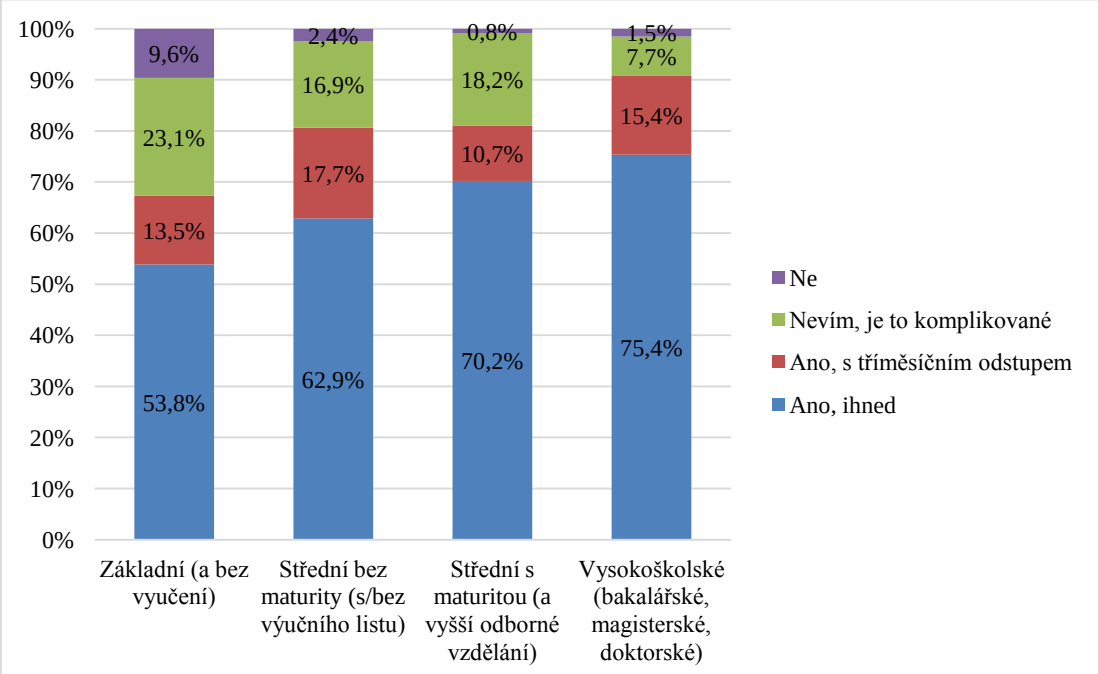
Výslednou kontingenční tabulku můžeme spatřit v tabulce 33. Na základě provedeného testu (G=20,198; p-hodnota=0,017), kdy p-hodnota je nižší než zvolená α = 5 %, testovanou hypotézu $H15_0$ zamítáme, tj. podařilo se prokázat, že existují statisticky významné rozdíly

v informovanosti o právech na změnu svého registrujícího lékaře (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař či gynekolog) podle vzdělání.

Tabulka 34 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle vzdělání

		Vzdělání (n_i)				Celkem
		Základní	Střední bez maturity	Střední s maturitou	Vysokoškolské	
Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, máte právo jej změnit?	Ano, ihned	28	78	85	49	240
	Ano, s tříměsíčním odstupem	7	22	13	10	52
	Nevím, je to komplikované	12	21	22	5	60
	Ne	5	3	1	1	10
Celkem		52	124	121	65	362

Jelikož mezi proměnnými existují statisticky významné rozdíly, můžeme se na jednotlivé skupiny podívat blíže. Z obrázku 16 lze určit, že si všichni myslí, že mohou lékaře měnit ihned. U respondentů s nejnižším vzděláním však zjistíme, že téměř čtvrtina jich změnu lékaře považuje za komplikovanou nebo neví, zda mohou lékaře měnit, 9,6 % z nich si dokonce myslí, že lékaře měnit nemohou.



Obrázek 16 - Informace o právech na změnu svého registrujícího lékaře podle vzdělání (Relativní četnost)

Dvanáctá otázka zjišťovala, zda si pacienti myslí, že mají právo na výběr zdravotnického zařízení. Z tabulky 35 je zřejmé, že 66,0 % dotázaných (239 odpovědí) si myslí, že si ji mohou vybrat sami, ale zároveň 29,6 % respondentů (107) si myslí, že si ji vybrat nemohou.

Tabulka 35 - Domníváte se, že máte právo na výběr zdravotnického zařízení?

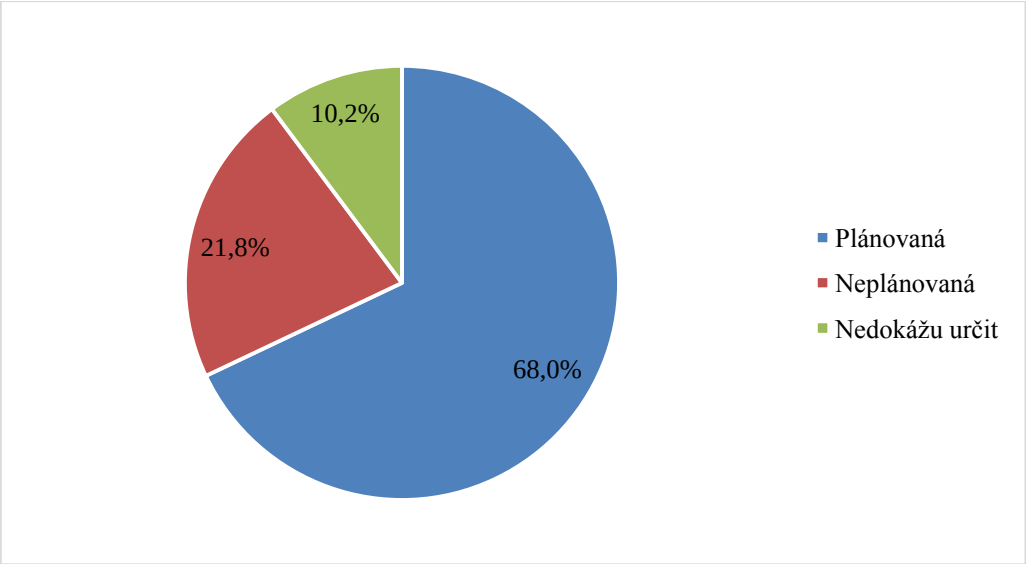
	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Ano, můžu si ji vybrat sám/a	239	66,0
Ano, i v případě, že mě tam odváží rychlá záchranná služba	16	4,4
Ne, řídí se to podle spádové oblasti (okres)	107	29,6
Celkem	362	100

3.5 Doplňující informace

Poslední dvě otázky doplňovaly základní informace o respondentovi. První otázka (č. 16) zjišťovala, zda je návštěva pacienta ve zdravotnickém zařízení plánovaná či nikoliv. Výsledky vidíme v tabulce 36 a na obrázku 17. Z obrázku je patrné, že 68,0 % respondentů (246 odpovědí) bylo na plánované návštěvě zdravotnického zařízení. Jedna pětina respondentů byla na neplánované návštěvě (21,8 %; 79 respondentů). 10,2 % pacientů charakter návštěvy nedokáže posoudit (37 odpovědí).

