

KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PRÁCE SESTRY OČIMA PACIENTA
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Veronika Vykydalová DiS.
Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Mgr. Eva Havlíková

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTEMENT OF NURSING

Nurse's job in patient's view

BACHELOR'S THESIS

Author: Veronika Vykydalová DiS.
Supervisor: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Mgr. Eva Havlíková

2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 28.4.2010

Veronika Vykydalová

Děkuji prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce, za jeho cenné rady, podněty a připomínky.

Poděkování dále patří také RNDr. Evě Čermákové za statistické zpracování dat .

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Havlíkové za podnětné připomínky a za její pomoc při realizaci průzkumného šetření a svým kolegyním v práci za trpělivost a vycházení vstříc ve službách po dobu mého studia.

Rovněž velice děkuji své rodině za pomoc a vytváření zázemí pro moje studium.

OBSAH:

Úvod do problematiky	7
Cíle práce	9

TEORETICKÁ ČÁST

1. Aktéři ve zdravotnickém zařízení	10
1.1 Obecná problematika pomáhajících profesí	10
1.2 Status a role zdravotnických pracovníků	12
1.3 Ošetřovatelství a cíle současného ošetřovatelství	14
1.4 Pacient v ošetřovatelském procesu	15
1.4.1 Osobnost pacienta	15
1.4.2 Potřeby pacienta	17
1.4.3 Sociální role pacienta	22
1.5 Interakce rolí pacient – zdravotník	24
1.6 Využití poznatků o potřebách nemocných lidí v práci sestry	25
1.7 Hodnocení kvality ošetřovatelské péče	27
2. Zjišťování spokojenosti pacientů – součást hodnocení kvality péče	30
2.1 Pojem spokojenost pacienta	30
2.2 Pojetí spokojenosti pacientů - modely spokojenosti pacientů	32
2.3 Determinanty spokojenosti	34
2.4 Funkce zjišťování spokojenosti	36
2.5 Dosavadní zkušenosti se zjišťováním spokojenosti pacientů	37

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Cíle výzkumu a pracovní hypotézy	41
4. Charakteristika zdravotnického zařízení	42
4.1 Charakteristika nemocnice	42

4.2	Obory nemocnice	42
4.2.1	Interní oddělení	43
4.2.2	Chirurgická oddělení	44
4.3	Lůžková kapacita nemocnice	45
5.	Metodologie	46
5.1	Charakteristika zkoumaného souboru	46
5.2	Metoda průzkumu	49
5.3	Realizace průzkumu	50
5.4	Zpracování dat	51
6.	Výsledky výzkumu a jejich analýza	52
7.	Diskuse	64
8.	Závěr	70
	Anotace	73
	Annotation	74
	Literatura a prameny	75
	Seznam tabulek	78
	Seznam obrázků	78
	Seznam příloh	78

Úvod do problematiky

Motto:

„Jestliže existuje nějaké tajemství úspěchu, pak spočívá ve schopnosti postavit se místo druhého a vidět všechno jak svýma, tak i jeho očima.“

Henry Ford

V současné době je zdravotnictví na velmi dobré technické úrovni, technika umožňuje takové zákroky a výkony, které dříve nebyly vůbec možné, používají se nové materiály, které zvyšují komfort pacienta a stále častěji v médiích můžeme slyšet o nových objevech výzkumníků nebo o výkonech, o kterých se generacím zdravotníků ani nesnilo.

Nabízí se ale myšlenka, zda technologie a technické zázemí nemocničních zařízení jsou jediným zdrojem úspěchu týmu pracovníků zdravotnického zařízení, bez ohledu na chování zdravotnického personálu a „lidskou tvář“ přístupu všech zdravotníků.

Pracuji jako všeobecná sestra na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení ve Svitavské nemocnici a dennodenně se setkávám s tím, že pacienti sice dokážou kladně ohodnotit technické vybavení oddělení - pacienti jsou neustále monitorováni, mají zavedeny invazivní vstupy, ale také je pro ně neméně důležité to, jak se k nim zdravotníci chovají, jak je dokážou podpořit, povzbudit a „pohládit na duši.“

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila Práci sestry očima pacienta a to z několika důvodů.

