

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Lenka Babey

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Sledování spokojenosti klientů v rehabilitační ambulanci

Diplomová práce

Rok 2025

Bc. Lenka Babey

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Babey**  
Osobní číslo: **Z23450**  
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**  
Téma práce: **Sledování spokojenosti klientů v rehabilitační ambulanci**  
Téma práce anglicky: **Monitoring Client Satisfaction in the Rehabilitation Outpatient Clinic**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

L.S.

**Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem **Sledování spokojenosti klientů v rehabilitační ambulanci** jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 6. 2025

Bc. Lenka Babey v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych chtěla vyjádřit upřímné poděkování své vedoucí diplomové práce, Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D., za její odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a cenné připomínky, které mi byly během celé doby psaní práce velice cenné. Zároveň děkuji panu Mgr. Tomáši Zdražilovi za odbornou pomoc při zpracování statistické části práce, jeho vstřícný přístup, trpělivost a užitečné rady.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá spokojeností pacientů v ambulantním rehabilitačním zařízení. Pomocí dotazníkového šetření byla zjišťována celková spokojenost pacientů a její souvislost s vybranými faktory. Výsledky byly statisticky zhodnoceny a slouží jako podklad pro návrhy ke zlepšení péče.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Ambulance, kvalita péče, hodnocení péče, spokojenost pacientů.

## **TITLE**

Monitoring Client Satisfaction in the Rehabilitation Outpatient Clinic

## **ANNOTATION**

The thesis deals with patient satisfaction in outpatient rehabilitation facilities. A questionnaire survey was used to determine overall patient satisfaction and its correlation with selected factors. The results were statistically evaluated and serve as a basis for proposals to improve care.

## **KEYWORDS**

Ambulance, quality of care, care evaluation, patient satisfaction.

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce .....	12
1.1 Cíl práce.....	12
1.2 Metody k dosažení cíle .....	12
2 Teoretická část .....	13
2.1 Kvalita a bezpečí poskytované zdravotní péče .....	13
2.2 Legislativní rámec.....	14
2.3 Externí a interní hodnocení kvality poskytované péče .....	15
2.3.1 Akreditace jako nástroj externího hodnocení zdravotních služeb .....	16
2.3.2 Interní audit jako nástroj pro zvyšování kvality poskytované péče.....	17
2.4 Výhody a nevýhody hodnocení kvality péče .....	18
2.5 Kvalita ve vztahu k nežádoucím událostem .....	19
2.6 Faktory ovlivňující spokojenost pacienta .....	23
2.7 Vybrané techniky sledování a hodnocení spokojenosti .....	24
2.8 Shrnutí teoretické části.....	25
výzkumná (praktická) část .....	27
3 Metodika výzkumné (praktické) části.....	27
3.1 Sběr dat .....	28
3.2 Dotazník spokojenosti pacientů .....	30
3.3 Statistické zpracování dat .....	30
3.4 Popis sledovaného souboru.....	32
3.5 Výsledky hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech rehabilitační péče	33
3.5.1 Spokojenost pacientů s řešením požadavků během návštěv rehabilitace .....	34
3.5.2 Spokojenost pacientů s chováním a komunikací personálu na recepci .....	35
3.5.3 Spokojenost pacientů s respektováním soukromí.....	35

3.5.4	Spokojenost pacientů s dodržáním časového harmonogramu procedur .....	36
3.5.5	Spokojenost pacientů s respektováním důstojnosti .....	37
3.5.6	Spokojenost pacientů s chováním a komunikací u lékaře .....	37
3.5.7	Spokojenost pacientů s možností zeptat se na cokoliv, čemu nerozuměli.....	38
3.5.8	Spokojenost pacientů s možností vyjádření zpětné vazby .....	39
3.5.9	Spokojenost pacientů s množstvím poskytnutých informací.....	39
3.5.10	Spokojenost pacientů se srozumitelností poskytnutých informací .....	40
3.5.11	Spokojenost pacientů s informacemi na nástěnce.....	40
3.5.12	Spokojenost pacientů s čistotou v tomto zařízení .....	41
3.5.13	Spokojenost pacientů s vybavením ve zdravotnickém zařízení.....	42
3.5.14	Ochota pacientů doporučit zařízení svým blízkým.....	43
3.5.15	Shrnutí.....	43
3.6	Náměty pacientů na zlepšení péče .....	44
3.7	Porovnání spokojenosti v jednotlivých položkách poskytované péče.....	45
3.8	Porovnání spokojenosti v jednotlivých položkách péče ve vztahu k věku.....	50
3.9	Porovnání spokojenosti v jednotlivých položkách péče ve vztahu k pohlaví.....	51
3.10	Shrnutí.....	51
4	Diskuze .....	53
4.1	Shrnutí hlavních zjištění .....	53
4.2	Porovnání výsledků s dostupnou literaturou.....	53
4.3	Kontextualizace otevřených odpovědí a kvalitativních poznatků .....	55
4.4	Limity práce .....	57
5	Závěr .....	59
6	Použitá literatura .....	61
7	Přílohy.....	69

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1: Základní informace o sledovaném souboru – Věková kategorie .....	32
Tabulka 2: Základní informace o sledovaném souboru – Pohlaví.....	33
Tabulka 3: Základní informace o sledovaném souboru – Absolvované procedury .....	33
Tabulka 4 – Základní informace o sledovaném souboru – Doba čekání na zahájení rehabilitační léčby.....	33
Tabulka 5: Spokojenost pacientů s řešením požadavků během návštěv rehabilitace.....	34
Tabulka 6: Spokojenost pacientů s chováním a komunikací personálu na recepci .....	35
Tabulka 7: Spokojenost pacientů s respektováním soukromí.....	36
Tabulka 8: Spokojenost pacientů s dodržením časového harmonogramu procedur.....	36
Tabulka 9: Spokojenost pacientů s respektováním důstojnosti .....	37
Tabulka 10: Spokojenost pacientů s chováním a komunikací u lékaře .....	38
Tabulka 11: Spokojenost pacientů s možností zeptat se na cokoliv, čemu nerozuměli .....	38
Tabulka 12: Spokojenost pacientů s možností vyjádření zpětné vazby.....	39
Tabulka 13: Spokojenost pacientů s množstvím poskytnutých informací .....	40
Tabulka 14: Spokojenost pacientů se srozumitelností poskytnutých informací.....	40
Tabulka 15: Spokojenost pacientů s informacemi na nástěnce .....	41
Tabulka 16: Spokojenost pacientů s čistotou v tomto zařízení.....	42
Tabulka 17: Spokojenost pacientů s vybavením ve zdravotnickém zařízení .....	43
Tabulka 18: Ochota pacientů doporučit zařízení svým blízkým .....	43
Tabulka 19 Srovnání spokojenosti v jednotlivých položkách péče – výsledky Friedmanovy ANOVY a popisné statistiky .....	46
Tabulka 20 Matice statisticky významných rozdílů spokojenosti mezi jednotlivými položkami péče .....	47
Tabulka 21 Spokojenost pacientů s jednotlivými oblastmi péče.....	49
Tabulka 22 Výsledky testování závislosti mezi věkem a mírou spokojenosti v jednotlivých položkách péče.....	50

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ČSAZ	Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví
Č.	číslo
EUROPEP	European Patients Evaluate General/Family Practice
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
Např.	například
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
Sb.	sbírky
WHO	World Health Organization
§	paragraf

## ÚVOD

Spokojenost pacientů je v současném zdravotnictví jedním z klíčových indikátorů kvality poskytované péče. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2006) považuje patientskou zkušenost za základní prvek kvalitní, bezpečné a efektivní zdravotní péče. Podle Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ, 2023) je měření spokojenosti pacientů součástí národních i mezinárodních strategií zvyšování kvality, a to včetně standardů pro akreditovaná zařízení.

Z hlediska organizace zdravotních služeb představuje rehabilitační péče specifickou oblast, která klade důraz na aktivní zapojení pacienta, dlouhodobou spolupráci a důvěru v odborný i lidský přístup personálu. Výzkumy ukazují, že spokojenost pacientů s ambulantní rehabilitační péčí je ovlivněna zejména dostupností služeb, komunikací personálu, organizací péče a celkovým prostředím zařízení (OECD, 2021). Právě tato dimenze kvality se často ukazuje jako rozhodující pro vnímání účinnosti i přínosu samotné léčby.

Cílem této práce je zmapovat spokojenost pacientů v jednom z ambulantních rehabilitačních zařízení a zjistit, zda se míra spokojenosti liší v závislosti na vybraných charakteristikách pacientů a jednotlivých aspektech poskytované péče. Pozornost je zaměřena na získání přehledu o patientské zkušenosti a na identifikaci oblastí, které pacienti vnímají pozitivně, případně jako méně uspokojivé. Na základě výsledků dotazníkového šetření budou navržena doporučení, která mohou být podkladem pro úvahy o dalším rozvoji péče z pohledu patientské zkušenosti a její kvality.

Práce je členěna do dvou hlavních částí. Teoretická část se věnuje konceptům kvality zdravotní péče, patientské spokojenosti a metodám hodnocení. Praktická část navazuje kvantitativním šetřením prostřednictvím dotazníkového formuláře a statistickým vyhodnocením získaných dat.

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## 1.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit míru spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí v ambulantním rehabilitačním zařízení a zjistit s jakými faktory souvisí spokojenost pacientů.

Dílčí cíle:

1. Zjistit spokojenost pacientů v rehabilitačním zařízení.
2. Zjistit, zda se míra spokojenosti pacientů liší mezi jednotlivými položkami poskytované péče.
3. Navrhnout doporučení na základě zjištěných výsledků.

## 1.2 Metody k dosažení cíle

Diplomová práce je členěna na teoretickou a praktickou část. K dosažení cílů práce byl zvolen Úvod do sledované problematiky byl podpořen rešerší českých i zahraničních odborných zdrojů, zaměřených na témata spokojenosti pacientů, kvality poskytované zdravotní péče a managementu ve zdravotnictví. Relevantní informace byly získávány zejména prostřednictvím vědeckých databází PubMed, Web of Science, Scopus a Google Scholar. Dále byly využity informační zdroje zpřístupněné díky členství v Národní lékařské knihovně v Praze. Důraz byl kladen především na aktuální publikace z posledních deseti let, doplněné o vybrané starší tituly s trvalým odborným přínosem.

Pro vlastní výzkumnou část byl použit nestandardizovaný dotazník zaměřený na míru spokojenosti pacientů s vybranými aspekty poskytované péče. Dotazník obsahoval převážně otázky s pětibodovou škálou spokojenosti a zároveň umožňoval respondentům připojit volné slovní komentáře, které napomohly hlubšímu porozumění hodnoceným aspektům péče.

Získaná data byla zpracována v programu Tibco Statistica, kde byly kromě popisných statistik využity i neparametrické testy vhodné pro porovnání výsledků spokojenosti s jednotlivými aspekty péče a pro posouzení souvislostí mezi mírou spokojenosti a dalšími sledovanými proměnnými.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Kvalita a bezpečí poskytované zdravotní péče

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2024) již v roce 1966 definovala kvalitu péče jako souhrn dosažených výsledků v oblasti prevence, diagnostiky a léčby, které odpovídají potřebám populace a zároveň reflektují aktuální lékařské poznatky a praxi. V roce 1982 pak kvalitu popsala jako úroveň dokonalosti služeb, měřenou podle tehdejších vědeckých a technologických možností. Dle WHO (2024) se kvalita opírá o odborné poznatky podložené důkazy a hraje klíčovou roli při naplňování cíle univerzálního přístupu ke zdravotní péči. Existuje více způsobů, jak kvalitní péči definovat, nicméně roste shoda na tom, že kvalitní zdravotnické služby by měly splňovat několik základních charakteristik. Kvalitní zdravotní péče představuje takovou péči, která je efektivní, bezpečná a zaměřená na jednotlivce. Efektivita v tomto kontextu znamená poskytování služeb založených na nejnovějších vědeckých důkazech těm, kteří je skutečně potřebují. Bezpečná péče se vyznačuje prevencí jakéhokoli poškození pacientů v průběhu léčby. Zaměření na člověka pak znamená respektování individuálních potřeb, preferencí a hodnot každého jednotlivce. Aby bylo možné naplno využít přínosy kvalitní zdravotní péče, musí být tyto služby zároveň včasné, spravedlivé, integrované a hospodárné. Včasnost zahrnuje minimalizaci čekacích dob a zamezení zpoždění, která by mohla negativně ovlivnit zdravotní stav. Spravedlivost zajišťuje rovný přístup ke kvalitní péči bez ohledu na pohlaví, etnický původ, geografickou polohu nebo sociálně-ekonomické podmínky. Integrovanost znamená návaznost a dostupnost kompletního spektra zdravotnických služeb během celého života jedince. Hospodárnost pak spočívá v efektivním využívání dostupných zdrojů a eliminaci zbytečného plýtvání (WHO, 2024)

Kvalita zdravotní péče je dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2018) mírou, do jaké zdravotní služby pro jednotlivce a populace zvyšují pravděpodobnost dosažení žádoucích zdravotních výsledků a jsou v souladu s aktuálními odbornými poznatky. Bezpečí zdravotní péče pak představuje snahu o minimalizaci rizik a předcházení poškození pacientů během poskytování zdravotních služeb (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021). Zajištění odborné, bezpečné a efektivní péče přispívá nejen k lepším zdravotním výsledkům pacientů, ale také minimalizuje riziko pochybení či vzniku nežádoucích událostí. Systematické zvyšování kvality služeb zároveň posiluje důvěru pacientů a vede ke snížení nákladů díky prevenci komplikací a zbytečných opakovaných výkonů (Masarykova univerzita, 2016).

Gladkij (2003) chápe kvalitu zdravotní péče jako míru, do jaké péče přispívá ke zlepšení zdraví jednotlivců i vybraných skupin, odpovídá současným odborným poznatkům a naplňuje očekávání pacientů i zdravotnického personálu. Dle Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (2020) samotná úroveň kvality zdravotní péče vyjadřuje, jak účinně zdravotnické služby přispívají ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivců i celé populace. Jinými slovy, jde o to, jaký dopad má péče na dosažení pozitivních zdravotních výsledků. Tato kvalita se opírá o odborné poznatky a ověřené vědecké postupy, a hraje klíčovou roli při naplňování cílů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.

Je nutné zmínit, že zájem o hodnocení spokojenosti pacientů jakožto součást zvyšování kvality zdravotní péče se datuje již do 90. let 20. století (Al-Abri, 2013). Významným přispěvatelem k této oblasti byl Avedis Donabedian, který kvalitu zdravotní péče rozčlenil do tří základních složek: struktury, procesu a výsledku. Struktura zahrnuje veškeré podmínky a zdroje ovlivňující poskytování péče – např. organizaci zdravotnického systému, dostupné lidské a materiální zdroje, odbornou způsobilost personálu nebo technické vybavení. Proces se týká diagnostických a terapeutických postupů, komunikace mezi personálem a pacienty i ekonomických aspektů řízení péče. Výsledkem pak není jen počet vyšetřených nebo ošetřených pacientů, ale také vliv na kvalitu jejich života, míra spokojenosti s poskytnutou péčí a celkový dopad na veřejné zdraví – např. prostřednictvím prevence nemocí (Donabedian, 1980)

## **2.2 Legislativní rámec**

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb vychází ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Hlavním záměrem této právní normy je nejen zajištění bezpečné a kvalitní péče pro pacienty, ale také zvýšení důvěry veřejnosti ve zdravotnická zařízení a celkové zefektivnění řízení zdravotního systému. (Zákon č. 372/2011 Sb.) Kromě zákona je nutné zmínit také následující vyhlášku č. 262/2016 Sb. ze dne 27. července 2016, kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. (Vyhláška č. 262/2016 Sb.) Z vyhlášky vyplývá, že hodnocení kvality a bezpečí poskytované lůžkové zdravotní péče se v českém zdravotnickém systému opírá o pevně stanovené oblasti, které tvoří základ celého posuzovacího rámce. Jedná se především o čtyři klíčové okruhy, jež jsou považovány za zásadní pro zajištění vysoké úrovně zdravotní péče. Prvním pilířem je řízení kvality a bezpečnosti, které zahrnuje zavádění a uplatňování mechanismů pro sledování, vyhodnocování a zlepšování poskytované péče. Cílem je předcházet chybám, snižovat výskyt nežádoucích událostí a zároveň vytvářet kulturu bezpečí

napříč celou organizací. Druhou oblastí je samotná péče o pacienty, tedy kvalita zdravotních služeb poskytovaných přímo nemocným. Tato část hodnocení se zaměřuje na to, jakým způsobem je pacientům poskytována péče, zda odpovídá odborným standardům a jestli jsou při tom respektována jejich práva, potřeby a důstojnost. Třetí složkou hodnocení je práce s lidskými zdroji. Řízení zaměstnanců, jejich kvalifikace, další vzdělávání, pracovní podmínky i motivace – to vše má přímý dopad na kvalitu péče. Tato oblast se proto zaměřuje na to, zda má zařízení dostatek odborně způsobilého personálu a jak efektivně je lidský potenciál využíván. Poslední oblastí, která je v rámci hodnocení sledována, je bezpečné prostředí. Zde se posuzuje, zda prostředí zdravotnického zařízení zajišťuje bezpečnost jak pro pacienty, tak i pro zaměstnance. To zahrnuje například prevenci pádu, kontrolu infekcí, fyzickou bezpečnost pracoviště a další faktory, které mohou ovlivnit zdraví a pohodu všech osob pohybujících se v zařízení. Pro systematické sledování a vyhodnocování těchto oblastí byly stanoveny tzv. minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality. Tyto standardy určují, co by mělo být hodnoceno a jakým způsobem, a tvoří základní rámec pro interní i externí posuzování. Jejich konkrétní podoba a způsob sledování jsou podrobně popsány v první příloze vyhlášky o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče. Dalším důležitým aspektem hodnocení jsou požadavky na personální zabezpečení a metodiku samotného procesu hodnocení. Tyto požadavky určují, kolik a jakých odborníků se má na hodnocení podílet, jakým způsobem mají být jednotlivé oblasti zkoumány a jak mají být výstupy interpretovány. Podrobné informace k těmto požadavkům jsou obsaženy ve druhé příloze výše zmíněné vyhlášky. Celý systém hodnocení tak tvoří komplexní rámec, který pomáhá zdravotnickým zařízením nejen plnit legislativní požadavky, ale především zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb a posilovat bezpečnost jak pacientů, tak zdravotnického personálu. (Vyhláška č.262/2016 Sb.)