Tabulka 36 - Vaše návštěva zdravotnického zařízení je?

	Abs. četnost (n_i)	Rel. četnost (%)
Plánovaná	246	68,0
Neplánovaná	79	21,8
Nedokážu určit	37	10,2
Celkem	362	100



Obrázek 17 - Vaše návštěva zdravotnického zařízení je? (Relativní četnost)

Poslední otázka (č. 17) dotazníku sledovala, kolikrát byli pacienti v minulosti hospitalizováni v nemocnici. Z tabulky 37 vidíme, že respondenti byli nejčastěji hospitalizováni opakovaně (60,5 %; 219 odpovědí), méně často jednou (25,7%; 93 odpovědí).

Tabulka 37 - Kolikrát jste v minulosti byl/a hospitalizován/a v nemocnici?

	Četnost	Rel. četnost (%)
Nikdy	50	13,8
Jednou	93	25,7
Opakovaně	219	60,5
Celkem	362	100

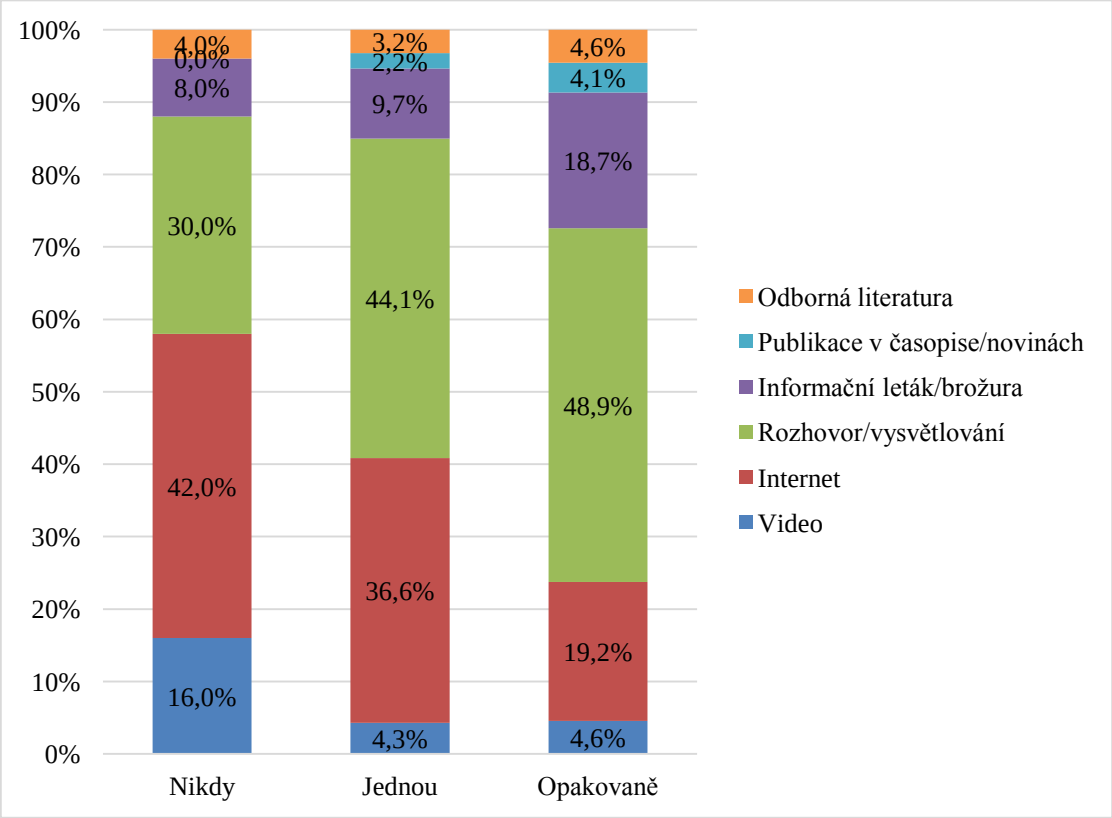
3.5.1 Dodatek - Vyhodnocení hypotéz – opakovaná hospitalizace v nemocnici

Pro zajímavost byly výše uvedené proměnné otestovány také proměnnou, která sledovala, po kolikáté jsou respondenti hospitalizováni v nemocnici. Otestovány byly všechny proměnné kromě „Možnosti změny lékaře". Výsledky testovaní hypotéz o vlivu opakované hospitalizace na sledované proměnné jsou následující: U proměnných „Zájem o informace z oblasti zdraví" (G=5,918; p-hodnota = 0,205), „Upozornění zdravotnického personálu…" (G = 7,735; p-hodnota = 0,258) a „Zájem o brožuru" (G =3,810; p-hodnota = 0,702) testované hypotézy nezamítáme, tj. na hladině významnosti $\alpha = 5$ % nebyl prokázán vliv četnosti hospitalizace na hodnocení jednotlivých proměnných. Statisticky významné rozdíly v odpovědích byly registrovány u proměnné „Formy získávání informací" (G=33,324; p-hodnota = 0,000). Výslednou kontingenční tabulku můžeme vidět v tabulce 38.

Tabulka 38 - Forma získávání informací podle četnosti hospitalizace

		Kolikrát jste v minulosti byl/a hospitalizován/a v nemocnici? (n_i)			Celkem
		Nikdy	Jednou	Opakovaně	
Kterou formu (metodu) byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/a?	Video	8	4	10	22
	Internet	21	34	42	97
	Rozhovor/vysvětlování	15	41	107	163
	Informační leták/brožura	4	9	41	54
	Publikace v časopise/novinách	0	2	9	11
	Odborná literatura	2	3	10	15
Celkem		50	93	219	362

Podíly jednotlivých odpovědí jsou pak na obrázku 18. Z něj je patrné, že osoby, které jsou hospitalizovány opakovaně, mnohem více preferují osobní rozhovor (48,9 %) a informační leták (18,7 %), než osoby, které nebyly hospitalizovány v minulosti nikdy (rozhovor – 30,0 %; leták – 8,0 %).



Obrázek 18 - Forma získávání informací podle četnosti hospitalizace (Relativní četnost)

5 Diskuze

Základním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda pacienti znají příručku „Rádce pacienta" a zda jsou pro ně informace o systému zdravotnictví důležité.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového sledovaného vzorku 367 respondentů slyšelo o příručce Ministerstva zdravotnictví České republiky s názvem „Rádce pacienta" pouze 1,6 % pacientů (5 dotazovaných). Jak už bylo zmíněno výše, příručka byla rozdělena podle distribučního seznamu mimo jiné do všech fakultních a krajských nemocnic. Jelikož se jedná již o třetí vydání této brožury a respondenty byli převážně pacienti, kteří měli opakovanou zkušenost s hospitalizací v nemocnici, mým předpokladem proto bylo, že bude o příručce informováno větší množství dotazovaných. Navíc na odděleních pooperační péče ve fakultní nemocnici, kde byl průzkum také prováděn, byla příručka „Rádce pacienta" k dispozici na denní místnosti. V dotazníkovém šetření se tato domněnka nepotvrdila.

V průběhu dotazníkového šetření jsem měla možnost hovořit o příručce s pracovníky uvedených zdravotnických zařízení (lékaři, sestry, pečovatelky, fyzioterapeuti, pomocný personál). Ukázalo se, že o příručce nikdy neslyšeli nejenom samotní pacienti, ale i téměř všechen personál včetně zdravotníků (i personál ve fakultní nemocnici). Protože toto zjištění nebylo předmětem mého výzkumu, blíže jsem se tím nezabývala. Nicméně lze říci, že se jedná o významný ukazatel neinformovanosti o existenci této brožury a jistě by tato skutečnost stála za hlubší prozkoumání.

Pro nedostatečně reprezentativní množství byly tedy analyzovány výsledky dotazníkového šetření u pacientů, kteří o dané příručce neslyšeli (362 dotázaných; 98,6 %). U těchto respondentů jsem se pokusila objasnit možné vztahy a souvislosti s předem stanovenými proměnnými a to: věkem, pohlavím a dosaženým vzděláním. Pro lepší přehlednost byla prezentace výsledků rozdělena do pěti oblastí, na které se dotazníkové šetření zaměřovalo.

První oblast se zaměřovala na základní informace o respondentech. Věkové skupiny dotazovaných byly zastoupeny rovnoměrně. Nejpočetnější skupinou byli pacienti ve věku 65 a více let a pacienti ve věku 35 až 44 let. Z pohledu pohlaví byli respondenti také vyrovnaní, i když zde bylo o něco více žen. Respondenti měli nejčastěji střední vzdělání bez maturity anebo střední vzdělání s maturitou.

Zájmem pacientů o zdravotnické informace se zabývala druhá oblast otázek. Většina respondentů (96,4 %) považuje instrukce a znalosti z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité. Dotazovaní nejčastěji vyhledávají sdělení o nemocech (příznaky, léčka atd.) a informace zdravotnických zařízení. Zájem pacientů o poučení a pokyny pro získání zdraví pak souvisí s pohlavím pacientů, kdy za důležité tyto informace považují spíše ženy, více než polovina z nich je považuje dokonce za velmi důležité. Téměř většina dotazovaných (86,7 %) si myslí, že by měl tato odborná sdělení poskytovat praktický (ošetřující) lékař nebo zdravotní sestra, případně dané zdravotnické zařízení. Z toho vyplývá, že dobře fungující zdravotní zařízení by mělo umět odpovědět pacientovi na jeho otázky, vést ho ke spolupráci, trvat na důležitosti spolurozhodování při jednotlivých postupech ve snaze o zlepšení zdraví a k prevenci eliminování zdravotních rizik. Vzájemná dobrá informovanost pacienta i zdravotníka, vzájemná komunikace umožní omezení či snížení možných zdravotních rizik.

V případě potřeby se respondenti nejčastěji obrací právě přímo na lékaře (72,9 %) anebo hledají informace na internetu či u zdravotní sestry. S těmito výsledky souvisí i preferovaná forma (metoda) získávání informací. Pacienti nejčastěji (45,0 %) dávají přednost rozhovoru event. sdělení na internetu před ostatními možnostmi. Nejmladší věková skupina upřednostňuje jako formu čerpání informací nejvíce (40,6 %) internet. S rostoucím věkem zájem o zdroje poznání na internetu klesají, ale naopak stoupá vliv informačního letáku či brožury, kdy je tomuto způsobu poučení nakloněna více než pětina respondentů. S rostoucím věkem roste také význam osobního rozhovoru, v nejstarší věkové skupině by tuto formu upřednostnila více než polovina všech dotázaných. Rozhovor je nejpočetněji vyhledávanou formou také v souvislosti se vzděláním. Přednost mu dává více než polovina lidí se základním vzděláním a u ostatních skupin se tento podíl pohybuje kolem 43 %. Internet preferují nejvíce respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou a bez maturity.

Rozhovor lze tedy stále považovat za základní a zároveň nejcitlivější prostředek lékařské a ošetřovatelské praxe. Podle účelu a cíle, kterému jsou podřízeny, lze v klinické praxi rozeznávat několik základních druhů rozhovorů a to rozhovory: kterými informace získáváme, kterými informace předáváme a kterými navozujeme změnu psychického stavu nebo chování. Během všech těchto druhů rozhovorů vždy dochází k vytváření vztahu mezi zdravotníky a pacientem. Při rozhovoru je třeba také značná trpělivost, takt a nezastupitelnou roli má i profesní a životní zkušenost zdravotníka (Ptáček, 2011, s. 60-61). Zdravotníci by tedy měli techniku rozhovoru dokonale ovládat, měli by projevovat přiměřený zájem

o pacienta jako o osobu a určitou empatii. Jak uvádí Zacharová (2011, s. 260) je přesto mnohdy komunikace s lékaři vnímána pacienty jako špatná, nedostatečná, hrubá či zlehčující. Lékaři se obhajují odkazem na velký počet nemocných a tím pádem na nedostatek času k individuálnímu přístupu. Je otázkou, zda jsou zdravotníci schopni takovýmto způsobem vybavit pacienty absolutně všemi údaji? Jedním ze snah hlavní sestry Alice Strnadové, za podmínky dosažení příslušného vzdělání, je navýšení kompetencí sestrám a nelékařským pracovníků (Marsová, 2018, s. 15). Nebyla by to jedna z cest, která by zkvalitnila komunikaci a informovanost pacientů?

Mladší generace lidí, především se středoškolským vzděláním, upřednostňuje získávání informací pomocí internetu. Mladí lidé rádi „surfují" na internetu. Informací zde najdou celou řadu, ale ne všechny jsou pravdivé, často jsou zavádějící, neodborné a orientovat se v nich není vždy jednoduché, vyžaduje to určitou zkušenost najít korektní, přesná a odborná fakta a vyhnout se dezinformacím. Ovšem, jak uvádí Ptáček (2015, s. 88), poučený pacient z internetových stránek je výhodnějším partnerem než laik, který se bez průvodcovského přístupu zdravotníků ztratí v záplavě informací, které pro něho bývají ve většině případů nesrozumitelné.

Naskýtá se otázka, proč tedy pacienti například nevyužívají portál MZ ČR k zjištění potřebných informací? Jak prokázal výzkum, webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR jako zdroj získávání informací navštívila pouze necelá desetina (9,7 %) respondentů. Z těchto 35 dotázaných našli hledanou informaci rychle pouze 3 pacienti. Více než polovina dotazovaných (51,4 %) se na stránkách orientovala spíše obtížně a informace našla až po opakovaném hledání.