### **2.3 Externí a interní hodnocení kvality poskytované péče**

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je nutné zmínit dva základní typy hodnocení kvality. V souvislosti se zajištěním kvality zdravotní péče lze tudíž zmínit interní a externí hodnocení. V rámci interního hodnocení je každé zdravotnické zařízení povinno zavést vlastní systém pro kontrolu a zlepšování kvality poskytované péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2019) k tomu vydalo rámcové požadavky, které byly zveřejněny ve Věstníku MZ č. 13/2021 (Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2021/>) a zároveň poskytlo metodický návod pro sebehodnocení, díky němuž si zdravotnické instituce mohou samy ověřovat, jak dobře plní stanovené požadavky. Cílem tohoto procesu je

podpořit zdravotnická zařízení v jejich vlastním rozvoji a zajistit, aby kvalita péče nebyla pouze formálním požadavkem, ale reálnou a měřitelnou součástí každodenní praxe.

Externí hodnocení je dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2019) prováděno nezávislými subjekty a jeho podoba je stanovena v § 98 téhož zákona, přičemž podrobnosti upravuje vyhláška č. 262/2016 Sb. v platném znění. Tyto legislativní kroky měly a stále mají za cíl sladit český systém s požadavky Evropské unie a doporučeními mezinárodních organizací, jako je WHO nebo ISQua. V současnosti se externí hodnocení nadále týká výhradně lůžkové zdravotní péče, zatímco hodnocení ambulantních zařízení zůstává dobrovolné. V oblasti domácí péče však Ministerstvo zdravotnictví ČR již v roce 2020 ve schválené Koncepci domácí péče v ČR – po II. vlně pandemie COVID-19 vymezilo potřebu vytvoření systému hodnocení kvality i pro tuto oblast. V dokumentu jsou navrženy klíčové nástroje, které by měly být postupně zaváděny do praxe – konkrétně systém hlášení nežádoucích událostí, soubor indikátorů kvality (např. míra rehospitalizací, spokojenost pacientů nebo dodržování doporučených postupů), klasifikační systém ošetrovatelských problémů a doporučené ošetrovatelské postupy. Zároveň koncepce upozorňuje, že zavádění těchto nástrojů závisí na připravenosti poskytovatelů, především z hlediska organizačního, personálního a technického. Dokument také zdůrazňuje nutnost jednotného metodického vedení, koordinace a podpory ze strany státu.

Externí posuzování úrovně kvality a bezpečnostních standardů ve zdravotnických zařízeních je ze zákona vyžadováno pouze u lůžkových zařízení, u ostatních typů poskytovatelů není povinné. (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2019) To znamená, že externí hodnocení bude provedeno pouze v těch případech, kdy zdravotnické zařízení aktivně požádá autorizovaný subjekt, který má oprávnění tento typ hodnocení vykonávat.

### **2.3.1 Akreditace jako nástroj externího hodnocení zdravotních služeb**

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je dobrovolný proces prováděný subjekty, které získaly oprávnění na základě zákona č. 372/2011 Sb. a jeho prováděcí vyhlášky č. 262/2016 Sb., přičemž cílem je ověřit, zda poskytovatelé péče splňují legislativní, organizační a odborné standardy kvality (Ministerstvo zdravotnictví, 2019). Oprávnění k této činnosti je podmíněno splněním předem stanovených požadavků, které mají zajistit odbornost, nestrannost a transparentnost celého procesu. Systém hodnocení je nastaven tak, aby se do něj nemohly zapojit osoby nebo subjekty, u nichž by mohlo dojít ke střetu zájmů vůči posuzovanému zařízení.

Hodnocení probíhá prostřednictvím několika akreditačních organizací – nejčastěji Spojené akreditační komise, ale také například České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví, která se mimo jiné specializuje na klinická a odborně specifická hodnocení, jako jsou zobrazovací metody nebo laboratorní diagnostika (ČSAZ, 2025). Celý proces se opírá o jasně definovaná pravidla a měřítka, která se vztahují jak na externí hodnotitele, tak na samotné poskytovatele zdravotních služeb. Tato kritéria zahrnují nejen minimální požadavky na kvalitu a bezpečí péče, ale také nároky na personální zajištění a přesně stanovené postupy hodnocení. Úspěšné absolvování akreditace je završeno vydáním certifikátu, který potvrzuje, že dané zdravotnické zařízení naplňuje vysoký standard péče a bezpečnosti pro pacienty i zdravotnický personál (SAK, 2025).

Hodnocení provádí akreditační komise složená z lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků a administrativně-technických specialistů, kteří ověřují, zda interní předpisy a procesy zařízení odpovídají akreditačním standardům. Na základě zjištění vydává komise závěrečnou zprávu a uděluje akreditaci na obvykle tříleté období (SAK, 2025).

Mezi hlavní přínosy externího hodnocení patří nestrannost – hodnocení provádějí nezávislí experti, kteří mohou efektivně identifikovat slabá místa v systému řízení kvality, jež by mohly být interním hodnocením přehlédnuta (Ministerstvo zdravotnictví, 2019). Transparentnost celého procesu přispívá ke zvýšení důvěry pacientů, zdravotních pojišťoven i dalších institucí, a zároveň umožňuje srovnání mezi zdravotnickými zařízeními. Externí hodnocení může také motivovat management ke kontinuálnímu zlepšování, protože proces je koncipován nejen jako kontrolní, ale také jako nástroj k podpoře kultury kvality (Krásnianová, 2021).

Přes tyto výhody je externí hodnocení často vnímáno jako časově i administrativně náročné. Zdravotnická zařízení musí připravit rozsáhlou dokumentaci, proškolit personál a mnohdy upravit vnitřní procesy, což může být zejména pro menší ambulantní zařízení značně zatěžující (Krásnianová, 2021). Pokud navíc zařízení nemá vytvořenou interní kulturu kvality, může být akreditační proces vnímán pouze jako formální splnění požadavků bez skutečného dopadu na praxi (OECD, 2014).

### **2.3.2 Interní audit jako nástroj pro zvyšování kvality poskytované péče**

Interní audity představují jeden z klíčových nástrojů v systému řízení kvality a bezpečí zdravotní péče. Umožňují systematicky sledovat soulad s nastavenými standardy a zároveň podporují aktivní zapojení zaměstnanců do procesu zlepšování (ČSAZ, 2023). Správně nastavený auditní proces přitom nepředstavuje pouze formální kontrolu, ale především možnost

identifikace rizik, posílení týmové spolupráce a budování otevřené kultury kvality. V ideálním případě se interní audit zaměřuje nejen na zdravotnickou dokumentaci, ale i na konkrétní procesy a chování pracovníků s cílem optimalizovat péči o pacienta (WHO, 2006; ČSAZ, 2023).

Z praxe však vyplývá, že audit může být personálem vnímán ambivalentně – jako nástroj se skutečným přínosem tehdy, pokud je veden konstruktivně a srozumitelně, ale také jako potenciální hrozba, pokud je vnímán jako represivní či formální akt kontroly (Glenngård a Anell, 2021). Výzkumy ukazují, že klíčovým faktorem pro efektivní vnímání auditů je atmosféra důvěry, dostupnost zpětné vazby a zapojení zaměstnanců do interpretace výsledků. Audity, které jsou vnímány jako partnerský proces s možností zpětné vazby a diskuse, bývají zaměstnanci přijímány pozitivněji a mají větší dopad na zlepšení péče. Naproti tomu formálně pojaté audity, které postrádají dialog a souvislost s reálnými potřebami pracovišť, bývají chápány spíše jako nutná povinnost nebo nástroj kontroly (Mason, 2023).

Carmeli, Shefer a Zisu (2023) ve své studii doporučují, aby auditní týmy byly školeny nejen technicky, ale i v komunikačních a facilitátorských dovednostech. Studie dále doporučuje, aby byl auditní proces postaven na participativním přístupu, který zapojuje zaměstnance do interpretace nálezů i tvorby opatření. Tento přístup zvyšuje motivaci pracovníků ke změnám a zajišťuje větší trvalý dopad. Význam má také opakování auditů v čase – tzv. cyklické audity – které organizacím umožňují sledovat vývoj a reálný dopad přijatých opatření. ČSAZ pak ve svých doporučeních zdůrazňuje, že audit by měl být součástí každodenní kultury organizace, nikoli výjimečnou událostí.

## **2.4 Výhody a nevýhody hodnocení kvality péče**

V oblasti hodnocení kvality zdravotní péče neexistuje univerzální přístup, který by byl vhodný pro všechny situace a potřeby. Různé metody, ať už kvantitativní či kvalitativní, interní nebo externí, mají své silné stránky, ale zároveň i jisté limity (WHO, 2006; OECD, 2006).

Kvantitativní přístupy, např. využívání standardizovaných dotazníků, umožňují srovnání mezi zařízeními a poskytují přehledná, číselně vyjádřitelná data (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016). Na druhou stranu však mohou opomíjet individuální zkušenosti pacientů. Kvalitativní techniky, jako jsou rozhovory nebo skupinové diskuse, zase nabízejí hlubší pohled na osobní prožitky pacientů, ale jejich výstupy jsou obtížně generalizovatelné (Groene et al., 2018). Stejně tak interní hodnocení, které má za cíl podpořit sebereflexi a kontinuální zlepšování v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení, umožňuje přímou reakci na konkrétní podmínky

organizace. Zároveň však může být ovlivněno subjektivitou a vnitřními tlaky (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016). Externí hodnocení, které je realizováno nezávislými subjekty, poskytuje objektivnější pohled a umožňuje srovnání napříč institucemi, nicméně je spojeno s vyšší administrativní a personální náročností a může být vnímáno jako formální kontrolní mechanismus, spíše než nástroj pro zlepšení (WHO, 2006). Z toho vyplývá, že žádná metoda hodnocení kvality zdravotní péče není ideální sama o sobě. Každá přináší jiný typ informací a jejich efektivní využití spočívá v jejich kombinaci a vhodném zacílení v závislosti na cíli a kontextu hodnocení (Groene et al., 2018; OECD, 2006). V komplexním systému zdravotní péče je proto nezbytné zvažovat různé přístupy a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacientů, poskytovatelů a regulátorů.

## **2.5 Kvalita ve vztahu k nežádoucím událostem**

Dle Pokorné et al. (2019) je jednou z klíčových informací týkající se kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče výskyt nežádoucích událostí, což jsou okolnosti či situace, které mohly vést k psychickému, tělesnému či socio-ekonomickému poškození pacienta a kterým bylo možné se vyhnout. Patří sem rovněž situace, kdy došlo k poškození zaměstnance zdravotnického zařízení či poskytovatele zdravotních služeb. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2022) se za nežádoucí události považují také situace, kdy dojde k nečekanému zhoršení zdravotního stavu pacienta, které má za následek trvalé následky nebo dokonce smrt. Do této kategorie spadají rovněž případy, kdy došlo nebo mohlo dojít k poranění pacienta, a přitom zatím není jisté, zda bylo možné této situaci předejít. Nežádoucí události zahrnují i situace, které byly včas rozpoznány ještě předtím, než došlo k jakémukoli poškození pacienta nebo jiné osoby v rámci poskytované péče. Součástí této problematiky jsou i takzvané „skorochyby“, tedy momenty, kdy byl odhalen nevhodný nebo chybný postup, který nebyl v souladu s platnými doporučeními a mohl potenciálně vést k újmě na zdraví pacienta či jiných osob (například zdravotnického personálu). Přestože v těchto případech nedošlo k přímému poškození, jedná se o závažné varovné signály, které je třeba brát v potaz při zajišťování kvality a bezpečnosti zdravotní péče.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2022) nežádoucí události představují závažný problém, který má přímý dopad na bezpečí pacientů i celkovou úroveň poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Tyto události mohou narušit důvěru pacientů ve zdravotní systém, zkomplikovat průběh léčby, prodloužit hospitalizaci nebo vést k dalším zdravotním komplikacím, případně i k trvalým následkům či úmrtí. Z pohledu systému zdravotnictví nejde pouze o jednotlivé selhání, ale o závažný ukazatel, který signalizuje

nedostatky v organizaci práce, v komunikaci mezi zdravotnickým personálem, ve sledování rizik nebo v nastavení bezpečnostních mechanismů.

Studie se shodují na tom, že výskyt nežádoucích událostí ve zdravotní péči je častý, avšak ve velké míře preventabilní. Mezinárodní data uvádějí, že přibližně 9–15 % hospitalizovaných pacientů zažije alespoň jednu nežádoucí událost, přičemž 40–99 % z nich bylo možné předejít (Brennan et al., 2013; Silva et al., 2022; de Vries et al., 2021). Pouze 11 % všech hlášení tvoří tzv. „skorochyby“ přičemž 45 % zdravotnických zařízení takové události nikdy nehlásilo (CHPSO, 2022).

Nízké počty hlášení často nesouvisí s absencí událostí, ale s obavami personálu a nevhodně nastavenou kulturou organizace. Strach ze sankcí, časová náročnost a nedostatek podpory bývají hlavní překážkou sdílení chyb (Snyder Aznavah et al., 2024). Zásadní roli přitom hraje tzv. kultura bezpečí – organizace, které podporují otevřenost a týmovou spolupráci, mají výrazně vyšší míru hlášení a zároveň nižší výskyt událostí (Vikan et al., 2023).

Na důležitosti kultury bezpečí se shodují i české studie. Například data z nemocnic Pardubického kraje či z Národního systému hlášení nežádoucích událostí ukazují, že obavy ze sankcí a nedůvěra v účel hlášení patří mezi hlavní důvody, proč se chyby v praxi často nezaznamenávají (Angelová, 2018; Pokorná, 2022). Podpora otevřené komunikace, vedení bez trestu a aktivní zpětná vazba jsou tedy klíčem k prevenci a zlepšování kvality péče.

V České republice je bezpečnost pacientů systematicky podporována prostřednictvím tzv. resortních bezpečnostních cílů (RBC), které jsou implementovány do akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR (SAK, 2024). V ambulantních zdravotnických zařízeních jsou nejčastěji aplikovány tyto RBC:

**RBC 2** – Bezpečné zacházení s rizikovými léčivými: například formou viditelného označení, odděleného skladování a interních směrnic.

**RBC 5** – Hygiena rukou: jedno z klíčových opatření prevence přenosu infekcí v prostředí, kde dochází k těsnému fyzickému kontaktu.

**RBC 6** – Bezpečná komunikace: zaměřuje se na prevenci komunikačních pochybení mezi zdravotníky a pacienty – například prostřednictvím strukturovaného sdílení informací.

**RBC 7** – Bezpečné předávání pacientů a informací: zajišťuje kontinuitu péče při přechodu pacienta mezi jednotlivými částmi zařízení nebo při střídání personálu.

Dodržování těchto cílů bývá při akreditačním šetření ověřováno například tzv. stopovací metodou, kdy auditor sleduje konkrétního pacienta během celého jeho průchodu zdravotnickým zařízením (SAK, 2024). Pro ambulantní zařízení včetně rehabilitačních pracovišť se tak jedná o nástroj podpory kultury bezpečí, prevence chyb a zvyšování kvality péče.

Rehabilitace je běžně vnímána jako bezpečná složka zdravotní péče, nicméně výzkumy ukazují, že se ani tento obor nevyhýbá výskytu nežádoucích událostí, a to jak fyzických, tak i komunikačních. Wang a kolektiv (2024) ve své rozsáhlé scopingové studii shrnuli data z 58 výzkumů a zjistili, že mezi nejčastější fyzické následky nežádoucí události patří zvýšená bolest, svalová tuhost, únava, závratě, hemodynamická nestabilita či pády. V oblasti fyzioterapie pánevního dna byly popsány také nežádoucí pocity diskomfortu či bolesti. Přestože většina těchto příznaků byla přechodná a mírné intenzity, mohou významně ovlivnit pacientovu důvěru i kontinuitu léčby (Wang et al., 2024).

Podobné závěry přinesla i systematická revize zaměřená na nežádoucí události při manuální terapii, kde Carnes a kolektiv (2010) uvádějí výskyt mírných až středně závažných nežádoucích účinků (např. bolest hlavy, zhoršení symptomů) u 22–41 % pacientů, přičemž závažné nežádoucí účinky byly vzácné (přibližně 0,13 %). Autoři zdůrazňují nutnost individualizovaného přístupu a informovaného souhlasu jako prevenci komplikací.

Důležitou, avšak často opomíjenou oblastí jsou také komunikační neshody mezi terapeutem a pacientem, které mohou být rovněž považovány za nežádoucí události. Aljuhani a kolektiv (2024) identifikovali jako rizikové faktory nedostatek času, nevhodné prostředí, nedostatečné vysvětlení léčby a slabé naslouchání ze strany terapeuta. Tyto faktory mohou vést k nedorozuměním, ztrátě důvěry i odmítnutí léčby. Hannawa a kolektiv (2017) a WHO navíc uvádějí, že komunikační selhání je jedním z nejčastějších faktorů vedoucích k poškození pacienta ve zdravotnictví obecně.