Pokud jakýkoli občan, který samozřejmě umí pracovat s internetem, otevře stránky MZ ČR a vyhledá si složku Občan- Pacient, otevře se rozcestník pro celou řadu dalších konkrétních oblastí zdravotní péče. Pokud chce pouze určitou specifickou informaci a téma zadá do vyhledávání, musí velmi dlouho pročítat patřičné stránky, než informaci objeví. Hlavní stránka uvádí tiskové zprávy, aktuálních komentáře a informace, které jsou přidávány podle časového měřítka, tudíž jsou pro pacienta neroztříděné podle jeho aktuálních potřeb. Mísí se zde faktické informace s články o probíhajících událostech, rozhovory, informace o uskutečněných akcích apod. (MZČR, 2018).

Příručku „Rádce pacienta" je na stránkách MZ ČR dostupná online a odkaz na ni je umístěn hned na hlavní stránce pod složkou Občan-Pacient, ale pro neznalého člověka není na první pohled zřejmé, o co se jedná. Až po „rozkliknutí" odkazu je popsáno, pro koho je brožura určena a k čemu má sloužit. Navíc více než polovina respondentů (54,4 %) by spíše ocenila možnost přečíst si příručku při návštěvě každého zdravotnického zařízení (tedy i v ambulanci) a pouze v nemocnici by příručku uvítala více než čtvrtina respondentů (26,5 %). O příručku projevily zájem ve větší míře ženy (63,8 %). Z mužů by příručku v každém zdravotnickém zařízení ocenilo pouze 44,6 % a více než jedna pětina mužů by příručku ocenila spíše jen na vyžádání. Lze tedy říci, že o příručku projevila zájem většina respondentů a to hlavně v tištěné podobě. Toto tvrzení potvrzuje ve svém výzkumu i Nezbedová (2018, s. 59), kdy po seznámení všichni respondenti hodnotili brožuru kladně a doporučili by ji jiným osobám či blízkým.

V oblasti týkající se hodnocení kvality péče respondenti hodnotili u pracovníků, se kterými měli zkušenost, jak se zajímají o jejich zdravotní stav. Hodnocení praktického lékaře a specialistů (diabetolog, zubní lékař atd.) provedli všichni dotázaní. Nejlépe byli hodnoceni zdravotníci v agentuře domácí péče (průměrné hodnocení 1,6), kdy více než polovina respondentů byla absolutně spokojená (64,1 %). Ostatní pracovníci mají pak velmi podobné průměrné hodnocení a to 2,1, resp. 2,0. Celkově lze tedy konstatovat, že jsou respondenti spíše spokojeni s tím, jak se zdravotníci zajímají o jejich zdravotní stav.

Kladně hodnotím výsledky, které reflektovaly, zda se pacienti nebojí zeptat, kdykoliv jim není něco jasné nebo jsou pro ně informace od zdravotníků nesrozumitelné. Většina respondentů (86,7 %) se zeptat personálu nikdy nebojí nebo se spíše nebojí. Pouze 2 pacienti by se zeptat vždy báli. Svědčí to nejenom a snaze o aktivní přístup pacientů, ale i důležitosti a potřebě nemocných být dostatečně informován, což je jedním z cílů kvalitního a bezpečného zdravotnictví.

Zajímavé byly výsledky odpovědí respondentů, jestli by upozornili ošetřující personál v případě, když jim jeho postup připadá nesprávný, tj. personál si neumyje ruce nebo nenavlékne si nové rukavice apod. Vždy by poukázalo, na tyto skutečnosti, pouze 17,1 % pacientů. V určitých případech by personál upozornila třetina dotazovaných, druhá třetina by ho upozornila jen výjimečně a 11,3 % dotázaných by na chybu nepoukázalo nikdy. Výzkumné šetření prokázalo, že starší lidé a lidé s nižším vzděláním se méně často ohradí

vůči ošetřujícímu personálu. Na možný nesprávný postup tedy častěji (19,8 %) upozorní mladší pacienti. U nejstarší věkové skupiny by zdravotníky určitě upozornilo jen 14,2 % pacientů a celá pětina respondentů by je nikdy neupozornila. Prokazatelné rozdíly se projevují také při sledování odpovědi klientů s přihlédnutím ke vzdělání dotazovaných. Téměř čtvrtina (23,1 %) pacientů s vysokoškolským vzděláním odpověděla, že by určitě poukázali na nesprávný postup, zatímco tuto možnost uvedlo jen 13,5 % respondentů s nejnižším vzděláním. Prakticky třetina lidí s nižším vzděláním by personál na chyby neupozornila nikdy, ale u klientů s vysokoškolským vzděláním tuto možnost volilo pouze 4, 6 %.

Potřeba chránit a udržet si své zdraví je nutná podmínka kvalitního života pro člověka v každém věku. Zvyšování bezpečí pacientů je proto prioritou, důležitou základní hodnotou v péči o zdraví na celém světě. Pro všechny vrstvy společnosti platí, že dobrá informovanost v oblasti zdravotní, sociální i právní přispívá k pocitu bezpečí, k uvědomění si důležitosti a zodpovědnosti každého člověku za své fyzické zdraví a duševní pohodu. Každý člověk by měl být v procesu poskytování jakékoli zdravotní péče aktivní, snažit se získat co nejvíc informací o situaci, o problému – ať se týká jeho samotného nebo členů rodiny.

V oblasti, která mapovala informovanost o systému zdravotnictví, pacienti uváděli, zda se domnívají, že pokud nejsou s péčí svého registrujícího lékaře spokojeni, mají právo jej změnit. Dvě třetiny (66,3 %) dotazovaných si myslí, že jej mohou změnit ihned a pouze 14,4 % ví, že s tříměsíčním odstupem. Na názor na možnost změny lékaře měl vliv věk a vzdělání respondentů. V kategoriích do 54 let si tři čtvrtiny všech dotázaných myslelo, že mohou lékaře změnit ihned, u nejstarší věkové kategorie toto míní pouze polovina dotázaných (50,0 %). Více než čtvrtina těchto respondentů (26,1 %) neví, zda jej může změnit a 5 % považuje změnu za komplikovanou. Hlavně tedy starší generace setrvává v ustálených sociálních a právních zvyklostech a podmínkách. Také respondenti s nejnižším vzděláním (téměř čtvrtina) považují změnu lékaře za obtížnou nebo neví, zda mohou lékaře měnit. Necelá desetina z nich si dokonce myslí, že právo na změnu svého ošetřujícího lékaře nemá.

V případě, kdy měli respondenti uvést, jestli mají právo na výběr zdravotnického zařízení, jich dvě třetiny (66,0 %) odpovědělo, že si ho mohou vybrat sami. Ale zároveň 29,6 % pacientů si myslí, že si zdravotnické zařízení vybrat nemohou. Výsledky z oblasti orientace v systému zdravotnictví tedy poukazují na nedostačující znalost nejen tohoto systému, ale i povědomí dotazovaných o možnostech a právech pacientů. Jak už bylo uvedeno výše,

informace o legislativě (ve zdravotnictví) jsou nemocnými nejméně vyhledávané, přestože jsou pro ně potřebné, důležité a neznalost v této oblasti je proti jejich zájmům a potřebám.

Poslední oblast dotazníkového šetření doplňovala základní informace o respondentovi. Návštěva pacientů ve zdravotnickém zařízení byla v 68,0 % plánovaná, jedna pětina respondentů byla na neplánované návštěvě (21,8 %) a desetina pacientů charakter návštěvy nedokázala posoudit. Respondenti byli nejčastěji hospitalizováni opakovaně (60,5 %), méně často jednou (25,7%) a nikdy nenavštívilo nemocnici 13,8 % pacientů. Osoby, které byly hospitalizovány opakovaně, mnohem více preferovaly osobní rozhovor (48,9 %) a informační leták (18,7 %), než osoby, které nebyly hospitalizovány v minulosti nikdy.

Rozhovor tedy hraje významnou roli i u pacientů ve zdravotnickém prostředí. Zde probíhá interakce zdravotníka a pacienta intenzivněji a rozhovor mimo jiné napomáhá při identifikaci a uspokojování sociálních požadavků jedince. Znásobuje se ovšem i význam vnitřních a vnějších kontextů komunikace, tzn. časové ohraničení, diskomfort (bolest), přítomnost emocí, sociální situace, způsob vzájemného chápání, vztah mezi komunikujícími, věk, pohlaví atd. (Tomová, 2016, s. 13-14). Potvrzuje to i moje zkušenost z výzkumného šetření, kdy byl pro mě nejobtížnější sběr dat v nemocnici. I když byly dotazníky distribuovány osobně, odmítlo se jimi zabývat 60 oslovených pacientů (v agentuře domácí péče nikdo neodmítl a v ambulancích 24 dotazovaných). Také většina pacientů požadovala, abych s nimi dotazníky vyplnila přímo. Celkově bylo dotazování časově nejnáročnější.

Limitem dotazníkového šetření byl jistě malý počet respondentů orientovaný pouze na tři druhy zdravotnických zařízení. Výsledky tedy nelze zobecňovat pro celou populaci. Na druhou stranu jsem se pokusila o takový kvótní výběr respondentů, aby odpovídal výběru reprezentativnímu. Dalším limitem šetření byl samotný dotazník. I přesto, že jsem po pilotáži provedla úpravy pro jeho zjednodušení, bylo pro pacienty jeho vyplňování náročné. Respondenti se základním vzděláním často otázkám úplně nerozuměli a požadovali další vysvětlení. Svou jazykovou náročností tedy dotazník neodpovídal schopnostem čtenářů, složitost textu měla odpovídat úrovni 6. až 8. třídy školní docházky (Mandysová, 2016, s. 51). Pro hospitalizované nemocné na pooperačním oddělení byl dotazník příliš dlouhý, nebyli schopni odpovědět na všechny otázky bez pauzy či odpočinku.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jestli pacienti znají příručku „Rádce pacienta", zda jsou pro ně informace o systému zdravotnictví důležité a kde tyto informace v případě potřeby vyhledávají. Z výzkumného šetření vyplynulo, že téměř většina pacientů o této příručce nikdy neslyšela. Přitom informace z oblasti zdraví a zdravotní péče považují za důležité a nejčastěji vyhledávají informace o nemocech a zdravotnických zařízeních. Většina pacientů si také myslí, že zásadní informace z oblasti zdraví by jim měl poskytnout ošetřující lékař nebo zdravotní sestra a také se na ně v případě potřeby nejčastěji obrací. Zřejmě proto preferují formu rozhovoru a vysvětlování, event. získávají údaje na internetu. Webové stránky MZ ČR jako zdroj informací navštívila jen necelá desetina dotazovaných a většina se v nich orientovala velmi obtížně. Ale příručku, kde jsou všechny důležité informace přehledně zpracované, by ráda přijala více než polovina pacientů v každém zdravotnickém zařízení.

Dalším cílem bylo objasnit, zda se pacienti v systému zdravotnictví orientují a umí přistupovat ke zdravotním službám aktivně. Pacienti a případní klienti zdravotních zařízení o možných aspektech souvisejících s poskytování zdravotní péče v ČR dostatečně informováni nejsou. Pouze jedna sedmina dotazovaných ví, že mohou svého registrujícího lékaře změnit s tříměsíčním odstupem a o dobrovolném výběru zdravotnického zařízení jsou informováni dvě třetiny respondentů. S tím, jak se zdravotníci zajímají o jejich zdravotní stav, jsou nemocní jen spíše spokojeni. Pozitivní bylo zjištění, že většina pacientů se nebojí zdravotního personálu znovu zeptat, pokud jim některé informace připadají nesrozumitelné. Ale na nesprávný postup při ošetřování by je upozornila jen necelá pětina nemocných.

Během šetření se podařily prokázat statisticky významné rozdíly v reakcích respondentů, kteří příručku neznali, jejich odpovědi byly podmíněny věkem, pohlavím a vzděláním. Věk pacientů hraje roli ve výběru preferované formy získávání informací, kdy nejmladší věková skupina upřednostňuje internet. S rostoucím věkem preference internetu klesá a obrácený trend lze sledovat u formy osobního rozhovoru a informačního letáku. Mladší pacienti také častěji upozorní zdravotníky na možný nesprávný postup oproti nejstarší věkové skupině, kdy by celá pětina pacientů zdravotníky nikdy neupozornila. Více než čtvrtina pacientů z nejstarší věkové kategorie neví, zda může změnit svého registrujícího lékaře nebo to považuje za komplikované.

Dále bylo objasněno, že zájem o informace z oblasti zdraví a zdravotní péče souvisí s pohlavím pacientů. Za velmi důležité tyto informace považují více ženy. Ve větší míře projevily zájem o to, aby příručka obsahující všechny tyto důležité informace byla k dispozici v každém zdravotnickém zařízení. Muži by častěji ocenili příručku jen na vyžádání.

V souvislosti se vzděláním se různil přístup pacientů ke způsobu získávání informací. Lidé se základním vzděláním ve větší míře preferovali formu rozhovoru, zatímco respondenti se středoškolským vzděláním dávali přednost více internetu. Ošetřující personál na možný nesprávný postup častěji upozorní nemocní s vyšším vzděláním. Téměř třetina pacientů se základním vzděláním by zdravotníky nikdy neupozornila. Rovněž považují změnu registrujícího lékaře za komplikovanou a necelá desetina si myslí, že právo na změnu nemají.

K tomu, aby se ke všem pacientům dostaly informace odborné, relevantní, aktuální, nezkreslené, komplexní a potřebné tak, aby se klienti mohli rychle zorientovat a vyhledat si pro ně potřebnou informaci, slouží právě zkoumaná publikace „Rádce pacienta". Je k dispozici pacientům v knižní i internetové podobě. Zatím se ji ale nepodařilo zpopularizovat a většina veřejnosti i zdravotníků není seznámena s jejím obsahem, neví, kde je k dispozici a proč by pro ně měla být důležitá. Bylo by tedy vhodné, aby byla cyklicky v časových intervalech prezentována odborníky ve všech dostupných médiích, podobně jako reklamy na jiné produkty z jiných oblastí lidského konání. V tomto směru by také mohla být posílena úloha zdravotních sester. Proškolená sestra obeznámená s příručkou, by mohla pacienty během rozhovoru na existenci příručky upozornit, popřípadě poukázat na důležité stati v publikaci.