Nelze opomenout, že některé nežádoucí události mohou mít také socioekonomické důsledky pro pacienta, a to i v případě, že nedochází k přímému fyzickému poškození. Nejčastěji se jedná o následky neadekvátní, zpožděné, neúčinné nebo špatně komunikované péče, které mohou vést ke zhoršení zdravotního stavu, delší pracovní neschopnosti, ztrátě příjmů, nutnosti častějších návštěv, nebo dokonce k přerušení léčby (Milcent, 2024; Braaten et al., 2021).

Podle studie Milcent (2024) sociálně-ekonomický status pacientů významně ovlivňuje výsledky rehabilitační péče. Pacienti s nižším sociálně-ekonomickým statusem čelí vyšší míře komplikací a menšímu zlepšení funkčních parametrů, často kvůli omezenému přístupu ke

kvalitní péči, nedostatku informací nebo nutnosti upřednostnit pracovní povinnosti před léčbou. Systémový přehled Braaten et al. (2021) dále poukazuje na to, že vyšší vzdělání, příjem a dostupnost dopravy zvyšují nejen šanci na zahájení léčby, ale také zvyšují její efektivitu a výsledný terapeutický efekt.

Výzkumy v oblasti veřejného zdraví rovněž potvrzují, že socioekonomické faktory mohou negativně ovlivnit i vztah pacient–terapeut. Nedostatečná zdravotní gramotnost, jazyková bariéra, časové omezení či finanční tlak často vedou k horší komunikaci, nedodržení doporučené terapie nebo jejímu úplnému přerušení (Pokorná, 2022). Takové situace mohou vést nejen ke zdravotnímu zhoršení, ale i k psychosociálnímu stresu, ztrátě důvěry v systém a v některých případech i k právním či etickým důsledkům.

Tyto poznatky podtrhují význam komplexního pohledu na nežádoucí události, který zahrnuje nejen jejich klinické aspekty, ale i jejich širší společenský a ekonomický dopad. Z pohledu kvality péče je proto nezbytné zohlednit i preventivní mechanismy, které tyto dopady minimalizují – například flexibilní plánování terapie, dostupnost informací, systémová opatření a kultura bezpečné komunikace v organizaci.

Vzhledem k tomu, že 72 % studií fyzioterapie neuvádí žádný systém hlášení nežádoucích událostí, zůstávají i komunikační konflikty často nezdokumentovány (Wang et al., 2024). Chybí jasně určené osoby, formuláře i zpětná vazba, což snižuje možnost učení se z chyb a prevenci jejich opakování. Z těchto poznatků vyplývá, že za nežádoucí události ve fyzioterapii by měly být považovány nejen fyzické komplikace, ale i nevhodná nebo nedostatečná komunikace, která může vést k negativnímu průběhu terapie a ohrožení vztahu terapeut–pacient.

Typy nežádoucích událostí popsané ve studiích (např. Wang et al., 2024; Carnes et al., 2010), jako jsou přechodná bolest, únava či komunikační obtíže, nejsou v České republice běžně systematicky evidovány prostřednictvím jednotného národního systému. Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU), zavedený Ministerstvem zdravotnictví, je určen primárně pro dobrovolné anonymizované hlášení závažných událostí ze strany lůžkových zdravotnických zařízení. V ambulantní péči tento systém standardně aplikován není, a zaznamenávání případných komplikací nebo nespokojenosti pacientů je ponecháno spíše na vnitřních procesech jednotlivých zařízení (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024).

Z toho důvodu lze říci, že události popisované ve zmíněných výzkumech jsou v českém prostředí evidovány především neformálně, interně – a nedochází k jejich jednotnému záznamu

na národní úrovni. To může vést k omezeným možnostem systematického vyhodnocování rizik a zlepšování kvality v ambulantní rehabilitační péči.

Zkoumání výskytu těchto událostí spojených se zdravotní péčí, zůstává jedním z klíčových témat současného zdravotnictví nejen v České republice, ale po celém světě. I přes technologický pokrok, vyšší standardy a mezinárodní doporučení stále dochází k situacím, kdy je pacient během péče vystaven riziku újmy.

Z hlediska veřejného zdraví i odborné praxe je proto nezbytné sledovat, analyzovat a systematicky vyhodnocovat veškeré nežádoucí události s cílem odhalit jejich příčiny, zabránit jejich opakování a vytvořit prostředí, které bude co nejbezpečnější pro všechny zúčastněné, a to především pro pacienty, ale i pro zdravotnický personál. Zlepšení v této oblasti přispívá nejen ke zvýšení kvality péče, ale také k větší efektivitě zdravotnických služeb a posilování důvěry veřejnosti ve zdravotní systém.

## **2.6 Faktory ovlivňující spokojenost pacienta**

Spokojený pacient je ve své podstatě odrazem celkové kvality zdravotní péče. Dle Janečkové a Hnilicové (2009) je spokojenost pacienta výsledkem celé řady různých faktorů a jde o dosti komplexní jev. Ptáček a Bartůněk (2015) poukazují na to, že mezi klíčové aspekty patří především kvalita komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Pacienti oceňují, když jsou jim informace sdělovány jasně, srozumitelně a lidsky. Pocit, že mohou pokládat otázky bez obav, že by byli na obtíž, posiluje jejich důvěru a pocit bezpečí. Dobrá komunikace je navíc základem pro pochopení pokynů a doporučení, což výrazně přispívá k bezproblémovému průběhu léčby. Dalším důležitým faktorem je přístup a chování zdravotnického personálu. Vstřícnost, empatie a respekt k pacientovi hrají zásadní roli v tom, jak pacient celkovou péči vnímá. Spokojený zaměstnanec se obvykle chová ke svým pacientům s větší ochotou a zájmem, což má pozitivní dopad nejen na samotného pacienta, ale i na celkový obraz zdravotnického zařízení. Nelze opomenout ani prostředí a technické zázemí zařízení. Pacienti hodnotí čistotu a celkové fyzické podmínky, v nichž je péče poskytována. Tyto faktory, přestože nejsou přímo součástí léčebného procesu, mají zásadní vliv na psychickou pohodu pacienta během léčby. Organizace práce a dostupnost zdravotnických služeb jsou další oblastí, která ovlivňuje spokojenost pacientů. Efektivní řízení, omezení zbytečné administrativy a dostatečný počet personálu zajišťují plynulý provoz a snižují stres jak pro zaměstnance, tak pro pacienty. Neméně důležitá je i důvěra pacientů ve zdravotnické zařízení, která se odvíjí od dodržování bezpečnostních standardů a profesionálního přístupu celého týmu. Pozitivní

zkušenosti pacientů se pak odrážejí v pověsti zdravotnického zařízení, což může ovlivnit rozhodování dalších pacientů o tom, kde se chtějí léčit. Lze konstatovat, že spokojenost pacientů je komplexní proces, na kterém se podílí kvalita mezilidských vztahů, komunikace, prostředí, organizace péče a celkový přístup zdravotnického zařízení k pacientům. Je proto nezbytné těmto oblastem věnovat pozornost a systematicky je rozvíjet.

## **2.7 Vybrané techniky sledování a hodnocení spokojenosti**

Janečková a Hnilicová (2009) uvádí, že v praxi při řízení zdravotnických zařízení je možné se setkat s různými názory na to, jak kvalitu zdravotní péče sledovat a posléze hodnotit. Je nutné zmínit, že kvalita zdravotní péče není dána sama o sobě, a proto je zapotřebí ji jak explicitně, tak systematicky sledovat a tím dosáhnout požadované úrovně. Dle Mareše (2009) může výběr metody měření a hodnocení spokojenosti pacienta významně ovlivnit výsledky hodnocení. Spokojenost lze zjišťovat kvantitativně, za pomoci standardizovaných dotazníků. Jedním z dotazníků používaných v evropských zemích je EUROPEP. Zaměřuje se na kvalitu poskytované péče praktickými lékaři. Pickerův Institut (2025), který je zaměřen na péči o člověka měří zkušenosti pacientů s poskytováním ambulantní i lůžkové péče dle Pickerova dotazníku, který je validovaný v evropském prostředí. V České republice byl vytvořen dotazník spokojenosti pacienta Ministerstvem zdravotnictví na základě projektu Národního hodnocení spokojenosti pacientů. Obsahuje 35 otázek rozdělených do 8 dimenzí dle Pickera které hodnotí různé aspekty hospitalizační péče, jako je komunikace s personálem, komfort, informovanost a zapojení rodiny. Druhá část dotazníku dává pacientovi možnost vyjádřit volnou zpětnou vazbu. Kvalitativní hodnocení spokojenosti pacienta pak může probíhat např. prostřednictvím rozhovorů, pozorování a diskusí ve focus groups. Dle Válkové (2015) je cílem skupinové diskuze konfrontace názorů diskutujících a pozorování způsobů jejich modifikace. Dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2019) je zajištění vysoké kvality a bezpečného prostředí při poskytování zdravotní péče jednou z hlavních priorit současného zdravotnického systému. Tento důraz na kvalitu a patientsky orientovaný přístup je podporován nejen národními institucemi ale i významnými mezinárodními organizacemi jako jsou Rada Evropské unie, Světová zdravotnická organizace (WHO), Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a Aliance pro bezpečí pacientů. Tyto instituce zformulovaly doporučení, která zahrnují i systematické sledování spokojenosti pacientů jako jeden z klíčových nástrojů pro zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Na mezinárodní úrovni se hodnocením a podporou kvality zdravotní péče zabývá dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2019) např. Mezinárodní společnost pro kvalitu ve

zdravotnictví, známá pod zkratkou ISQua tedy International Society for Quality in Health Care. Tato organizace definuje mezinárodní akreditační principy, které slouží jako měřítko pro posuzování kvality a bezpečnosti zdravotnických systémů v jednotlivých zemích. Společně s WHO stanovila základní požadavky, které by měl každý zdravotnický systém splňovat. Mezi ně patří důraz na respektování práv pacientů a jejich aktivní zapojení do rozhodovacích procesů, odpovědnost poskytovatelů za kvalitu péče a její kontinuální zlepšování, efektivní hospodaření s dostupnými zdroji, řízení možných rizik a chyb, jasně nastavená struktura řízení organizace, začlenění kvality péče do strategického plánování a také úzká spolupráce se zdravotnickými zařízeními v daném regionu.

## **2.8 Shrnutí teoretické části**

Teoretická část diplomové práce se zabývá problematikou kvality a bezpečí zdravotní péče ve spojení s legislativními požadavky a systémy hodnocení a spokojeností pacientů. Úvod kapitoly vysvětluje, jak je kvalitní zdravotní péče v současnosti vnímána – jako péče efektivní, bezpečná, dostupná, včasná a individualizovaná. Zahrnuje jak odborné postupy, tak mezilidské aspekty a organizační zajištění. Dále je popsán význam bezpečnosti pacientů jako klíčové složky kvality, přičemž je zdůrazněno, že zajištění kvality a prevence chyb vyžaduje systémový přístup.

Navazující část se věnuje legislativnímu rámci kvality a bezpečí zdravotních služeb v České republice, který je vymezen zejména zákonem č. 372/2011 Sb. a vyhláškou č. 262/2016 Sb. Legislativa stanovuje pravidla jak pro interní řízení kvality, tak pro externí hodnocení, a definuje minimální požadavky na zdravotnická zařízení v oblasti organizace, personálního zajištění a bezpečnosti poskytovaných služeb.

Další oddíl rozpracovává interní a externí systémy hodnocení kvality péče. Interní hodnocení prostřednictvím klinických auditů umožňuje zdravotnickému zařízení zmapovat vlastní procesy, identifikovat nedostatky a nastavit opatření k jejich nápravě. Externí hodnocení, realizované například Spojenou akreditační komisí nebo Českou společností pro akreditaci ve zdravotnictví, funguje jako nezávislý kontrolní nástroj. Jeho přínosem je objektivita, standardizace a možnost srovnání mezi zařízeními, přesto bývá v odborné literatuře kritizováno pro svoji procedurální náročnost a zaměření spíše na procesy než na skutečné výstupy zdravotní péče.

Poslední kapitola se věnuje spokojenosti pacientů, která představuje jeden z důležitých indikátorů kvality zdravotní péče. Zohledňuje subjektivní prožívání pacienta a hodnotí

například komunikaci s personálem, organizaci péče, prostředí či dostupnost informací. Spokojenost pacientů je sledována pomocí kvantitativních a kvalitativních nástrojů a její interpretace může přispět ke zlepšení péče a vztahu mezi pacientem a poskytovatelem.

Závěrem lze konstatovat, že kvalita péče je výsledkem propojení odbornosti, bezpečnostních opatření, funkčních hodnoticích systémů a zpětné vazby od pacientů. Všechny tyto složky hrají klíčovou roli při budování důvěryhodného a efektivního zdravotnického prostředí.

## VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

Tato kapitola představuje výsledky dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na zjištění míry spokojenosti pacientů v ambulantním rehabilitačním zařízení. Dotazník zahrnoval třináct položek hodnotících různé aspekty poskytované péče. Výsledky jsou uvedeny ve formě přehledných tabulek a grafického znázornění a doplněny stručným komentářem.

### 3 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

Výzkumná část diplomové práce byla realizována formou kvantitativního šetření. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak jsou pacienti v daném rehabilitačním zařízení spokojeni s poskytovanou péčí, a případně poukázat na aspekty péče, které by mohly být vnímány jako méně uspokojivé.

Ještě před zahájením samotného sběru dat bylo provedeno pilotní ověření srozumitelnosti dotazníku. Tento test proběhl u pěti pacientů, kterým byl dotazník nabídnut k vyplnění s cílem ověřit, zda jsou jednotlivé otázky pochopitelné a zda odpovídají běžné zkušenosti pacientů. Na základě jejich zpětné vazby nebylo potřeba dotazník upravovat, a bylo tak možné přistoupit k vlastnímu šetření.

V rámci této diplomové práce byly stanoveny dvě výzkumné hypotézy, jejichž cílem bylo ověřit možné rozdíly v hodnocení spokojenosti pacientů.

První hypotéza se zaměřovala na rozdíly ve spokojenosti mezi jednotlivými oblastmi péče:

**H<sub>0</sub>**: Hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech péče je stejné.

**H<sub>1</sub>**: Hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech péče není stejné.

Druhá hypotéza zkoumala, zda hodnocení spokojenosti napříč všemi třinácti položkami dotazníku souvisí s pohlavím respondentů:

**H<sub>0</sub>**: Spokojenost pacientů ve všech položkách dotazníku nezávisí na pohlaví.

**H<sub>1</sub>**: Spokojenost pacientů ve všech položkách dotazníku závisí na pohlaví.

### 3.1 Sběr dat

Šetření probíhalo v rehabilitační ambulanci v období od března do května 2025, kde byli oslovení pacienti starší 18 let, kteří byli v době sběru dat na konci své rehabilitační terapie – tedy měli za sebou minimálně pět a maximálně deset návštěv. Do výzkumného souboru nebyli zahrnuti děti do 18let, cizinci ani pacienti s diagnostikovanými depresivními nebo jinými závažnými psychickými poruchami. Celkový počet oslovených respondentů bylo 150. V uvedeném období bylo v daném rehabilitačním zařízení ošetřeno celkem 2 538 pacientů (údaj dle unikátních rodných čísel).

Dotazníky byly pacientům nabízeny rehabilitačními pracovníky osobně, vždy po ukončení jejich terapeutické série. Každému respondentovi byl srozumitelně vysvětlen účel šetření, způsob vyplnění a forma odevzdání, a to s důrazem na zachování anonymity. Vyplněné dotazníky pacienti odevzdávali do uzamykatelné schránky ve společných prostorách ambulance. Do procesu byli zapojeni i kolegové z týmu fyzioterapeutů, kteří byli ústně edukováni, jak pacienty informovat a jak zajistit správné předání dotazníků. Aby byla zajištěna věrohodnost a relevantnost odpovědí, byl dotazník cíleně nabídnut pouze pacientům splňujícím výše uvedené podmínky. Tento postup minimalizoval riziko, že by dotazník vyplnil neoprávněný nebo náhodný respondent. Dotazník byl distribuován v tištěné formě a vyplňován samostatně, nejčastěji v čekárně nebo bezprostředně po skončení terapie. Šetření bylo zcela anonymní a dobrovolné.

Použitým výzkumným nástrojem byl nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval celkem 19 otázek. Dotazník byl navržen tak, aby co nejpřesněji reflektoval specifika konkrétního rehabilitačního pracoviště a zároveň byl přiměřeně náročný pro cílovou skupinu respondentů. Většina otázek byla formulována na základě pětibodové Likertovy škály (1 = velmi nespokojen/a, 5 = velmi spokojen/a), doplněné o možnost slovního komentáře zejména u negativních odpovědí (1–3), což umožnilo hlubší porozumění případné nespokojenosti pacientů. Otázky dotazníku byly zaměřeny na klíčové oblasti spojené s poskytováním ambulantní rehabilitační péče, konkrétně na: chování a komunikaci zdravotnického personálu, organizaci a plynulost péče, informační podporu a srozumitelnost předaných informací, materiálně-technické vybavení pracoviště, dodržování důstojnosti a soukromí pacientů, možnost zpětné vazby a celkovou spokojenost s prostředím. Součástí

dotazníku byla rovněž otevřená otázka, která respondentům umožnila navrhnout konkrétní zlepšení z jejich pohledu.

Při konstrukci dotazníku záměrně nebyl použit žádný standardizovaný nástroj, protože cílem bylo vytvořit takový soubor otázek, který by přesně reagoval na provozní a personální podmínky sledovaného zařízení. Inspirace byla čerpána z celostátního dotazníkového šetření Ministerstva zdravotnictví ČR, které je dostupné v rámci projektu Kvalita očima pacientů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024). Dále byly využity vybrané formulace z interního dotazníku, který je v daném zařízení běžně používán, avšak pro potřeby tohoto šetření nebyl zvolen, neboť byl příliš stručný a obecný. S ohledem na očekávanou spolupráci pacientů a jejich časové možnosti byl dotazník koncipován tak, aby nebyl nadměrně rozsáhlý. Důraz byl kladen na vyváženost mezi množstvím otázek a jejich výpovědní hodnotou, s cílem zvýšit návratnost a minimalizovat zátěž pro respondenty.