7 Soupis bibliografických citací

7.1 Tištěné dokumenty

7.1.1 Monografie

1. BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje.* 1. vyd. Praha: Grada, 2018, 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
2. BARTŮNĚK, Petr a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BENDL, Stanislav a kol. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 312 s. ISBN 978-80-247-4248-9.
4. ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství.* 1. vyd. Praha: Karolium, 2018, 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
5. DOLEŽAL, Jan, Pavel, MACHAL a Branislav LACKO a kol. *Projektový management podle IPMA.* 2. vyd. Praha: Grada, 2012, 528 s. ISBN 978-80-247-4275-5.
6. GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta.* 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
7. HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
8. CHROMÝ, Jan. *Materiální didaktické prostředky v informační společnosti*. 1. vyd. Praha: Verbum, 2011, 209 s. ISBN 978-80-904415-5-2.
9. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila, MAJKUSOVÁ a Radka KOZÁKOVÁ a kol. *Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
11. KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
12. KOŽENÝ, Pavel, Jiří, NĚMEC a Jana KRÁLÍKOVÁ a kol. *Klasifikační systém DRG*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1.
13. KRÁTKÁ, Anna. *Zásady pedagogiky a edukace v ošetřovatelství.* 1. vyd. Zlín: Nakladatelství UTB ve Zlíně, 2016, 79 s. ISBN978-80-7454-635-8.
14. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN: 978-80-247-3676-1.

15. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
16. MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetřovatelství.* 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016, 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.
17. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
18. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
19. MOLEK, Jan. *Řízení organizací sociálních služeb: vybrané problémy.* 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011, 254 s. ISBN 978-80-7416-083-7.
20. MULLNER, M. Ross. *Encyclopedia of Health Services Research.* 1. vyd. London: SAGE Publications, Inc., 2009, 1409 s. ISBN 978-1-4129-5179-1.
21. NEUBAUER Jiří, Marek, SEDLAČÍK a Oldřich KŘÍŽ. *Základy statistiky: Aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 280 s. ISBN 978-80-247-5786-5.
22. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
23. PODSTATOVÁ, Renata, Eliška SOVOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
24. POKORNÁ, Andrea a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza.* 1. vyd. Praha: Grada, 2019, 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
25. PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
26. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika.* 4. vyd. Praha: Portál, 2009, 488 s. ISBN 978-80-7367-503-5.
27. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
28. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
29. *Příručka k osnově o bezpečí pacientů: Multiprofesní edice.* 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, s. 270. ISBN 978-924-1501-95-8.

30. *Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta*. 3. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, s. 107. ISBN 978-80-85047-52-3.
31. SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích.* 4. vyd. Praha: Grada, 2013, 488 s. ISBN 978-80-247-4644-9.
32. SOCHOROVÁ, Hana. *Příprava edukačních materiálů pro klienty se smyslovým postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 81 s. ISBN 978-80-7368-964-3.
33. SOLLECITO, A. William and Julie K. JOHNSON. *Mclaughlin And Kaluzny's Continuous Quality Improvement In Health Care*. 4. vyd. United States: Jones and Bartlett Publishers, 2011, 624 s. ISBN 978-0-7637-8154-5.
34. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigis, 2013, 172 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
35. ŠAMAJ, Martin. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních: management rizik.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, 92 s. ISBN 978-80-244-5086-5.
36. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
37. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika.* 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
38. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
39. TAHAL, Radek a kol. *Marketingový výzkum: Postupy, metody, trendy.* 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-0206-8.
40. TOMOVÁ, Šárka a Jan KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 136 s. ISBN: 978-80-271-0064-4.
41. TOWNSEND M. Courtney, R. Daniel BEAUCHAMP and B. Mark EVERS. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19. vyd. Philadelphia: Elsevier Books, 2016, 2176 s. ISBN 978-1-4377-1560-6.
42. VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb.* 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015, 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.
43. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
44. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.

45. *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015, s. 40. ISBN 978-92-415-0195-3.

7.1.2 Závěrečná VŠ práce

46. NEZBEDOVÁ, Magdalena. *Rádce pacienta – příručka Ministerstva zdravotnictví České republiky určená pacientům.* Pardubice, 2018, s. 72. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

7.1.3 Články v periodiku

47. HEJDUKOVÁ, Pavlína. Kvalita zdravotní péče jako jeden z reformních kroků systémů zdravotnictví. *Trendy v podnikání.* 2013, č. 3, s. 90-97. ISSN 1805-0603.
48. CHAMEROVÁ, Romana a Petra MANDYSOVÁ. Srozumitelnost edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody: využití Mistríkova vzorce a poslechového testu. *Profese online.* 2012, č. 5/1, s. 11-15. ISSN 1803-4330.
49. MARSOVÁ, Jana. Na téma vzdělávání, nedostatku mlékařů, navyšování kompetencí sester a kvality péče jsme si povídali s Hlavní sestrou České republiky Mgr. Alicí Strnadovou, MBA. *Management rizik ve zdravotnictví.* 2018, č. 4/2, s. 13-16. ISSN 2570-6926.
50. PAVLOVÁ, Petra a Jana HOLÁ. Studie návrhu, ověření a evaluace nástroje ošetřovatelského auditu v perioperační péči. *Profese online.* 2016, č. 9/1, s. 23-30. ISSN 1803-4330.

7.1.4 Zákony a vyhlášky

51. ČESKO. Vyhláška 102/2012 Sb. ze dne 22. března 2012. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: S*bírka zákonů České republiky.* 2012, částka 39, s. 1737-1745. Dostupné také z: https://zakonyprolidi.cz/cs/2012-102
52. ČESKO. Doporučení rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. In: *Úřední věstník Evropské unie.* 2009, částka 151, 6 s. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/obsah/doporuceni-rady-eu-2837-29.html
53. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: S*bírka zákonů České*

republiky. 2011, částka 131, s. 4755-4761. Dostupné také z: https://www.zakonyprolidi.-cz/cs/2011-372

54. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník MZ ČR č. 16/2015 ze dne 26. října 2015 o interním systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Úřední věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2015, částka 16, 32 s. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa-/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_11.html

7.2 Elektronické zdroje

55. AZDOC. Distribuční seznam – Rádce pacienta 2016 [online]. © 2016 [cit. 2018-12-17]. Dostupné z: https://adoc.tips/distribuni-seznam-radce-pacienta-2016.html
56. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Publikace o sčítání [online]. © 2014 [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/publikace-o-scitani
57. EUROCERT. Standardy kvality a bezpečí poskytovatelů zdravotní péče [online]. © 2018 [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: http://www.eurocert.cz/certifikace/cz/akreditace-zdravotnickych-zarizeni
58. HAVELKOVÁ, Eva a Eva TUMOVÁ. Edukace v ošetřovatelství: Průvodce edukační prací [online]. © 2014 [cit. 2019-01-13]. Dostupné z: https://docplayer.cz/23678695-Edukace-v-osetrovatelstvi-pruvodce-edukacni-praci-mgr-eva-havelkova-mgr-eva-tumova.html
59. HUNGES, G. Ronda. Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses [online] Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, © 2008 [cit. 0043/2018-10-04]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/
60. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Who is JCI [online]. © 2018 [cit. 2018-10-12]. Dostupné z: https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/
61. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb [online]. © 2018 [cit. 2018-10-25]. Dostupné z:http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnichsluzeb_2919_29.html
62. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Portál kvality a bezpečí* [online]. © 2018 [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/-obsah/odbornik/zdravotnik_3291_29.html

63. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Rádce pacienta* [online]. © 2018 [cit. 2018-12-16] Dostupné z: https://www.e-mrvz.cz/a4-20183/#&gid=1&pid=31
64. ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Strukturální kapitola - Zlepšení systému zdravotní péče v České republice* [online]. © 2018 [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: www.oecd.org/eco/surveys/economic-survey-czech-republic.htm
65. STAPRO. *Ukazatele kvality ve zdravotnictví* [online]. © 2016 [cit. 2018-10-26]. Dostupné z: http://www.stapro.cz/ukazatele-kvality-ve-zdravotnictvi/
66. ŠLERKA, Josef a Filip SMOLÍK. *Automatická měřítka čitelnosti pro česky psané texty* [online]. © 2010 [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: https://studiezaplikovanelingvistiky.ff.-cuni.cz/wp-content/uploads/sites/19/2016/03/Josef_Slerka_33-44.pdf
67. ŠTEFLOVÁ Alena. *Kvalita péče a bezpečí pacientů v agendě WHO* [online]. WHO Regional Office for Europe Kancelář WHO v ČR, © 2011 [cit. 2018-10-21]. Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/03_Steflova_Kvalita-a-bezpeci-pacienta-v-agende-WHO.pdf
68. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. © 2010 [cit. 2018-10-26]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Alliance for Patient Safety* [online]. © 2018 [cit. 2018-10-23] Dostupné z: https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/

8 Přílohy

Příloha A *Resortní bezpečnostní cíle*[1]

- RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů
- RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- RBC4 - Prevence pádů
- RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- RBC6 - Bezpečná komunikace
- RBC7 - Bezpečné předávání pacientů
- RBC8 - Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

[1] Převzato z http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html

Příloha B *Charakteristika respondentů*[2]

Věk	Vzdělání	Pohlaví	
		Ženy	Muži
15-24 let	Základní (a bez vzdělání)	9	10
	Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	2	4
	Střední s maturitou (a vyšší odborné)	8	7
	Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	2	1
25-34 let	Základní (a bez vzdělání)	2	2
	Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	5	10
	Střední s maturitou (a vyšší odborné)	10	11
	Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	11	7
35-44 let	Základní (a bez vzdělání)	2	1
	Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	11	15
	Střední s maturitou (a vyšší odborné)	14	12
	Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	8	8
45-54 let	Základní (a bez vzdělání)	2	1
	Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	9	13
	Střední s maturitou (a vyšší odborné)	11	9
	Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	5	6
55-64 let	Základní (a bez vzdělání)	5	2
	Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	10	14
	Střední s maturitou (a vyšší odborné)	10	7
	Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	3	5
65a více let	Základní (a bez vzdělání)	13	3
	Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	15	16
	Střední s maturitou (a vyšší odborné)	14	8
	Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	4	5
Celkem		185	177

[2] Charakteristika respondentů na základě demografických údajů z ČSÚ 2015

Příloha C *Dotazník*

Dobrý den vážená paní, vážený pane,
obracím se na Vás s dotazníkem, jehož cílem je zjistit informovanost pacientů o příručce vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZ ČR) s názvem: „Rádce pacienta“. Jmenuji se Radka Dobrovolná a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Vyplněním dotazníku poskytnete důležitou zpětnou vazbu tvůrcům příručky a Vaše podněty mohou přispět k jejímu zlepšení. Zároveň mně získané poznatky o informovanosti pacientů v této problematice poslouží jako podklad pro vypracování diplomové práce na téma: „Rádce pacienta – příručka MZ ČR určená pacientům.“

Dotazník je anonymní, prosím Vás tímto o pravdivé a upřímné vyjádření Vašich názorů, postřehů a mínění o problematice. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a jeho vyplnění budu považovat za vyjádření souhlasu s výše uvedeným.

Při vyplňování tiskopisu prosím zaškrtněte vždy pouze jednu vámi zvolenou variantu, není-li uvedeno u dané otázky jinak.

I. Slyšel/la jste o příručce Ministerstva zdravotnictví České republiky s názvem: „Rádce pacienta“?

a) Ano (pokračujte přílohou označenou písmenem A)
b) Ne (pokračujte přílohou označenou písmenem B)

Příloha dotazníku: A

1. **Jakým způsobem jste se o příručce „Rádce pacienta“ dozvěděl/a? (vyberte i více možností)**
   a) Z médií: □ televize □ internet □ rádio □ noviny, časopisy
   b) Od zdravotnického personálu: □ lékař □ sestra
   c) Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky
   d) Byl/a jsem informován/a jinou osobou (blízcí, přátelé, ostatní pacienti)
   e) Jinak, jak doplňte: ……

2. **Příručka „Rádce pacienta“ je podle Vašeho mínění?**
   a) Velmi užitečná
   b) Spíše užitečná
   c) Ne moc užitečná
   d) Není vůbec užitečná

3. **Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a informace z jednotlivých oblastí/kapitol, podle toho, jak jste je využil/a? (1 = absolutně využil/a, 5 = vůbec nevyužil/a – známkování jako ve škole)**
   a) Informace o pacientovi (totožnost, zdravotní stav, doprovod atd.)
      □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
   b) Informace o ambulanci (registrace, registrující lékař, odborný lékař atd.)
      □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
   c) Informace o nemocnici (příjem, průběh hospitalizace, propuštění atd.)
      □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
   d) Důležité informace (zdravotnická záchranná služba, první pomoc, prevence atd.)
      □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5
   e) Informace o legislativě (informovaný souhlas, práva pacientů, práva dětí, zákony atd.)
      □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5

4. **Chyběla Vám v příručce nějaká oblast (typ informace) a pokud ano, prosím popište?**
   f) Ne
   g) Ano, prosím popište:……

5. **Doporučil/a byste příručku „Radce pacienta“ jiným osobám, pacientům a blízkým?**
   a) Ano
   b) Ne

6. **Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem vyhledáváte? (ohodnoťte jednotlivé kategorie body: 5 = nejčastěji, 1 = vůbec)**

a) Informace o zdravotnických zařízeních	□ 5	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1
b) Informace o prevenci a očkování	□ 5	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1
c) Informace o nemocech (příznaky, léčba atd.)	□ 5	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1
d) Informace o zdravotním pojištění	□ 5	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1
e) Informace o legislativě (ve zdravotnictví)	□ 5	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1