Celkem bylo získáno 87 vyplněných dotazníků, z nichž jeden byl vyřazen z důvodu nesprávného vyplnění. Do finální analýzy tak bylo zahrnuto 86 odpovědí z celkových 150 rozdaných dotazníků, což představuje návratnost 57 %.

Etické aspekty výzkumu byly zajištěny podpisem informovaného souhlasu s vedoucím pracovníkem zdravotnického zařízení, který schválil provedení dotazníkového šetření v období od března do května 2025. Účast pacientů byla zcela dobrovolná a anonymní. Anonymita vyplněných dotazníků byla zajištěna tak, že pacient vhodil vyplněný formulář do uzamykatelné schránky označené „Dotazníky spokojenosti“, která byla viditelně umístěna v prostorách rehabilitačního zařízení.

Odborné informace byly získávány prostřednictvím vědeckých databází, především PubMed, Web of Science, Scopus a Google Scholar. Byly využity také odborné informační zdroje dostupné díky členství v Národní lékařské knihovně v Praze, jejíž databáze a odborné fondy byly využity při vyhledávání literatury z oblasti zdravotnictví, fyzioterapie a hodnocení kvality péče.

Při výběru literatury byl kladen důraz především na aktuální zdroje z posledních deseti let, přičemž byly zařazeny i klíčové starší publikace, které jsou pro dané téma stále považovány za odborně přínosné.

Při rešerši byly použity klíčové výrazy v českém i anglickém jazyce, a to samostatně i v různých kombinacích.

Použitá klíčová slova v češtině zahrnovala zejména: spokojenost pacientů, kvalita zdravotní péče, rehabilitační péče, zdravotnický management, ambulantní péče, zpětná vazba pacienta, komunikace ve zdravotnictví, hodnocení zdravotnického zařízení.

Anglické ekvivalenty klíčových slov zahrnovaly např.: patient satisfaction, quality of healthcare, rehabilitation care, healthcare management, outpatient care, patient feedback, communication in healthcare, evaluation of a healthcare facility.

### **3.2 Dotazník spokojenosti pacientů**

Dotazník s názvem „Dotazník spokojenosti pacientů s rehabilitační péčí“ byl vytvořen v prostředí programu Microsoft Excel. Formulářová podoba dotazníku umožňovala snadný tisk a distribuci pacientům přímo na pracovišti. Excelová struktura zároveň usnadnila následné zadávání dat, jejich organizaci a přehlednost. Hlavní část obsahuje 13 uzavřených otázek zaměřených na hodnocení různých aspektů poskytované péče, jako je chování personálu, komunikace, dodržování časového harmonogramu, úroveň informovanosti, respekt k důstojnosti a soukromí pacienta, čistota a vybavení zařízení. Otázky jsou formulovány pomocí pětibodové Likertovy škály, která umožňuje vyjádřit míru spokojenosti od „velmi nespokojen/a“ po „velmi spokojen/a“. U negativních odpovědí (1–3) je prostor pro slovní vysvětlení důvodu.

Doplňující část zahrnuje otázky zjišťující základní informace o respondentech, jako je věková kategorie, pohlaví, doba čekání na zahájení léčby, absolvované procedury a doporučení zařízení blízkým. Závěrem je otevřená otázka, která dává pacientům možnost sdělit jakékoliv další připomínky nebo zkušenosti, které nebyly v předchozích otázkách zachyceny.

### **3.3 Statistické zpracování dat**

Data získaná prostřednictvím vyplněných dotazníků byla přenesena do tabulky v programu Microsoft Excel. Každý řádek představoval jednoho respondenta a jednotlivé sloupce odpovídaly jednotlivým otázkám dotazníku. Tento způsob záznamu umožnil přehledné uspořádání dat a jejich následnou analýzu. Zaznamenány byly nejen uzavřené odpovědi, ale také slovní komentáře, které respondenti uvedli u vybraných otázek. Tyto otevřené odpovědi byly následně tematicky roztrženy a využity při vyhodnocení výsledků.

Ke statistickému zpracování dat byl využit software Tibco Statistica. Pomocí tohoto programu byly u jednotlivých otázek dotazníku vypočteny absolutní a relativní četnosti odpovědí. Absolutní četnosti vyjadřují počet respondentů, kteří zvolili konkrétní variantu odpovědi,

zatímco relativní četnosti byly vypočteny jako podíl dané odpovědi vzhledem k celkovému počtu odpovědí a vyjádřeny v procentech. Výsledky byly následně prezentovány v přehledných tabulkách a graficky znázorněny pro lepší srozumitelnost a interpretaci.

**Otevřená otázka** byla zpracována kvalitativním způsobem. Všechny slovní odpovědi respondentů byly nejprve pečlivě přečteny a zaznamenány. Následně byly jednotlivé komentáře tematicky roztrženy do několika oblastí dle obsahu sdělení (např. materiálně-technické vybavení, organizace péče, komunikace apod.). Tento postup umožnil identifikovat hlavní okruhy doporučení, která pacienti nejčastěji zmiňovali. Pro lepší přehlednost byla tato doporučení a shrnuta do přehledné tabulky, která umožňuje snadnější orientaci v datech a poukazuje na nejčastěji se opakující návrhy na zlepšení.

**Pro porovnání míry spokojenosti v jednotlivých položkách** rehabilitační péče byl použit neparametrický Friedmanův ANOVA test pro opakovaná měření, který je vhodný pro srovnávání více než dvou souvisejících (závislých) skupin. Vzhledem k tomu, že jednotlivé položky spokojenosti hodnotili totiž respondenti (tj. data pocházela z jedné skupiny osob a jednotlivé položky jsou vzájemně závislé), jednalo se o typické použití tohoto testu. Friedmanův test umožnil zjistit, zda se míra spokojenosti mezi jednotlivými oblastmi (např. komunikace personálu, čistota, vybavení, aj.) statisticky významně lišila.

V případě, že byl Friedmanův test statisticky signifikantní, bylo následně přistoupeno k párovému porovnání jednotlivých položek Wilcoxonovým testem pro závislé výběry jako post-hoc analýze. Tento test umožnil určit, mezi kterými konkrétními položkami existují významné rozdíly v hodnocení.

**Závislost míry spokojenosti na věku** byla testována pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Tento test byl zvolen z důvodu ordinální povahy proměnných (věk i míra spokojenosti byly zpracovány jako pořadová data), a zároveň proto, že nelze předpokládat normální rozdělení dat. Spearmanův korelační koeficient umožňuje odhalit monotónní vztah mezi dvěma proměnnými – tedy zda s rostoucím věkem pacientů roste nebo klesá jejich spokojenost. Výsledkem je korelační koeficient, který udává směr a sílu vztahu, a p-hodnota, která informuje o statistické významnosti tohoto vztahu.

**Závislost míry spokojenosti na pohlaví respondentů** byla testována pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti. Tento test byl zvolen pro svou vhodnost při porovnávání kategoriálních proměnných – v tomto případě pohlaví (muž/žena) a úrovně spokojenosti v jednotlivých položkách péče. Data byla nejprve uspořádána do kontingenčních tabulek, které zobrazují

rozložení odpovědí napříč kategoriemi. Chí-kvadrát test pak umožnil statisticky posoudit, zda existuje významná souvislost mezi pohlavím a mírou spokojenosti, nebo zda se rozdíly mezi skupinami vyskytly náhodně.

Při všech statistických testech byla použita hladina významnosti 5 % ( $\alpha = 0,05$ )

### 3.4 Popis sledovaného souboru

Sledovaný soubor tvořilo celkem 86 respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření v rámci rehabilitační ambulance. Následující popis vychází ze základních sociodemografických údajů a informací o absolvované terapii.

Z hlediska věkového složení byli nejpočetněji zastoupeni respondenti ve věku 61 let a více, kteří tvořili přibližně jednu třetinu souboru. Následovaly věkové skupiny 30–48 let a 49–60 let, jejichž zastoupení bylo vzájemně velmi vyrovnané. Nejmenší podíl představovali mladší pacienti ve věku 18–29 let, jejichž účast odpovídala přibližně jedné desetíně souboru.

Z pohledu pohlaví v souboru převládaly ženy, které tvořily necelé dvě třetiny respondentů, zatímco muži představovali přibližně dvě pětiny účastníků.

Pokud jde o absolvované procedury, téměř všichni pacienti uvedli, že podstoupili léčebnou tělesnou výchovu. Elektroléčbu absolvovala více než polovina respondentů, zatímco vodoléčbu přibližně každý pátý. Skupinového cvičení se účastnila jen malá část pacientů, zhruba každý dvanáctý. Jako jiný typ procedury byl v jednom případě zmíněn parafinový zábal.

Co se týče čekací doby na zahájení rehabilitační léčby, nejvíce pacientů (přibližně dvě pětiny) začalo docházet na rehabilitaci do dvou týdnů od objednání. Téměř jedna třetina respondentů čekala mezi dvěma až třemi týdny a přibližně stejný podíl uvedl, že čekali déle než tři týdny.

**Tabulka 1:** Základní informace o sledovaném souboru – Věková kategorie

Věková kategorie		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-29 let	10	11,6 %
30-48 let	24	27,9 %
49-60 let	23	26,7 %
61 let a více	29	33,7 %

**Tabulka 2:** Základní informace o sledovaném souboru – Pohlaví

<b>Pohlaví</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	35	40,7 %
Žena	51	59,3 %

**Tabulka 3:** Základní informace o sledovaném souboru – Absolvované procedury

<b>Absolvované procedury</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
LTV	85	98,8 %
Elektroléčba	52	60,5 %
Vodoléčba	19	22,1 %
Skupinové cvičení	7	8,1 %
Jiné – parafín	1	1,2 %

**Tabulka 4 –** Základní informace o sledovaném souboru – Doba čekání na zahájení rehabilitační léčby

<b>Čekací doba na zahájení rehabilitace</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 14 dní	34	39,5%
14dní - 3 týdny	27	31,4 %
Více než 3 týdny	25	29,1 %

### **3.5 Výsledky hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech rehabilitační péče**

Tato část práce se zaměřuje na podrobné vyhodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech rehabilitační péče, které byly zjišťovány prostřednictvím prvních 13 otázek dotazníkového šetření. Jednotlivé otázky byly formulovány tak, aby postihly klíčové aspekty patientské zkušenosti – zejména kvalitu komunikace s personálem, dodržování organizačních a časových pravidel, respekt k důstojnosti a soukromí pacientů, úroveň informovanosti

a celkovou atmosféru ve zdravotnickém zařízení. Odpovědi byly hodnoceny na základě pětibodové Likertovy škály, přičemž respondenti, kteří zvolili hodnoty 1 až 3, byli vyzváni k uvedení důvodu svého hodnocení. Výsledky jednotlivých položek jsou v této kapitole podrobně analyzovány a interpretovány s ohledem na četnost odpovědí a případné slovní komentáře pacientů.

### 3.5.1 Spokojenost pacientů s řešením požadavků během návštěv rehabilitace

Výsledky uvedené v Tabulce 5: Spokojenost pacientů s řešením požadavků během rehabilitace ukazují, že drtivá většina pacientů byla s průběhem rehabilitačních návštěv spokojena. Více než čtyři pětiny respondentů uvedly, že byly „velmi spokojeni“, a další přibližně osmina zvolila odpověď „spokojen“. Celkově tak převažuje výrazně pozitivní hodnocení.

Přestože jsou výsledky vesměs velmi příznivé, nelze přehlédnout ani malou skupinu pacientů, kteří vyjádřili nespokojenost nebo zůstali neutrální. Přibližně každý dvacátý respondent zvolil možnost „ani spokojen, ani nespokojen“, což může signalizovat určité pochybnosti nebo nejednoznačnou zkušenost. Jednotky pacientů byly přímo nespokojeny s tím, jak byly jejich požadavky řešeny. Tato zjištění naznačují, že ačkoli převažuje pozitivní vnímání, existují i ojedinělé případy nespokojenosti, které je vhodné blíže zmapovat a zohlednit v rámci zlepšovacích opatření.

Slovní vyjádření pacientů, kteří udělili negativní nebo nerozhodné hodnocení, poukázala na několik konkrétních oblastí nespokojenosti. Jedna připomínka se týkala problematické komunikace na recepci, další zmínka nevhodného přístupu na pracovišti vodoléčby. Dva pacienti dále uvedli nespokojenost s dlouhou čekací dobou na zahájení rehabilitace, která v jejich případě přesáhla tři týdny.

**Tabulka 5:** Spokojenost pacientů s řešením požadavků během návštěv rehabilitace

<b>Spokojenost s řešením požadavků během návštěv</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	2	2,3 %
Ani spokojen, ani nespokojen	4	4,7 %
Spokojen	11	12,8 %
Velmi spokojen	69	80,2 %

### 3.5.2 Spokojenost pacientů s chováním a komunikací personálu na recepci

Z výsledků vyplývá, že většina respondentů hodnotila chování a komunikaci personálu na recepci pozitivně. Přibližně dvě třetiny pacientů uvedly, že byli „velmi spokojeni“, a další přibližně pětina označila odpověď „spokojen“. Celková míra spokojenosti tak přesáhla osmdesát procent.

Ve srovnání s předchozí otázkou zaměřenou na spokojenost s řešením požadavků, kde podíl neutrálních odpovědí dosahoval necelých pěti procent, byl v této oblasti více než dvojnásobný – přibližně každý devátý pacient zvolil odpověď „ani spokojen, ani nespokojen“. To může naznačovat, že komunikace na recepci je pacienty vnímána méně jednoznačně, případně že s ní nemají tak silně pozitivní zkušenost. Jednotlivci rovněž vyjádřili nespokojenost, přičemž odpověď „velmi nespokojen“ nezaznamenala žádný výskyt.

Komentáře pacientů, kteří udělili negativní nebo neutrální hodnocení, poukázaly na konkrétní problematické situace. V jednom případě pacient zmínil, že se opakovaně nemohl dovolat na recepci, což vnímal jako výrazné selhání v dostupnosti služeb. Dalších deset komentářů se týkalo negativních zkušeností s chováním recepčního personálu – byly popsány projevy neochoty, neprofesionality, nerudného až hrubého přístupu. Tyto výpovědi ukazují, že ačkoli převládá pozitivní hodnocení, existuje nemalá skupina pacientů, která vnímala komunikaci na recepci jako neadekvátní z pohledu vstřícnosti a respektu.

**Tabulka 6:** Spokojenost pacientů s chováním a komunikací personálu na recepci

<b>Spokojenost s chováním a komunikací personálu na recepci</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	2	2,3 %
Ani spokojen, ani nespokojen	10	11,6 %
Spokojen	17	19,8 %
Velmi spokojen	57	66,3 %

### 3.5.3 Spokojenost pacientů s respektováním soukromí

Výsledky této otázky svědčí o mimořádně pozitivním hodnocení respektování soukromí ze strany personálu. Drtivá většina pacientů, konkrétně téměř každý respondent, označil odpověď „velmi spokojen“, zatímco zbývající menšina zvolila možnost „spokojen“. Ani jeden z pacientů

nezvolil neutrální ani negativní odpovědi, tedy „ani spokojen, ani nespokojen“, „nespokojen“ nebo „velmi nespokojen“.

**Tabulka 7:** Spokojenost pacientů s respektováním soukromí

<b>Spokojenost s respektováním soukromí</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	0	0,0 %
Spokojen	6	7,0 %
Velmi spokojen	80	93,0 %

### 3.5.4 Spokojenost pacientů s dodržením časového harmonogramu procedur

Výsledky ukazují na vysokou úroveň organizační spolehlivosti a efektivity poskytované rehabilitační péče. Naprostá většina respondentů uvedla, že byli „velmi spokojeni“ s dodržením časového harmonogramu procedur, zatímco zbývající menšina zvolila možnost „spokojen“. V této otázce nebyla zaznamenána žádná negativní ani neutrální odpověď – žádný z pacientů nezvolil variantu „ani spokojen, ani nespokojen“, „nespokojen“ ani „velmi nespokojen“.

**Tabulka 8:** Spokojenost pacientů s dodržením časového harmonogramu procedur

<b>Spokojenost s dodržením časového harmonogramu procedur</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	0	0,0 %
Spokojen	6	7,0 %
Velmi spokojen	80	93,0 %

### 3.5.5 Spokojenost pacientů s respektováním důstojnosti

Výsledky ukazují, že respektování důstojnosti pacientů je ve sledovaném zařízení vnímáno velmi pozitivně. Drtivá většina respondentů uvedla, že byli velmi spokojeni, zatímco zbývající malá část označila odpověď „spokojen“. Negativní ani neutrální hodnocení se nevyskytla, tedy žádný respondent nevyjádřil nespokojenost ani nerozhodnost.

**Tabulka 9:** Spokojenost pacientů s respektováním důstojnosti

Spokojenost s respektováním důstojnosti		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	0	0,0 %
Spokojen	5	5,8 %
Velmi spokojen	81	94,2 %

### 3.5.6 Spokojenost pacientů s chováním a komunikací u lékaře

Tato otázka byla určena pouze pro ty respondenty, kteří během své rehabilitační péče navštívili lékaře. Z celkového počtu 86 respondentů na ni odpověděla přibližně třipětinová většina, konkrétně 51 osob.

Většina z těchto respondentů vyjádřila vysokou míru spokojenosti s chováním a komunikací lékaře. Jak ukazuje Tabulka 10, naprostá většina označila odpověď „velmi spokojen“, zatímco přibližně každá desátá odpověď spadala do kategorie „spokojen“. Celkově tedy tuto oblast hodnotily pozitivně více než devět z deseti pacientů, kteří lékaře navštívili.

Zbývající respondenti, přibližně každý třináctý, zvolili neutrální odpověď „ani spokojen, ani nespokojen“, což může poukazovat na nejistotu, krátký kontakt nebo smíšené zkušenosti. Žádný z respondentů nevyjádřil nespokojenost, což je velmi příznivé zjištění.

Přestože celkové výsledky lze označit za velmi příznivé, slovní komentáře pacientů s neutrálním hodnocením poukazují na několik konkrétních nedostatků. Jeden pacient uvedl, že vyšetření bylo „odbyté“, jiný kritizoval nedostatečné poskytnutí informací ohledně svého zdravotního stavu. Dále se objevil pocit, že lékař pacientovi nenaslouchal, nebo že nebyla vysvětlena zpráva, kterou pacientka následně podepsala. V jednom případě pacient zmínil, že lékař chybně uvedl diagnózu v poukazu na ošetření – zajímavé však je, že i tento pacient přesto

udělil nejvyšší hodnocení „velmi spokojen“, což může naznačovat, že pro něj byla celková zkušenost pozitivní a drobnou administrativní chybu nepovažoval za zásadní problém.

**Tabulka 10:** Spokojenost pacientů s chováním a komunikací u lékaře

<b>Spokojenost s chováním a komunikací u lékaře?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	4	7,8 %
Spokojen	5	9,8 %
Velmi spokojen	42	82,4 %

### 3.5.7 Spokojenost pacientů s možností zeptat se na cokoliv, čemu nerozuměli

Výsledky této otázky ukazují na velmi vysokou míru otevřenosti a vstřícnosti ze strany zdravotnického personálu při komunikaci s pacienty. Drtivá většina respondentů uvedla, že byli velmi spokojeni s tím, jakou měli možnost klást otázky v případě nepochopení. Zbylá část dotázaných, přibližně každý jedenáctý, označil odpověď „spokojen“. Žádný z respondentů ne zvolil neutrální ani negativní hodnocení, tedy odpovědi „ani spokojen, ani nespokojen“, „nespokojen“ nebo „velmi nespokojen“.

**Tabulka 11:** Spokojenost pacientů s možností zeptat se na cokoliv, čemu nerozuměli

<b>Spokojenost s možností zeptat se na cokoliv, čemu jste nerozuměl(-a)?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	0	0,0 %
Spokojen	8	9,3 %
Velmi spokojen	78	90,7 %

### 3.5.8 Spokojenost pacientů s možností vyjádření zpětné vazby

Tato otázka zjišťovala, zda pacienti vnímají, že mají v zařízení prostor pro sdílení svých názorů, připomínek či návrhů. Výsledky ukazují, že naprostá většina respondentů vnímá možnost poskytnout zpětnou vazbu pozitivně – odpověď „velmi spokojen“ zvolilo více než čtyři pětiny dotázaných a další přibližně šestina uvedla odpověď „spokojen“. Pouze malý zlomek respondentů (přibližně každý dvacátý devátý) uvedl neutrální hodnocení „ani spokojen, ani nespokojen“, a žádný z pacientů nezvolil negativní odpověď.

Slovní komentáře těchto tří respondentů, kteří uvedli neutrální postoj, naznačují, že o konkrétní možnosti, jak zpětnou vazbu poskytnout, nebyli vůbec informováni – všichni tři uvedli, že „neví o žádné možnosti zpětné vazby“.

**Tabulka 12:** Spokojenost pacientů s možností vyjádření zpětné vazby

<b>Spokojenost s možností vyjádřit zpětnou vazbu týkající se Vaší rehabilitační péče?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	3	3,5 %
Spokojen	13	15,1 %
Velmi spokojen	70	81,4 %

### 3.5.9 Spokojenost pacientů s množstvím poskytnutých informací

Tato otázka byla zaměřena na hodnocení informačního servisu ze strany zdravotnického personálu. Výsledky jsou převážně velmi pozitivní – téměř tři čtvrtiny respondentů zvolily odpověď „velmi spokojen“ a přibližně čtvrtina uvedla „spokojen“. Celkově tak téměř všichni dotázaní hodnotili množství získaných informací kladně.

Pouze jeden respondent vyjádřil nespokojenost, zatímco nikdo nezvolil neutrální postoj. Tento ojedinělý negativní názor navazuje na předchozí výtku, která se objevila také v otázce týkající se spokojenosti s lékařem. Konkrétně pacient uvedl, že „V souvislosti se zprávou jsem nedostala dostatek informací ke cvičení před zahájením rehabilitace“, což může naznačovat nedostatečnou edukaci při vstupním vyšetření nebo nedostatek času na individuální vysvětlení léčebného plánu.

**Tabulka 13:** Spokojenost pacientů s množstvím poskytnutých informací

<b>Spokojenost s množstvím informací, které Vám byly poskytnuté?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	1	1,2 %
Ani spokojen, ani nespokojen	0	0,0 %
Spokojen	21	24,4 %
Velmi spokojen	64	74,4 %

### 3.5.10 Spokojenost pacientů se srozumitelností poskytnutých informací

Výsledky této otázky ukazují, že pacienti hodnotí srozumitelnost předaných informací velmi pozitivně. Naprostá většina respondentů zvolila odpověď „velmi spokojen“, zatímco zbývající část uvedla „spokojen“. Nikdo nezvolil neutrální ani negativní variantu odpovědi, což znamená, že všichni dotázaní vnímali poskytnuté informace jako srozumitelné.

**Tabulka 14:** Spokojenost pacientů se srozumitelností poskytnutých informací

<b>Spokojenost se srozumitelností informací, které Vám byly poskytnuté?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	0	0,0 %
Spokojen	10	11,6 %
Velmi spokojen	76	88,4 %

### 3.5.11 Spokojenost pacientů s informacemi na nástěnce

Tato otázka se zaměřovala na hodnocení kvality a užitečnosti informací, které jsou pacientům dostupné prostřednictvím nástěnek v prostorách rehabilitačního zařízení. Výsledky ukazují, že většina respondentů vnímá nástěnku pozitivně – více než polovina označila odpověď „velmi spokojen“ a další zhruba šestina uvedla „spokojen“. Celkově tedy tři čtvrtiny pacientů hodnotí tuto oblast kladně.

Naopak přibližně čtvrtina respondentů zvolila neutrální odpověď „ani spokojen, ani nespokojen“, což je v porovnání s ostatními otázkami vyšší podíl nerozhodných odpovědí. Tato nejistota může být způsobena například nízkou mírou vnímání nástěnky jako relevantního zdroje informací, případně tím, že si pacienti její obsah jednoduše nevšimli nebo jej nevnímali jako přínosný. Pouze jeden respondent vyjádřil přímo nespokojenost, což však nepředstavuje zásadní negativní trend. Vysoký podíl respondentů, kteří nástěnku vůbec nezaznamenali nebo ji nečetli, ukazuje, že nástěnka v současné podobě zřejmě neplní takovou informační funkci, jaká byla očekávána při jejím zavedení.

**Tabulka 15:** Spokojenost pacientů s informacemi na nástěnce

<b>Spokojenost s informacemi na nástěnce?</b>		
<b>Varianta odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	1	1,2 %
Ani spokojen, ani nespokojen	20	23,3 %
Spokojen	13	15,1 %
Velmi spokojen	52	60,5 %

### **3.5.12 Spokojenost pacientů s čistotou v tomto zařízení**

Čistota prostředí zdravotnického zařízení je jedním z důležitých aspektů, který výrazně ovlivňuje celkový dojem pacienta z poskytované péče. Výsledky této otázky ukazují, že většina respondentů hodnotí úroveň čistoty velmi pozitivně – více než čtyři pětiny označily odpověď „velmi spokojen“ a další přibližně osmina zvolila „spokojen“, což znamená, že téměř všichni dotázaní vyjádřili spokojenost s úrovní čistoty.

Neutrální hodnocení „ani spokojen, ani nespokojen“ uvedli dva respondenti, přičemž nikdo nevyjádřil nespokojenost. Tento výsledek svědčí o tom, že čistota v zařízení je pacienty vnímána jako standardně vysoká a naplňující jejich očekávání.

Ze slovních komentářů vyplynulo, že právě tito dva respondenti zmínili určitou nespokojenost s čistotou toalet, a to ve smyslu, že by „čistota na toaletách mohla být lepší“. Přestože jde o ojedinělou připomínku, ukazuje na konkrétní prostor pro zlepšení, který může mít vliv na celkový komfort pacientů během návštěvy zařízení.

**Tabulka 16:** Spokojenost pacientů s čistotou v tomto zařízení

<b>Spokojenost s čistotou ve zdravotnickém zařízení</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	2	2,3 %
Spokojen	11	12,8 %
Velmi spokojen	73	84,9 %

### **3.5.13 Spokojenost pacientů s vybavením ve zdravotnickém zařízení**

Tato otázka se zaměřovala na hodnocení materiálně-technického zázemí zařízení z pohledu pacientů. Výsledky ukazují převažující spokojenost – zhruba tři z pěti respondentů uvedli, že jsou velmi spokojeni, a téměř třetina zvolila odpověď „spokojen“. Celkově tedy většina dotázaných hodnotila vybavení pozitivně.

Neutrální hodnocení „ani spokojen, ani nespokojen“ zvolilo osm osob, přičemž žádné negativní odpovědi zaznamenány nebyly. Přesto se ve slovních komentářích objevilo několik konkrétních výhrad, které mohou naznačovat dílčí nedostatky, jež pacienti vnímají.

Konkrétně zazněla kritika stavu vířivky, která podle jednoho pacienta „během procedury vykazovala únik vody a samovolně se zastavovala“. Jiný respondent upozornil na absenci motodlahy, kterou považoval za chybějící standardní vybavení. Vícekrát se také opakovalo upozornění na poškozenou, popraskanou obšívku na lehátkách v oblasti hlavy, což může negativně ovlivňovat komfort během terapie. V jednom komentáři byla rovněž zmíněna nevyhovující teplota na cvičebnách, která nebyla blíže specifikována, ale může odkazovat na nedostatečné větrání nebo vytápění.

**Tabulka 17:** Spokojenost pacientů s vybavením ve zdravotnickém zařízení

<b>Spokojenost s vybavením tohoto zdravotnického zařízení?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi nespokojen	0	0,0 %
Nespokojen	0	0,0 %
Ani spokojen, ani nespokojen	8	9,3 %
Spokojen	25	29,1 %
Velmi spokojen	53	61,6 %

### 3.5.14 Ochota pacientů doporučit zařízení svým blízkým

Výsledky jsou v tomto ohledu jednoznačně pozitivní – všichni oslovení pacienti uvedli, že by zařízení doporučili svým blízkým. Ani jeden respondent nezvolil zápornou odpověď, což může naznačovat celkově dobrý dojem pacientů z poskytované péče.

**Tabulka 18:** Ochota pacientů doporučit zařízení svým blízkým

<b>Doporučil(-a) byste toto zdravotnické zařízení svým blízkým?</b>		
Varianta odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	86	100,0 %
Ne	0	0,0 %

### 3.5.15 Shrnutí

Z odpovědí na prvních třináct otázek dotazníku, které se zaměřovaly na jednotlivé oblasti poskytované rehabilitační péče, vyplývá převážně velmi vysoká spokojenost pacientů. Nejlépe hodnocenými oblastmi byly respektování soukromí a důstojnosti pacientů, dodržování časového harmonogramu procedur a srozumitelnost poskytnutých informací, kde byla spokojenost téměř stoprocentní.

Pozitivní hodnocení převažovala i u ostatních oblastí, jako je chování a komunikace zdravotnického personálu, vybavení zařízení, úroveň čistoty či možnost vyjádřit zpětnou vazbu. Mírně vyšší podíl neutrálních či kritických odpovědí se objevil u komunikace personálu na recepci, informací dostupných na nástěnce a celkového vybavení zařízení. V těchto případech pacienti ve slovních komentářích upozorňovali například na neochotu personálu, špatnou informovanost, či dílčí technické nedostatky (např. opotřebené pomůcky, nefunkční vířivka).

Celkově však výsledky ukazují, že pacienti vnímají poskytovanou rehabilitační péči jako vysoce kvalitní, profesionální a vstřícnou. Téměř všichni respondenti vyjádřili ochotu zařízení doporučit svým blízkým, což potvrzuje silnou důvěru ve službu jako celek.

### **3.6 Náměty pacientů na zlepšení péče**

V závěru dotazníku byla zařazena otevřená otázka, která respondentům umožnila vlastními slovy vyjádřit, co by podle jejich názoru mohlo vést ke zlepšení poskytované rehabilitační péče. Cílem této položky bylo získat doplňující zpětnou vazbu nad rámec strukturovaných odpovědí a identifikovat konkrétní podněty, které by mohly přispět k optimalizaci provozu zařízení či zlepšení patientské zkušenosti.

Z celkového počtu 86 respondentů se k této otevřené otázce vyjádřilo 17 osob v tom smyslu, že podle jejich názoru není třeba nic zlepšovat. Tito pacienti uvedli, že jsou s péčí spokojeni, vše jim vyhovuje nebo stručně odpověděli „nic“, případně „vše v pořádku“. Tento postoj může naznačovat celkovou spokojenost s poskytovanou péčí, alespoň z pohledu těchto jednotlivců.

#### **Kontinuita péče a efektivita rehabilitační péče**

Devět pacientů vyjádřilo přání, aby je během jednoho cvičebního cyklu vedl maximálně jeden až dva terapeuti. Dva z nich uvedli jako důvod potřebu větší efektivity a plynulosti péče.

#### **Regulace teploty na cvičebně**

Šest respondentů se zmínilo o potřebě zlepšit regulaci teploty na cvičebnách. Poznámky nebyly konkrétní (např. přílišné teplo nebo chlad), ale jejich opakování signalizuje, že se jedná o oblast vhodnou ke zlepšení.

#### **Komunikace s recepcí a přístup k informacím**

Šest pacientů doporučilo zlepšit komunikaci s recepcí – konkrétně možnost telefonické omluvy, lepší dostupnost recepce po telefonu, zavedení potvrzení o přijetí SMS omluvy. Dále byl jednou zmíněn návrh na zavedení digitálního průkazu pacienta a jednou doporučení zveřejnit cvičební instrukce na webových stránkách zařízení.

#### **Vybavení a technické zázemí zařízení**

Tři pacienti obecně doporučili navýšit množství a kvalitu dostupného vybavení. Tři respondenti navrhli opravit poškozená lehátka, zejména v oblasti hlavy. Jeden pacient navrhl pořízení motodlahy. Jednou zazněl podnět na rozšíření nabídky vodoléčby.

## Organizační záležitosti

Tři respondenti vyjádřili přání zkrátit čekací dobu na zahájení cvičení. Jeden návrh směřoval k úpravě systému omluv – konkrétně zrušení omluvy 24 hodin předem.

## Hygiena a toalety

Dva respondenti upozornili na nutnost opravy dveří nebo zámku na toaletách. Jeden pacient doporučil doplnění hygienických pomůcek.

## 3.7 Porovnání spokojenosti v jednotlivých položkách poskytované péče

### Statistické hypotézy:

$H_0$ : Hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých položkách péče je stejné.

$H_A$ : Hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých položkách péče není stejné

Spokojenost byla hodnocena na 5-bodové stupnici 1=velmi nespokojen až 5=velmi spokojen. Vzhledem k tomu, že se průměr u všech oblastí nachází mezi 4 a 5, lze interpretovat, že ve všech oblastech rehabilitační péče převládala u respondentů spokojenost.

Nejvyšší spokojenost byla zjištěna v oblasti důstojnosti (průměr 4,94, tj. většina respondentů hodnotila 5=velmi spokojen, viz také graf níže), následovaná oblastmi harmonogramu (průměr 4,93) a soukromí (průměr 4,93).

Naopak nejnižší spokojenost (ale stále vysoká) byla zjištěna v oblastech nástěnka (průměr 4,35), vybavení (průměr 4,52) a recepce (průměr 4,50). V posledním sloupci tabulky je uvedeno průměrné pořadí, které bylo na základě hodnocení respondentů jednotlivým oblastem přiřazeno. Průměrné pořadí přibližně odpovídá seřazení dle průměru, tj. s rostoucím průměrem přibližně klesá průměrné pořadí.

Porovnání spokojenosti v jednotlivých oblastech bylo provedeno pomocí Friedmanova ANOVA testu, jehož p-hodnota vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tedy nižší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že hodnocení spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech péče není stejné.**

**Tabulka 19** Srovnání spokojenosti v jednotlivých položkách péče – výsledky Friedmanovy ANOVY a popisné statistiky

<b>Friedmanova ANOVA: p-hodnota a popisné statistiky</b>			
Položky péče seřazeny dle průměru	průměr	sm. odch.	prům. pořadí
Požadavky (8)	4,71	0,67	6,57
<b>Recepce (10)</b>	4,50	0,79	<b>7,47</b>
<b>Soukromí (3)</b>	4,93	0,26	<b>5,73</b>
<b>Harmonogram (2)</b>	4,93	0,26	<b>5,70</b>
<b>Důstojnost (1)</b>	4,94	0,24	<b>5,66</b>
Možnost zeptat se (4)	4,91	0,29	5,86
Zpětná vazba (7)	4,78	0,49	6,47
Množství informací (9)	4,72	0,52	6,79
Srozumitelnost informací (5)	4,88	0,32	5,96
<b>Nástěnka (12)</b>	4,35	0,88	<b>7,92</b>
Čistota (6)	4,83	0,44	6,20
<b>Vybavení (11)</b>	4,52	0,66	<b>7,67</b>
P-hodnota a rozhodnutí o $H_0$	<b><math>p=0,000</math> (zamítáme <math>H_0</math>)</b>		

V rámci popisné statistiky byly analyzovány průměrné hodnoty spokojenosti respondentů v jednotlivých položkách péče, doplněné o směrodatné odchylky a průměrná pořadí získaná na základě Friedmanovy analýzy rozptylu. Průměrné skóre udává míru spokojenosti na pětibodové Likertově škále, přičemž vyšší hodnoty svědčí o vyšší spokojenosti pacientů. Směrodatná odchylka informuje o rozptýlení odpovědí – nižší hodnota značí, že se odpovědi většiny respondentů pohybovaly v blízkosti průměru, zatímco vyšší hodnota naznačuje větší variabilitu v hodnocení.