7. **Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a, jak se zdravotníci zajímají o Váš zdravotní stav? (1 = absolutně spokojený/á, 5 = absolutně nespokojený/á – hodnocení jako ve škole)**

a) Zdravotníci v naší nemocnici	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
b) Zdravotníci v agentuře domácí péče	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
c) Váš praktický lékař	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
d) Specialista (diabetolog, zubní lékař atd.)	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

8. **Cítíte se být o svém zdravotním stavu dostatečně informován/á?**
   h) Ano, jsem velmi dobře informován/a
   i) Myslím, že jsem celkem informován/a
   j) Informován/a jsem, ale myslím, že nedostatečně
   k) Myslím, že informován/a nejsem

9. **Nebojíte se zeptat, kdykoliv Vám není něco jasné, nebo jsou pro Vás informace od zdravotníků nesrozumitelné?**
   a) Ne, nikdy se nebojím
   b) Spíše ne
   c) Spíše ano
   d) Ano, vždy se bojím

10. **Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný (např. personál si neumyje ruce, nenavlékne si nové rukavice atd.)?**
    a) Ano, určitě upozorním
    b) Spíše ano, v určitých případech
    c) Spíše ne, jen výjimečně bych upozornil/a
    d) Ne, nikdy neupozorním

11. **Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, gynekolog) spokojeni, máte právo jej změnit?**
    a) Ano, ihned
    b) Ano, s tříměsíčním odstupem
    c) Nevím, je to komplikované
    d) Ne

12. **Domníváte se, že máte právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice)?**
    a) Ano, můžu si ji vybrat sám/a
    b) Ano, i v případě, že mě tam odváží rychlá záchranná služba
    c) Ne, řídí se to podle spádové oblasti (okres)

13. **Jste?**
    a) Žena
    b) Muž

14. **Označte Vaši věkovou skupinu?**
    a) 15-24
    b) 25-34
    c) 35-44
    d) 45-54
    e) 55-64
    f) 65 a více

15. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

a) Základní (a bez vzdělání)
b) Střední bez maturity (s/bez výučního listu)
c) Střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání)
d) Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)

16. Vaše návštěva zdravotnického zařízení je?

a) Plánovaná
b) Neplánovaná
c) Nedokážu určit

17. Kolikrát jste v minulosti byl/a hospitalizován/a v nemocnici?

a) Nikdy
b) Jednou
c) Opakovaně

Děkuji Vám za ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníků!!!

Příloha dotazníku: B

1. **Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem vyhledáváte? (ohodnoťte jednotlivé kategorie body: 5 = nejčastěji, 1 = vůbec)**
   a) Informace o zdravotnických zařízeních □ 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1
   b) Informace o prevenci a očkování □ 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1
   c) Informace o nemocech (příznaky, léčba atd.) □ 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1
   d) Informace o zdravotním pojištění □ 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1
   e) Informace o legislativě (ve zdravotnictví) □ 5 □ 4 □ 3 □ 2 □ 1

2. **Považujete informace z oblasti zdraví a zdravotní péče za důležité?**
   a) Ano, považuji za velmi důležité
   b) Myslím, že jsou důležité
   c) Myslím, že nejsou důležité
   d) Považuji, je za naprosto zbytečné

3. **Kde informace v případě potřeby nejčastěji vyhledáváte? (vyberte i více možností)**
   a) Z médií: □ televize □ internet □ rádio □ noviny, časopisy
   b) Od zdravotnického personálu: □ lékař □ sestra
   c) Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky
   d) Od jiné osoby (blízcí, přátelé, ostatní pacienti)
   e) Jinak, jak doplňte:……

4. **Kdo by měl podle Vašeho názoru informace v souvislosti se zdravím a zdravotní péčí poskytovat? (vyberte i více možností)**
   a) Ministerstvo zdravotnictví České republiky
   b) Obec/městská část
   c) Dané zdravotnické zařízení
   d) Praktický (ošetřující) lékař nebo zdravotní sestra
   e) Škola/zaměstnavatel

5. **Kterou formu (metodu) byste v případě potřeby pro získání těchto informací preferoval/la?**
   a) Video
   b) Internet
   c) Rozhovor/vysvětlování
   d) Informační leták/brožura
   e) Publikace v časopise/novinách
   f) Odborná literatura

6. **Uvítali byste možnost si přečíst příručku (kde jsou všechny důležité informace přehledně zpracované) při návštěvě zdravotnického zařízení?**
   a) Ano, v každém zdravotnickém zařízení
   b) Spíše ano, pouze v nemocnici
   c) Spíše ne, jen na vyžádání
   d) Ne

7. **Navštívil/a jste někdy webové stránky Ministerstva zdravotnictví České republiky a pokud ano, jak jste se při hledání informací na těchto stránkách orientoval/a?**
   a) Ano: □ snadno – informaci jsem rychle našel/a
      □ spíše dobře – informaci jsem našel/a po delší době
      □ spíše obtížně – informaci jsem našel/a až po opakovaném hledání
      □ špatně – informaci jsem nenašel/a
   b) Ne

8. **Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a, jak se zdravotníci zajímají o Váš zdravotní stav? (1 = absolutně spokojený/á, 5 = absolutně nespokojený/á – hodnocení jako ve škole; vyplňte pouze tam, kde máte zkušenost)**

a) Zdravotníci v nemocnici	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
b) Zdravotníci v agentuře domácí péče	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
c) Váš praktický lékař	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5
d) Specialista (diabetolog, zubní lékař atd.)	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5

9. **Nebojíte se zeptat, kdykoliv Vám není něco jasné, nebo jsou pro Vás informace od zdravotníků nesrozumitelné?**
    a) Ne, nikdy se nebojím
    b) Spíše ne
    c) Spíše ano
    d) Ano, vždy se bojím

10. **Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný (např. personál si neumyje ruce, nenavlékne si nové rukavice atd.)?**
    a) Ano, určitě upozorním
    b) Spíše ano, v určitých případech
    c) Spíše ne, jen výjimečně bych upozornil/a
    d) Ne, nikdy neupozorním

11. **Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, gynekolog) spokojeni, máte právo jej změnit?**
    a) Ano, ihned
    b) Ano, s tříměsíčním odstupem
    c) Nevím, je to komplikované
    d) Ne

12. **Domníváte se, že máte právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice)?**
    a) Ano, můžu si ji vybrat sám/a
    b) Ano, i v případě, že mě tam odváží rychlá záchranná služba
    c) Ne, řídí se to podle spádové oblasti (okres)

13. **Jste?**
    a) Žena
    b) Muž

14. Označte Vaši věkovou skupinu?

a) 15-24
b) 25-34
c) 35-44
d) 45-54
e) 55-64
f) 65 a více

15. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?

a) Základní (a bez vzdělání)
b) Střední bez maturity (s/bez výučního listu)
c) Střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání)
d) Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)

16. Vaše návštěva zdravotnického zařízení je?

a) Plánovaná
b) Neplánovaná
c) Nedokážu určit

17. Kolikrát jste v minulosti byl/a hospitalizován/a v nemocnici?

a) Nikdy
b) Jednou
c) Opakovaně

Děkuji Vám za ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníků!!!