Součástí tabulky jsou i průměrná pořadí jednotlivých položek péče, která jsou výsledkem Friedmanova testu. Tento test převedl individuální hodnocení respondentů na pořadí v rámci

každého dotazníku a následně tato pořadí zprůměroval. Nižší průměrné pořadí značí vyšší úroveň spokojenosti – hodnocená položka se v rámci pořadí často umísťovala na předních příčkách. Například oblast důstojnosti měla velmi vysoké hodnocení s nízkou směrodatnou odchylkou a současně nízkým průměrným pořadím, což potvrzuje vysokou a zároveň stabilní spokojenost s tímto aspektem péče.

Friedmanova ANOVA byla použita ke zjištění, zda se míra spokojenosti mezi jednotlivými položkami péče statisticky významně liší. Výsledná p-hodnota ( $p = 0,000$ ) byla nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, a proto byla nulová hypotéza o shodné spokojenosti napříč všemi položkami zamítnuta. To znamená, že **existují statisticky významné rozdíly ve vnímané spokojenosti mezi jednotlivými aspekty poskytované péče.**

Všechny dvojice položek byly následně porovnány pomocí post-hoc Wilcoxonova párového testu s Holm-Bonferoniho korekcí hladiny významnosti. V následující Tabulce 20 jsou jednotlivé položky označeny čísly uvedenými v tabulce výše, s tím že číslem 1 byla označena oblast s nejnižším průměrným pořadím (tj. s nejvyšší spokojeností) a číslem 12 oblast s nejvyšším průměrným pořadím (tj. s nejnižší spokojeností).

**Tabulka 20** Matice statisticky významných rozdílů spokojenosti mezi jednotlivými položkami péče

Matice výsledků post-hoc testů pro porovnání všech dvojic položek												
Prvek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	*	*	*
2	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	*	*	*
3	-	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	*	*	*
4	-	-	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	*	*
5	-	-	-	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	*	*
6	-	-	-	-	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	*	*	*
7	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*
8	-	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	n.s.	*
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	n.s.
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.s.
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Legenda:**

- \* – statisticky významný rozdíl mezi dvojicí položek ( $p < 0,05$ )
- n.s. – rozdíl mezi položkami není statisticky významný (non-significant)
- – pole není vyplněno, protože tabulka je zkrácena na polovinu (symetrická matice)

Na základě Wilcoxonova párového testu bylo při hladině významnosti 0,05 zjištěno několik statisticky významných rozdílů v hodnocení jednotlivých aspektů péče. Do porovnání byly zahrnuty pouze položky, na které odpovídali všichni respondenti. Z testování byla záměrně vyřazena položka týkající se spokojenosti s lékařem, protože na tuto otázku odpovídala jen část respondentů (pouze ti, kteří během rehabilitační péče navštívili lékaře), a její zařazení by narušilo konzistenci analýzy.

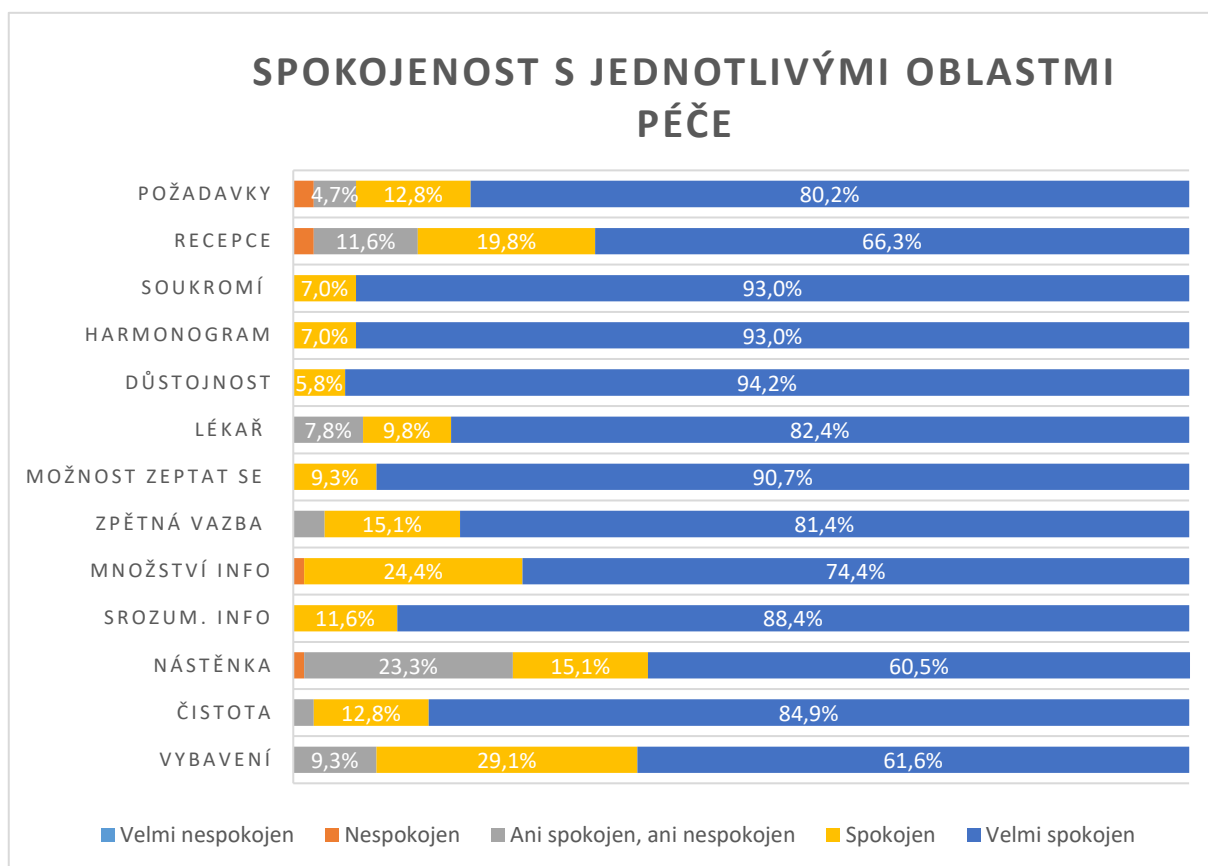
**Spokojenost s respektováním důstojnosti pacientů, dodržováním časového harmonogramu a respektem k soukromí** byla statisticky významně vyšší než spokojenost s informacemi na nástěnce, vybavením zařízení, chováním personálu na recepci a množstvím získaných informací.

**Spokojenost s možností klást doplňující otázky, srozumitelností poskytnutých informací a čistotou zařízení** byla rovněž významně vyšší ve srovnání s hodnocením recepce, vybavení a informací na nástěnce.

Naopak **spokojenost s informacemi na nástěnce** byla statisticky významně **nižší** než spokojenost s možností poskytnout zpětnou vazbu a s množstvím obdržených informací.

U ostatních porovnávaných dvojic oblastí nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Standardně se k výsledkům Wilcoxonova párového testu používá krabicový graf, který zobrazuje rozložení pořadových hodnot. Vzhledem k charakteru získaných dat – kde většina respondentů volila nejvyšší hodnotu spokojenosti („velmi spokojen“) – však krabicový graf nezachycuje jemnější rozdíly mezi jednotlivými položkami přehledně. Z tohoto důvodu byl zvolen skládaný sloupcový graf, který lépe vystihuje rozložení odpovědí a umožňuje intuitivnější porovnání jednotlivých oblastí péče z pohledu patientské spokojenosti. (viz Tabulka 21)

**Tabulka 21** Spokojenost pacientů s jednotlivými oblastmi péče



### 3.8 Porovnání spokojenosti v jednotlivých položkách péče ve vztahu k věku

Na základě testu nezávislosti využívajícího Spearmanův korelační koeficient byla při hladině statistické významnosti 0,05 zjištěna statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou jejich spokojenosti s recepcí ( $p = 0,007 < 0,05$ ). Korelační koeficient ( $R = 0,29$ ) vykazoval kladnou hodnotu, což naznačuje přímou závislost nízké intenzity. To znamená, že s rostoucím věkem pacientů mírně rostla i jejich spokojenost s chodem recepce. U ostatních hodnocených oblastí se závislost mezi spokojeností a věkem neprokázala jako statisticky významná ( $p > 0,05$ ).

**Tabulka 22** Výsledky testování závislosti mezi věkem a mírou spokojenosti v jednotlivých položkách péče

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti			
Oblast péče	hodnota R	p-hodnota	závislost prokázána
Požadavky	0,13	0,220	ne
Recepce	0,29	0,007	ano
Soukromí	0,10	0,352	ne
Harmonogram	0,09	0,414	ne
Důstojnost	0,17	0,117	ne
Lékař	0,05	0,722	ne
Možnost zeptat se	0,16	0,131	ne
Zpětná vazba	0,10	0,380	ne
Množství informací	0,10	0,379	ne
Srozumitelnost informací	0,01	0,911	ne
Nástěnka	-0,16	0,151	ne
Čistota	0,06	0,594	ne
Vybavení	0,15	0,170	ne

### **3.9 Porovnání spokojenosti v jednotlivých položkách péče ve vztahu k pohlaví**

Hypotézy:

**H<sub>0</sub>**: Spokojenost pacientů ve všech položkách dotazníku nezávisí na pohlaví.

**H<sub>1</sub>**: Spokojenost pacientů ve všech položkách dotazníku závisí na pohlaví.

Na základě výsledků chí-kvadrát testů a Fisherových přesných testů, které byly použity pro porovnání míry spokojenosti v jednotlivých položkách péče v dotazníku mezi ženami a muži, nebyla v žádné z hodnocených položek prokázána statisticky významná závislost spokojenosti na pohlaví. Ve všech případech p-hodnoty překročily zvolenou hladinu statistické významnosti (0,05), a proto nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi spokojeností a pohlavím, tady nulová hypotéza H<sub>0</sub> byla potvrzena. Veškeré tabulky s výsledky hodnocení všech třinácti položek podle pohlaví respondentů jsou součástí přílohy této práce.

Lze tedy shrnout, že v rámci tohoto šetření se míra spokojenosti s jednotlivými položkami péče v dotazníku statisticky významně nelišila mezi ženami a muži. Z tohoto důvodu nebylo považováno za účelné zařazovat podrobné tabulky a grafy pro každou jednotlivou položku zvlášť. Výsledky ukazují na genderově vyvážené vnímání poskytované péče v rámci sledovaného souboru respondentů.

### **3.10 Shrnutí**

Statistické zpracování dat bylo zaměřeno na mapování míry spokojenosti pacientů s jednotlivými položkami péče v ambulantním rehabilitačním zařízení a na ověření, zda tato spokojenost souvisí s vybranými charakteristikami respondentů (věk, pohlaví).

Popisná statistika zahrnovala výpočet absolutních a relativních četností odpovědí v jednotlivých položkách dotazníku. Kromě toho byly zaznamenány také slovní komentáře u odpovědí s hodnocením 3 a nižším, které pomohly lépe porozumět důvodům případné nespokojenosti. Výsledky této části ukázaly výraznější spokojenost například v oblastech důstojnosti, čistoty nebo možnosti se ptát, zatímco nižší míra spokojenosti se objevila u položek týkajících se recepce, nástěnky nebo vybavení. Tyto tendence byly dále potvrzeny i výsledky testů statistické významnosti.

Pro porovnání míry spokojenosti mezi jednotlivými položkami péče byl použit Friedmanův ANOVA test, který odhalil statisticky významné rozdíly mezi hodnocenými oblastmi. Pomocí

následného post-hoc Wilcoxonova párového testu byly tyto rozdíly specifikovány – například spokojenost s důstojností a harmonogramem byla významně vyšší než u recepce nebo nástěnky.

Závislost spokojenosti na věku byla testována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Statisticky významná, avšak slabá pozitivní souvislost byla zjištěna pouze u položky týkající se recepce. V ostatních případech nebyla závislost na věku prokázána. Podobně v případě pohlaví nebyla v žádné z položek dotazníku zjištěna statisticky významná závislost, což bylo ověřeno chí-kvadrát testem a Fisherovým přesným testem.

Kromě uzavřených otázek dotazník obsahoval i otevřenou otázku zaměřenou na doporučení pacientů ke zlepšení péče. Přestože se jednalo o jednotlivé podněty, jejich obsah byl tematicky seskupen do oblastí a přehledně zpracován do tabulky. Tato kvalitativní složka doplnila kvantitativní zjištění a upozornila na konkrétní aspekty péče, kterým by zařízení mohlo věnovat větší pozornost.

## **4 DISKUZE**

### **4.1 Shrnutí hlavních zjištění**

Cílem této práce bylo zmapovat míru spokojenosti pacientů v ambulantním rehabilitačním zařízení a zachytit, jak pacienti hodnotí jednotlivé položky péče. Dále bylo cílem ověřit, zda jsou jednotlivé položky péče hodnoceny stejně, či zda mezi nimi existují významné rozdíly, a také posoudit, zda některé položky péče či sociodemografické charakteristiky (pohlaví a věk) ovlivňují celkovou spokojenost pacientů. Výsledky ukázaly celkově vysokou úroveň spokojenosti, přičemž nejlépe hodnocenými oblastmi byly respektování důstojnosti, dodržování časového harmonogramu a zachování soukromí. Naopak nižší spokojenost byla zaznamenána u položek týkajících se komunikace a chování personálu na recepci, vybavení zařízení a informací poskytovaných na nástěnce.

Rozdíly mezi jednotlivými položkami péče byly statisticky významné, což znamená, že pacienti různé aspekty poskytované péče nevnímají jednotně. Tento závěr byl podpořen nejen popisnou statistikou, ale také inferenčními testy. V souvislosti s proměnnými pohlaví a věk bylo zjištěno, že celková spokojenost nebyla pohlavím ovlivněna. U proměnné věk se statisticky významná souvislost objevila pouze u jediné položky – komunikace a chování personálu na recepci – kde byla zaznamenána slabá pozitivní korelace, tedy čím vyšší věk respondenta, tím vyšší spokojenost v této oblasti.

Významné poznatky přinesly také otevřené odpovědi pacientů, ve kterých byly specifikovány konkrétní zkušenosti. Objevovala se zejména témata související s kontinuitou péče – někteří pacienti vyjádřili přání být během jednoho cyklu vedeni jedním stálým terapeutem. Dále se opakovaly komentáře ke komunikaci a vstřícnosti na recepci a k dostupnosti informací v zařízení. Tyto podněty tematicky odpovídaly oblastem, které byly v kvantitativní části hodnoceny nejhůře, což naznačuje soulad mezi kvantitativními i kvalitativními daty a posiluje validitu zjištěných výsledků.

### **4.2 Porovnání výsledků s dostupnou literaturou**

Obdobný trend se objevuje také ve studiích zaměřených na hodnocení spokojenosti pacientů ve fyzioterapeutické péči. Například studie Kuru et al. (2024), která probíhala ve více zdravotnických zařízeních v Turecku a analyzovala spokojenost 286 pacientů v ambulancích fyzikální medicíny a rehabilitace, identifikovala vysoké skóre v oblasti interpersonální komunikace, zatímco nižší hodnocení bylo zaznamenáno u fyzického prostředí.

Výzkum Beattie et al. (2002), který validoval nástroj pro hodnocení spokojenosti s fyzioterapií, rovněž zdůraznil význam kvalitní komunikace jako klíčového prvku patientské spokojenosti. V této práci byly podobně pozitivně hodnoceny položky jako „možnost zeptat se“ a „srozumitelnost informací“, což naznačuje, že kvalita komunikace je v ambulantním rehabilitačním kontextu vnímána jako zásadní napříč různými zeměmi i výzkumnými designy.

Studie Gebeyehu et al. (2023) realizovaná ve třech nemocnicích v Etiopii zjistila výrazně nižší celkovou spokojenost (50,4 % pacientů), přičemž mezi prediktory spokojenosti byly identifikovány faktory jako návaznost péče a subjektivní zlepšení zdravotního stavu. Ačkoli se tato práce přímo nezaměřovala na klinické výsledky nebo kvantitativní hodnocení kontinuity péče, několik otevřených komentářů respondentů poukazovalo na přání být po dobu jednoho cyklu veden stejným terapeutem. To může naznačovat, že kontinuita péče představuje důležitý aspekt i v českém prostředí, přestože nebyla explicitně zjišťována.

V oblasti materiálně-technického vybavení byly v rámci šetření identifikovány konkrétní podněty k možnému zlepšení. Přestože celková spokojenost nebyla výrazně nízká, oblast vybavení byla hodnocena hůře než většina ostatních položek dotazníku. V komentářích pacienti opakovaně zmiňovali nedostatečné pohodlí při terapii jako jsou opotřebovaná lehátka, nevhodné tepelné podmínky na cvičebně nebo chybějící pomůcky. Tato zjištění potvrzují poznatky z odborné literatury, která označuje fyzické prostředí za významný strukturální faktor spokojenosti (Ferreira et al., 2023). Přestože technické zázemí není ve všech studiích hlavním předmětem sledování, jeho kvalita může mít vliv na celkový komfort pacientů i na jejich důvěru k poskytované péči.

Z výsledků tohoto šetření vyplývá, že spokojenost pacientů byla výrazně vyšší u položek zaměřených na interpersonální stránku péče – jako je respektování důstojnosti, zachování soukromí a možnost ptát se. Naopak statisticky významně nižší spokojenost byla zaznamenána v oblasti komunikace a chování personálu na recepci, kdy upozorňovali na neprofesionální chování některých pracovníků recepce. Co se týče informací na nástěnce respondenti uvedli, že si nástěnky vůbec nevšimli a tudíž obsah nástěnky nečetli, což může naznačovat nízkou viditelnost nebo nevhodné umístění. Tyto prvky tedy představují konkrétní oblasti, které mohly spokojenost pacientů negativně ovlivnit.

Podobná zjištění uvádí i systematická přehledová studie Ferreiry (2023), která zdůrazňuje, že i když faktory jako komunikace, empatie a profesionalita hrají v hodnocení péče hlavní roli, technické zázemí a fyzické prostředí mají dopad na pacientovu celkovou zkušenost – zvláště

pokud ovlivňují komfort nebo pocit jistoty během terapie. Studie zároveň upozorňuje, že patientská spokojenost je ovlivňována individuálním vnímáním a očekáváním, a tak i „druhotné“ faktory mohou v některých případech snížit celkové hodnocení péče.

Lze konstatovat, že většina aspektů komunikace je v daném zařízení nastavena funkčně a pacienty je vnímána velmi pozitivně – zejména možnost klást otázky, srozumitelnost poskytnutých informací a celkové respektování důstojnosti. Tyto oblasti dosáhly nejvyššího hodnocení, což může svědčit o kultuře vstřícnosti a respektu ze strany zdravotnického personálu.

Naopak oblast komunikace a chování personálu na recepci byla hodnocena výrazně méně příznivě, a to jak v rámci statistického šetření, tak i ve slovních komentářích pacientů. Vzhledem k těmto poznatkům by bylo vhodné tuto oblast dále sledovat a cíleněji zkoumat – například prostřednictvím kvalitativních rozhovorů, zpřesněného dotazování nebo pravidelné zpětné vazby – s cílem získat podrobnější přehled o tom, co pacienti vnímají jako problematické a jaké konkrétní kroky by mohly přispět ke zlepšení.

Vzhledem k opakovaným zmínkám o přání pacientů být v průběhu terapie vedeni stejným terapeutem by bylo vhodné v budoucích šetřeních zařadit také specifické položky mapující kontinuitu péče. Tento aspekt nebyl v rámci kvantitativních položek hodnocen přímo, avšak ukázal se jako významný v rámci otevřených odpovědí a literárních pramenů. Důležitým aspektem, který nebyl v rámci této práce kvantitativně hodnocen, je kvalita komunikace mezi pacientem a fyzioterapeutem. Přestože dotazník zahrnoval položky zaměřené na obecné aspekty komunikace, jako je možnost pokládat otázky, poskytovat zpětnou vazbu nebo porozumění sděleným informacím, nezahrnoval výslovně položky zaměřené na kvalitu interakce mezi pacientem a fyzioterapeutem – například míru empatie, aktivního naslouchání nebo schopnost srozumitelně vysvětlit léčebný plán. Vzhledem k tomu, že odborná literatura (např. Beattie et al., 2002; Aljuhani et al., 2024) označuje právě kvalitu komunikace mezi terapeutem a pacientem za jeden z hlavních prediktorů spokojenosti i adherence k léčbě, by zařazení cílených otázek na tento aspekt mohlo v budoucnu přispět k hlubšímu pochopení patientské zkušenosti v ambulantní fyzioterapeutické péči.

### **4.3 Kontextualizace otevřených odpovědí a kvalitativních poznatků**

Kromě kvantitativního hodnocení jednotlivých položek péče měli respondenti možnost vyjádřit se formou otevřených komentářů. Tyto odpovědi přinesly cenný doplněk k numerickým údajům a umožnily hlubší nahlédnutí do patientské zkušenosti. Několik respondentů spontánně

vyjádřilo spokojenost s organizací provozu a ocenilo dochvilnost a plynulost poskytovaných procedur. Tato zpětná vazba potvrzuje vysoké hodnocení položky „dodržování časového harmonogramu“ v kvantitativní části dotazníku a naznačuje, že nastavený režim funguje efektivně. Pozitivně byla rovněž vnímána komunikace s odborným personálem – konkrétně s fyzioterapeuty – což koresponduje s vysokým skóre položek jako „možnost zeptat se“ a „srozumitelnost informací“.

Naopak některé otevřené komentáře poukazyvaly na oblasti, kde pacienti vnímali prostor pro zlepšení. Nejčastěji se jednalo o přání být veden jedním terapeutem po celý cyklus léčby, což může reflektovat potřebu větší kontinuity péče, jak již bylo zmíněno výše. Opakující se zmínky o této skutečnosti naznačují, že kontinuita představuje významný faktor spokojenosti, který by mohl být v budoucích šetřeních systematicky mapován.

Otevřené odpovědi rovněž tematicky doplňují výsledky statistických testů – konkrétně nižší spokojenost s informacemi týkající se nástěnky jako informačního zdroje. Přestože byla nástěnka v rehabilitačním zařízení umístěna relativně nedávno – přibližně půl roku před realizací výzkumu – očekávalo se, že o ni pacienti projeví vyšší zájem, a že přispěje k lepší informovanosti. Zavedení nástěnky bylo motivováno opakovanými zkušenostmi personálu s tím, že někteří pacienti si nepamatovali klíčové informace, které jim byly sděleny ústně nebo předány písemně. Řada pacientů se v otevřených komentářích vyjádřila, že si nástěnky vůbec nevšimla, nebo o její existenci nevěděla. Tento výsledek poukazuje na potřebu zlepšit viditelnost a funkčnost tohoto informačního prvku – například přehlednějším grafickým zpracováním, označením nebo aktivním upozorněním ze strany personálu. Z hlediska optimalizace komunikace s pacienty se tak jedná o oblast, které by měla být věnována další pozornost.

Naopak položky, které byly pacienty v komentářích opakovaně hodnoceny méně příznivě – například komunikace a chování personálu na recepci či stav technického vybavení – mohou představovat důležitý podnět k zamyšlení nad současným nastavením těchto oblastí. Tyto aspekty byly nejen relativně hůře hodnoceny v kvantitativní části dotazníku, ale zároveň se k nim pacienti často vraceli ve svých otevřených odpovědích, což naznačuje, že mohou mít dopad na celkovou zkušenost s péčí.

Z hlediska možného zlepšení lze například v oblasti recepce uvažovat o zavedení standardů vstupní komunikace, školení v oblasti přístupu k pacientům nebo posílení personální kapacity během špiček. Cílem by mělo být zajistit vstřícnou a profesionální interakci, která nastaví

pozitivní tón celému průběhu návštěvy. Zmíněné požadavky na lepší dostupnost recepce po telefonu, možnost zpětného potvrzení omluvy či zavedení digitálních nástrojů (např. online omluvenky) by rovněž mohly přispět ke zvýšení spokojenosti.

Co se týče technického vybavení, opakovaně zaznívala kritika na opotřebením lehátek nebo problém s tepelným komfortem na cvičebnách. I zde se nabízí možnost pravidelných kontrol a údržby zařízení, případně investic do výměny nejproblematictějších prvků. Zapojení personálu do sběru zpětné vazby a vytvoření jednoduchého interního mechanismu hlášení technických závad by mohlo přispět k efektivnímu řešení těchto problémů v rané fázi.

Dlouhodobé přehlížení i zdánlivě „dílčích“ nespokojeností může postupně narušit celkový dojem z péče, a proto je vhodné těmto oblastem věnovat další pozornost i při interním hodnocení kvality.

#### **4.4 Limity práce**

Jedním z limitů této práce byla nižší návratnost dotazníků (57%), která mohla ovlivnit reprezentativnost výsledků. Přestože byl dotazník sestaven tak, aby byl srozumitelný, časově nenáročný a snadno vyplnitelný, ne všichni oslovení pacienti se rozhodli zúčastnit, což mohlo vést k určitému zkreslení dat – například k častějšímu zapojení motivovanějších nebo spokojenějších respondentů.

Dalším limitem je skutečnost, že v dotazníku nebyla výslovně zařazena položka hodnotící spokojenost s komunikací konkrétně s fyzioterapeutem. Tento aspekt přitom bývá dle literatury (např. Beattie et al., 2002; Aljuhani et al., 2024) zásadním prediktorem patientské spokojenosti, zejména v oblasti rehabilitační péče. I když se nespokojenost v této oblasti nepředpokládala, její absence ve výzkumném nástroji znamená, že tato složka komunikace nebyla kvantitativně zachycena.

Mezi další omezení lze zařadit také to, že šetření probíhalo pouze na jednom konkrétním pracovišti. Lokalizovaný sběr dat může snižovat možnosti generalizování výsledků na jiná rehabilitační zařízení s odlišným personálním složením, organizační strukturou nebo patientskou populací. Vzhledem k tomu, že šetření nebylo longitudinálního charakteru, není rovněž možné sledovat vývoj spokojenosti v čase.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že výzkum byl založen na subjektivním hodnocení pacientů, které může být ovlivněno aktuální náladou, osobními očekáváními nebo individuálními

zkušenostmi s péčí mimo dané zařízení. To je sice běžný rys výzkumů patientské spokojenosti, přesto je třeba jej zohlednit při interpretaci výsledků.

Dalším metodologickým limitem může být použití úplné pětibodové Likertovy škály, která zahrnovala středovou možnost „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“. Tato volba mohla vést k tomu, že někteří respondenti zvolili neutrální odpověď namísto jasného vyjádření spokojenosti či nespokojenosti, a to i v případech, kdy by při použití nucené volby byli donuceni zaujmout jednoznačnější postoj. Tím mohlo dojít ke snížení rozlišovací schopnosti nástroje a k menší citlivosti na jemné rozdíly v hodnocení jednotlivých aspektů péče.

Dalším limitem práce byl poměr mezi počtem oslovených a skutečně odpovídajících pacientů. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž se vrátilo 87. Jeden dotazník musel být kvůli neúplnosti vyřazen, a analýza tedy vycházela z odpovědí 86 respondentů. Vzhledem k tomu, že během doby sběru dat bylo v zařízení ošetřeno celkem 2 538 jedinečných pacientů (dle rodných čísel), je tento vzorek relativně malý. Nižší návratnost mohla ovlivnit reprezentativnost vzorku a tím i možnost zobecnění zjištění na celou populaci pacientů daného zařízení.

## 5 ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl zmapovat spokojenost pacientů v ambulantním rehabilitačním zařízení a posoudit, zda se míra spokojenosti liší v závislosti na vybraných charakteristikách pacientů a jednotlivých aspektech poskytované péče. V rámci výzkumu byl využit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který byl navržen s ohledem na specifika pracoviště. Sběr dat proběhl anonymně a výsledky byly následně zpracovány pomocí deskriptivní a inferenční statistiky.

Stanoveného cíle práce bylo dosaženo prostřednictvím kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Získaná data byla následně statisticky zpracována čímž se podařilo odhalit rozdíly v hodnocení jednotlivých položek péče i souvislosti s vybranými charakteristikami respondentů. Výsledky poskytly důležitý přehled o oblastech s vysokou i nižší mírou spokojenosti a nabídly podněty pro další zlepšování kvality poskytované péče.

Hlavní zjištění ukázala vysokou míru celkové spokojenosti, přičemž statistické testy potvrdily rozdílné hodnocení jednotlivých aspektů péče. Zároveň bylo ověřeno, že proměnná pohlaví neměla na spokojenost statisticky významný vliv, zatímco u jedné položky – recepce – se objevila slabá pozitivní souvislost s věkem. Významným přínosem byly také slovní komentáře pacientů, které umožnily identifikovat konkrétní oblasti, jimž je vhodné věnovat zvýšenou pozornost.

Přínosem této práce je získání prakticky využitelných poznatků o patientské zkušenosti v konkrétním zdravotnickém zařízení, které mohou napomoci řízení kvality péče a vnitřnímu zlepšování služeb. Výsledky práce rovněž přispívají k širšímu obrazu o patientské spokojenosti v kontextu ambulantní rehabilitační péče a ukazují, že i v podmínkách jedné organizace lze identifikovat oblasti, které jsou pacienty hodnoceny pozitivně, i ty, které vyžadují zvýšenou pozornost.

Na základě zjištěných údajů by bylo vhodné zaměřit se zejména na zlepšení komunikace na recepci, která byla hodnocena méně příznivě jak v kvantitativních datech, tak v otevřených komentářích. Dále se jako oblast ke zvážení jeví stav a pohodlí technického vybavení, které může ovlivňovat nejen komfort pacientů, ale i efektivitu poskytované péče. Právě tyto prvky, ačkoliv nemusejí být vnímané jako nejdůležitější, mají svůj význam pro celkovou zkušenost pacienta.

Do budoucna by bylo přínosné rozšířit výzkum na více pracovišť, což by umožnilo srovnání napříč různými typy ambulantních rehabilitačních zařízení. Dále by bylo vhodné zařadit do dotazníku položky zaměřené cíleněji na komunikaci s fyzioterapeutem nebo kontinuitu péče – Zvážit lze také zařazení kvalitativní složky výzkumu (např. formou rozhovorů či fokusních skupin), která by mohla lépe postihnout nuance patientské zkušenosti, jež dotazník nemusí zachytit. Rozšíření výzkumného rámce tímto směrem by mohlo dále přispět k hlubšímu porozumění potřebám pacientů a efektivnějšímu zacílení zlepšovacích opatření.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

1. ALJUHANI, Ahmed, Abdulrahman ALMALKI, Saad ALQAHTANI et al. Physiotherapists' communication with patients: barriers and facilitators. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* [online]. 2024, 17, 543–550 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S447642>
2. AL-ABRI, Rashid a AL-BALUSHI, Amina. *Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement*. Online. *Oman Medical Journal*. 2014, roč. 29, č. 1, s. 3-7. ISSN 1999768X. [cit. 2025-03-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>.
3. ANGELOVÁ, Hana. Bezpečnost pacientů a systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnicích Pardubického kraje [online diplomová práce]. 2018 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/71497>
4. BEATTIE, Paul, TURNER, C., DOWDA, M., MICHEL, Y. a PACKER, E., 2002. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: A psychometric analysis. *Physical Therapy*. 82(9), 817–828. DOI: 10.1093/ptj/82.9.817.
5. BRENNAN, Thomas A. et al. The incidence and nature of adverse events and negligent care in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine* [online]. 1991, 324(6), 370–376 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>
6. BRAATEN, J., YOUNG, S., LIU, M. a FOSTER, N., 2021. *Patient satisfaction and continuity of care in physical therapy services*. *Physiotherapy Practice and Research*, 42(1), 34–41. DOI: 10.3233/PPR-200218
7. BRAATEN, Amanda D. et al. Social determinants of health are associated with physical therapy use: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine* [online]. 2021, 55(22) [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103475>
8. CARMELI, A.; SHEFER, N.; ZISU, M. Facilitating internal audit quality and improving the performance of medical clinics. *Public Money & Management*, 2023,

- 44(6), s. 449–461 [online] [cit. 2025-06-09]. ISSN: 0954-0962. DOI: 10.1080/09540962.2023.2268299
9. CARNES, Dawn, Theresa S. MARS, Ben MULLINGER, Rachel FROUD a Martin UNDERWOOD. Adverse events and manual therapy: a systematic review. *Manual Therapy* [online]. 2010, 15(4), 355–363 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.12.006>
10. CORPORATE HEALTHCARE PATIENT SAFETY ORGANIZATION (CHPSO). A window into patient safety: underreporting of near-miss events in 2022 [online]. 2022 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://www.chpso.org/reports/underreporting-window-2022>
11. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO AKREDITACI VE ZDRAVOTNICTVÍ (ČSAZ). Kvalita a bezpečí – interní audit zdravotnické dokumentace. Program zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče, 2023 [online] [cit. 2025-06-09]. Dostupné z: <https://www.csaz.cz/nase-sluzby/kvalita-a-bezpeci/>
12. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO AKREDITACI VE ZDRAVOTNICTVÍ. *Akreditace – nabídka služeb* [online]. Hněvotín: ČSAZ, 2025 [cit. 2025 06 11]. Dostupné z: <https://www.csaz.cz>
13. DE VRIES, E. N. et al. Monitoring preventable adverse events and near misses: a systematic review. *Journal of Patient Safety* [online]. 2021, 17(6), e592–e598 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2021/17060/Monitoring\\_Preventable\\_Adverse\\_Events\\_and\\_Near.12.aspx](https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2021/17060/Monitoring_Preventable_Adverse_Events_and_Near.12.aspx)
14. DONABEDIAN, Avedis. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. ISBN 0910701206.
15. FERREIRA, Diogo Cunha, VIEIRA, Inês, PEDRO, Maria Isabel, CALDAS, Paulo a VARELA, Miguel. *Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis*. *Healthcare* [online]. 2023, 11(5), 639. [cit. 2025-06-21]. DOI: [10.3390/healthcare11050639](https://doi.org/10.3390/healthcare11050639). ISSN 2227-9032

16. GEBEYEHU, Ashenafi, ABERA, Misganaw, ASSEFA, Helina a HUNDE, Mesfin, 2023. Patient satisfaction and associated factors among adult patients receiving physiotherapy services in three public hospitals of Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 4, 1145071. DOI: 10.3389/fresc.2023.1145071.
17. GLADKIJ, Ivan. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. ISBN 80-7013-272-8.
18. GLENNGÅRD, A. H.; ANELL, A. The impact of audit and feedback to support change behaviour in healthcare organisations – a cross-sectional qualitative study of primary care centre managers. *BMC Health Services Research*, 2021, 21:663 [online] [cit. 2025-06-09]. ISSN: 1472-6963. DOI: 10.1186/s12913-021-06645-4
19. Groene, O. et al. (2018). *QuADS: A quality assessment tool for diverse study designs in systematic reviews of health services research*. *BMJ Open*, 8(12), e018747. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018747>
20. HANNAWA, Annegret F., David R. SHAW a Marie B. ELGER. Communication failures in hospitals: a review of documented patient safety risks. *Journal of Public Health Research* [online]. 2017, 6(1), 13–20 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.4081/jphr.2017.818>
21. JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
22. KURU, Serkan, AYDIN, Arzu, ÖZBAY, Elif, SARI, Naciye a OZDAMAR, Kasim, 2024. Evaluation of patient satisfaction in physical medicine and rehabilitation outpatient clinics in Türkiye: A multicenter survey. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 70(1), 12–21. DOI: 10.5606/tftrd.2024.12000. v rámci těchto citací není potřeba doplnit datum citace? je to dle normy ISO 690?
23. KRÁSNIANOVÁ, Iveta. Externí hodnocení kvality ve zdravotnictví: přínosy a omezení. *Časopis pro kvalitu ve zdravotnictví*. 2021, 12(2), 45–54.
24. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Sestra. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

25. MAREŠ, Jiří. 2009. *Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely*. Praktický lékař [online]. 2009(89(2), 59-64 [cit. 2025-01-25]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-2/spokojenost-pacientu-s-poskytovanou-peci-teoreticke-pristupy-a-modely-4081>
26. MASARYKOVA UNIVERZITA. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2016 [cit. 2025-06-08]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1451/podzim2016/bp1867/um/Hodnoceni\\_kvality\\_a\\_bezpeci\\_zdravotnich\\_sluzeb.ppt](https://is.muni.cz/el/1451/podzim2016/bp1867/um/Hodnoceni_kvality_a_bezpeci_zdravotnich_sluzeb.ppt)
27. MASON, J. Healthcare Employees' Perceptions on the Effects of Internal Audits. Thèse, Medical University of South Carolina, 2023 [online] [cit. 2025-06-09]. Dostupné z: <https://medica-musc.researchcommons.org/>
28. MILCENT, Carine. The effect of patients' socioeconomic status in rehabilitation centers on the efficiency and performance. *Eur J Phys Rehabil Med* [online]. 2024, 60(6), 919–928 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39445734/>
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2019. HODNOCENÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB. Online. MZ ČR. [cit. 2025-03-25]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/>.
30. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. NÁRODNÍ HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI PACIENTŮ. *Spokojenost.mzcr.cz* [online]. [cit. 2025-05-17]. Dostupné z: <https://spokojenost.mzcr.cz/>
31. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Rámcové požadavky na interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb* [online]. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 13/2021, 2019 [cit. 2025-06-08]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/12/Vestnik-castka-13\\_2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/12/Vestnik-castka-13_2021.pdf)
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Koncepce domácí péče v ČR – po II. vlně pandemie COVID-19* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020 [cit. 2025-06-09].

Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce\\_DP\\_po\\_II\\_V\\_PR\\_final.pdf](https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_V_PR_final.pdf)

33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019 [cit. 2025 06 11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kvalita-a-bezpeci/>
34. Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2016). *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online prezentace]. Brno: Masarykova univerzita. [cit. 2025-06-09] Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1451/podzim2016/bp1867/um/Hodnoceni\\_kvality\\_a\\_bezpeci\\_zdravotnich\\_sluzeb.ppt](https://is.muni.cz/el/1451/podzim2016/bp1867/um/Hodnoceni_kvality_a_bezpeci_zdravotnich_sluzeb.ppt)
35. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní strategie kvality zdravotní péče v ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023 [cit. 2025 06 12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-strategie-kvality-zdravotni-pece/>
36. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 13/2021 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021 [cit. 2025-06-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2021/>
37. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: MZ ČR, 2024 [cit. 2025-06-21]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/system-hlaseni-nezadoucich-udalosti/>
38. NÁRODNÍ INSTITUT KVALITY A EXCELENCE ZDRAVOTNICTVÍ. 2020. *Hodnocení kvality*. Online. NIKEZ. [cit. 2025-03-27]. Dostupné z: <https://nikez.mzcr.cz/cs/hodnoceni-kvality/>.
39. OECD. (2006). *Health Care Quality Indicators – Conceptual Framework* [online]. Paris: OECD. [cit. 2025-06-09] Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/health-systems/36262363.pdf>
40. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. Paris: OECD Publishing, 2014. ISBN 978-92-64-22452-0.

41. OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [online]. Paris: OECD Publishing, 2021 [cit. 2025-06-12]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>
42. PICKER, c2025. The Picker Principles of Person Centred care. *Picker.org* [online]. [cit. 2025-05-17]. Dostupné z: <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
43. POKORNÁ, Andrea et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.
44. POKORNÁ, Alena. Kultura bezpečí a hlášení nežádoucích událostí ve zdravotnictví. In: *Bezpečnost pacientů 2022: sborník odborných studií*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022, s. 45–52. [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=9516>
45. PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5788-9.
46. SILVA, E. R. O. et al. Occurrence and preventability of adverse events in hospitals: a retrospective study. *PLOS ONE* [online]. 2022, 17( x ), e37436233 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.037436233>
47. SNYDER-AZNAVEH, Adam et al. Adverse event rates in hospitalised patients: US national data. *New England Journal of Medicine* [online]. 2022, 387(14), 1361–1364 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2201543>
48. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. *Popis akreditačního procesu* [online]. Praha: SAK o.p.s., 2025 [cit. 2025 06 11]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz>
49. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2022. *Metodika sledování nežádoucích událostí*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/obecna\\_metodika\\_sledovani\\_nu\\_2022\\_final\\_na\\_web.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/obecna_metodika_sledovani_nu_2022_final_na_web.pdf). [cit. 2025-03-28].

50. VÁLKOVÁ, Monika. 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Online. IPVZ. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7325-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>. [cit. 2025-03-30].
51. VIKAN, Magnhild et al. The association between patient safety culture and adverse events: a scoping review. *BMC Health Services Research* [online]. 2023, 23(300) [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09332-8>
52. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2012.
53. Vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2016.
54. Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2008.
55. WANG, Yiran, Narelle DALWOOD, Melanie FARLIE a Annemarie L. LEE. Adverse events related to physiotherapy practice: a scoping review. *Archives of Physiotherapy* [online]. 2024, 14(1), 138–154 [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.33393/aop.2024.3282>
56. WHO. 2024. *Quality of care*. Online. WHO. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1). [cit. 2025-03-27].
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, OECD, and The World Bank, 2018. ISBN 978-92-4-151390-6. Dostupné také z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>.
58. World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems* [online]. Geneva: WHO, 2006 [cit. 2025-06-09]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
59. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2007.



## 7 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník spokojenosti pacientů s rehabilitační péčí .....	70
Příloha 2 Pokračování Dotazník spokojenosti pacientů s rehabilitační péčí .....	71
Příloha 3 Výsledky testování závislosti pohlaví na spokojenosti v oblasti požadavků .....	72
Příloha 4 Výsledky testování závislosti pohlaví na komunikaci a chování na recepci.....	72
Příloha 5 Výsledky testování závislosti soukromí na pohlaví .....	73
Příloha 6 Výsledky testování závislosti spokojenosti v oblasti harmonogramu na pohlaví.....	73
Příloha 7 Výsledky testování závislosti spokojenosti na oblasti harmonogramu vzhledem k pohlaví .....	74
Příloha 8 Výsledky testování závislosti oblasti spokojenost u lékaře vzhledem k pohlaví.....	74
Příloha 9 Výsledky testování závislosti oblasti spokojenosti s možností zeptat se vzhledem k pohlaví .....	75
Příloha 10 Výsledky testování závislosti oblasti spokojenosti zpětné vazby vzhledem k pohlaví .....	75
Příloha 11 Výsledky testování závislosti oblasti množství informací vzhledem k pohlaví.....	76
Příloha 12 Výsledky testování závislosti oblasti srozumitelnosti informací vzhledem k pohlaví .....	76
Příloha 13 Výsledky testování závislosti oblasti nástěnky vzhledem k pohlaví.....	77
Příloha 14 Výsledky testování závislosti oblasti čistoty vzhledem k pohlaví .....	77
Příloha 15 Výsledky testování závislosti oblasti čvybavení vzhledem k pohlaví .....	78

## Příloha 1 Dotazník spokojenosti pacientů s rehabilitační péčí

### Dotazník spokojenosti pacientů s rehabilitační péčí

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Lenka Babey, jsem studentka 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví. V rámci své diplomové práce na téma „Sledování spokojenosti pacientů v rehabilitační ambulanci“ provádím dotazníkové šetření.

Vaše názory a zkušenosti jsou klíčové pro zlepšení kvality v našem zařízení. Vaše odpovědi umožní lépe porozumět potřebám pacientů a také poskytnou cennou zpětnou vazbu, která bude využita ke zlepšení kvality poskytované péče. Dotazník je anonymní a veškeré údaje budou zpracovány pouze pro účely této práce.

Vyplněný dotazník, prosím, vložte do schránky umístěné na zdi vlevo u recepcce.

Předem Vám děkuji za Váš čas, který vyplnění dotazníku věnujete, a za Vaši ochotu podílet se na zlepšování péče v tomto zařízení

#### Vzor pro vyplnění dotazníku:

Jak jste spokojen(-a) s pracovní dobou tohoto zařízení?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

Protože jsem si mohl(-a) rozvrhnout návštěvy v pozdních odpoledních hodinách po své pracovní době.

#### Stupnice hodnocení:

1 – velmi nespokojen(-a)    2 – nespokojen(-a)    3 – ani spokojen(-a) ani nespokojen(-a)

4 – spokojen (-a)    5 – velmi spokojen(-a)

**U NÁSLEDUJÍCÍCH OTÁZEK ZAŠKRTNĚTE STUPEŇ SPOKOJENOSTI OD 1 DO 5, U STUPŇŮ 1 AŽ 3 PROSÍM STRUČNĚ UVEĎTE DŮVOD HODNOCENÍ.**

**Jak jste spokojen(-a):**

1) s řešením požadavků, které jste měl(-a) během návštěv?	1	2	3	4	5
2) s chováním a komunikací personálu na recepci?	1	2	3	4	5
3) s respektováním Vašeho soukromí?	1	2	3	4	5
4) s dodržáním časového harmonogramu procedur?	1	2	3	4	5
5) s respektováním Vaší důstojnosti? (Vaše individualita, práva a potřeby)	1	2	3	4	5

**Příloha 2** Pokračování Dotazník spokojenosti pacientů s rehabilitační péčí

6) s chováním a komunikací u lékaře? (vyplňte pouze v případě, že jste lékaře v tomto zdravotním zařízení navštívil(-a))	1	2	3	4	5
7) s možností zeptat se na cokoliv, čemu jste nerozuměl(-a)?	1	2	3	4	5
8) s možností vyjádřit zpětnou vazbu týkající se Vaší rehabilitační péče? (ústně, písemně, online)	1	2	3	4	5
9) s množstvím informací, které Vám byly poskytnuté?	1	2	3	4	5
10) se srozumitelností informací, které Vám byly poskytnuté?	1	2	3	4	5
11) s informacemi na nástěnce?	1	2	3	4	5
12) s čistotou v tomto zdravotnickém zařízení?	1	2	3	4	5
13) s vybavením tohoto zdravotnického zařízení?	1	2	3	4	5
14) Doporučil(-a) byste toto zdravotnické zařízení svým blízkým? Pokud odpovíte NE, uveďte prosím důvod	ANO			NE	
15) Co byste zlepšil(-a) v tomto zdravotnickém zařízení?					
16) Jak dlouho jste čekal(-a) než jste mohl(-a) zahájit rehabilitační léčbu?	Méně než 14 dní	14 dní až 3 týdny		Více než 3 týdny	
17) Označte všechny procedury, které jste absolvoval v tomto zařízení	Vodoléčba	Individuální cvičení	Elektroléčba	Skupinové cvičení	
18) Vaše věková kategorie?	18-29 let	30-48 let	49-60 let	61 a více let	
19) Vaše pohlaví?	Muž			Žena	

Níže je prostor pro vyjádření jakýchkoliv zkušeností nebo připomínek, které nebyly zmíněné v dotazníku.

**Příloha 3** Výsledky testování závislosti pohlaví na spokojenosti v oblasti požadavků

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,613	Spokojenost v oblasti požadavků				
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		Celkem
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	40	78,4 %	11	21,6 %	51
Muž	29	82,9 %	6	17,1 %	35
Celkem	69		17		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti požadavků nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti požadavků závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 78,4 % žen a 82,9 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,613, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 4** Výsledky testování závislosti pohlaví na komunikaci a chování na recepci

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,308	Spokojenost v oblasti recepce				
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		Celkem
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	36	70,6 %	15	29,4 %	51
Muž	21	60,0 %	14	40,0 %	35
Celkem	57		29		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti recepce nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti recepce závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 70,6 % žen a 60,0 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,308, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 5** Výsledky testování závislosti soukromí na pohlaví

Kontingenční tabulka a Fisherův přesný test					
Fisherův přesný test p-hodnota: 1,000	Spokojenost v oblasti soukromí				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	47	92,2 %	4	7,8 %	51
Muž	33	94,3 %	2	5,7 %	35
Celkem	80		6		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti soukromí nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti soukromí závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 92,2 % žen a 94,3 % mužů. P-hodnota Fisherova přesného testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 1,000, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 6** Výsledky testování závislosti spokojenosti v oblasti harmonogramu na pohlaví

Kontingenční tabulka a Fisherův přesný test					
Fisherův přesný test p-hodnota: 0,219	Spokojenost v oblasti harmonogramu				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	49	96,1 %	2	3,9 %	51
Muž	31	88,6 %	4	11,4 %	35
Celkem	80		6		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti harmonogramu nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti harmonogramu závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 96,1 % žen a 88,6 % mužů. P-hodnota Fisherova přesného testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,219, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 7** Výsledky testování závislosti spokojenosti na oblasti harmonogramu vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a Fisherův přesný test					
Fisherův přesný test p-hodnota: 0,644	Spokojenost v oblasti důstojnosti				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	47	92,2 %	4	7,8 %	51
Muž	34	97,1 %	1	2,9 %	35
Celkem	81		5		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti důstojnosti nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti důstojnosti závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 92,2 % žen a 97,1 % mužů. P-hodnota Fisherova přesného testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,644, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 8** Výsledky testování závislosti oblasti spokojenost u lékaře vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a Fisherův přesný test					
Fisherův přesný test p-hodnota: 0,488	Spokojenost v oblasti lékař				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	22	78,6 %	6	21,4 %	28
Muž	20	87,0 %	3	13,0 %	23
Celkem	42		9		51

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti lékař nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti lékař závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 78,6 % žen a 87,0 % mužů. P-hodnota Fisherova přesného testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,488, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 9** Výsledky testování závislosti oblasti spokojenosti s možností zeptat se vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a Fisherův přesný test					
Fisherův přesný test p-hodnota: 0,710	Spokojenost v oblasti možnosti se zeptat				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	47	92,2 %	4	7,8 %	51
Muž	31	88,6 %	4	11,4 %	35
Celkem	78		8		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti možnosti se zeptat nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti možnosti se zeptat závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 92,2 % žen a 88,6 % mužů. P-hodnota Fisherova přesného testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,710, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 10** Výsledky testování závislosti oblasti spokojenosti zpětné vazby vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,401	Spokojenost v oblasti zpětné vazby				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	43	84,3 %	8	15,7 %	51
Muž	27	77,1 %	8	22,9 %	35
Celkem	70		16		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti zpětné vazby nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti zpětné vazby závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 84,3 % žen a 77,1 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,401, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 11** Výsledky testování závislosti oblasti množství informací vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,303	Spokojenost v oblasti množství informací				
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		Celkem
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	40	78,4 %	11	21,6 %	51
Muž	24	68,6 %	11	31,4 %	35
Celkem	64		22		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti množství informací nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti množství informací závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 78,4 % žen a 68,6 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,303, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 12** Výsledky testování závislosti oblasti srozumitelnosti informací vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a Fisherův přesný test					
Fisherův přesný test p-hodnota: 0,518	Spokojenost v oblasti srozumitelnosti informací				
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		Celkem
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	44	86,3 %	7	13,7 %	51
Muž	32	91,4 %	3	8,6 %	35
Celkem	76		10		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti srozumitelnosti informací nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti srozumitelnosti informací závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 86,3 % žen a 91,4 % mužů. P-hodnota Fisherova přesného testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,518, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 13** Výsledky testování závislosti oblasti nástěnky vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,156	Spokojenost v oblasti nástěnky				
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		Celkem
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	34	66,7 %	17	33,3 %	51
Muž	18	51,4 %	17	48,6 %	35
Celkem	52		34		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti nástěnky nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti nástěnky závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 66,7 % žen a 51,4 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,156, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 14** Výsledky testování závislosti oblasti čistoty vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,295	Spokojenost v oblasti čistoty				
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		Celkem
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	45	88,2 %	6	11,8 %	51
Muž	28	80,0 %	7	20,0 %	35
Celkem	73		13		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti čistoty nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti čistoty závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 88,2 % žen a 80,0 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3

desetinná místa 0,295, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.

**Příloha 15** Výsledky testování závislosti oblasti čvybavení vzhledem k pohlaví

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test					
Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,107	Spokojenost v oblasti vybavení				Celkem
	Velmi spokojen		Spokojen či nižší		
Pohlaví	n	%	n	%	
Žena	35	68,6 %	16	31,4 %	51
Muž	18	51,4 %	17	48,6 %	35
Celkem	53		33		86

$H_0$ : Spokojenost pacientů v oblasti vybavení nezávisí na pohlaví.

$H_A$ : Spokojenost pacientů v oblasti vybavení závisí na pohlaví.

Nejvyšší míru spokojenosti (velmi spokojen) v oblasti požadavků uvedlo 68,6 % žen a 51,4 % mužů. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,107, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost spokojenosti pacientů v oblasti požadavků na pohlaví.