Zajímá mě, jak pacienti vidí sestry z hlediska jejich chování, přístupu a schopnosti podpořit je v době hospitalizace. Záměrně jsem v práci vynechala technické a odborné hledisko práce sestry, protože se domnívám, že pacient (pokud sám není zdravotník), nedokáže posoudit, zda sestra pracuje podle standardů a jestli splňuje všechna kritéria odbornosti, ale spíše dokáže zhodnotit to, jestli je ohleduplná, trpělivá a má příjemné vystupování. Spokojenost pacientů jsem zjišťovala na vybraných standardních odděleních nemocnice, protože jsem chtěla v práci obsáhnout co nejširší spektrum hospitalizovaných pacientů celé nemocnice a následně je porovnat podle věku, pohlaví, délky hospitalizace, závislosti pacienta na zdravotnickém personálu a oddělení (chirurgická x interní oddělení).

Dalším důvodem je to, že současným trendem ve zdravotnictví je orientace na pacienta, snaha vyhovět jeho oprávněným přáním a docílit tak jeho spokojenosti. A spokojenost je jedním z ukazatelů hodnocení kvality poskytované péče. Vzhledem k tomu, že pacienti mají možnost svobodného výběru zdravotnického zařízení, je potřeba kontroly kvality zdravotní péče nutnou podmínkou reflexe a rozvoje každého zdravotnického zařízení, které má za cíl hlavně spokojeného pacienta.

„Subjektivní názory pacientů jsou považovány za katalyzátor budoucích změn v léčebné péči a subjektivní uspokojení pacientů je důležitým kritériem v hodnocení kvality péče“ (Bártlová, Hnilicová, 2000, s.5).

Přesto, že se v posledních několika letech změnil termín „pacient“ na pojem „klient“, rozhodla jsem se v práci pro její větší přehlednost a nemocniční kontext i nadále použít pojem pacient, s čímž jsem Vás chtěla v úvodu seznámit.

Spokojenost pacientů je téma velice obsáhlé, přesto jsem se snažila v této práci poukázat na to nejpodstatnější, co se spokojeností z pohledu práce sestry souvisí.

Cíle práce

Shrnout poznatky o spokojenosti pacientů z hlediska hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Konkrétně to znamená:

- specifikovat problematiku pomáhajících profesí
- seznámit čtenáře s platnou legislativou výkonu zdravotnické profese
- definovat pojem ošetrovatelství a popsat cíle současného ošetrovatelství
- vyložit problematiku pacienta jako příjemce ošetrovatelské péče
- přiblížit zvláštnosti pacientovy osobnosti
- charakterizovat sociální role pacienta v ošetrovatelském procesu
- popsat a specifikovat pacientovi potřeby podle Maslowovy pyramidy potřeb
- popsat interakci pacient - zdravotník včetně toho, jak sestry využívají poznatky o potřebách nemocných ve své práci.

Za další neméně důležité cíle považují:

- vysvětlit pojem „spokojenost“ z několika úhlů pohledu
- popsat ty determinanty spokojenosti, které souvisí s poskytovanou zdravotnickou péčí
- přiblížit vybrané modely spokojenosti pacientů používané u nás nebo ve světě
- shrnout zkušenosti se zjišťováním spokojenosti pacientů u nás i v zahraničí.

1. Aktéři ve zdravotnickém zařízení

1.1 Obecná problematika pomáhajících profesí

Profesionální role lékaře a zdravotní sestry (a samozřejmě i ostatních pracovníků majících status zdravotníka podle zákona 95/2004 Sb., a 96/2004 Sb.) patří do tzv. „pomáhajících profesí.“ Takových profesí, kromě zdravotnických, existuje celá řada. Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. sumu vědomí a dovedností, která je třeba si pro kvalitní výkon osvojit. Toto vzdělání poskytují příslušné školy.

Pokud vyjdeme z přehledové studie K. Ivanová (2006, s.174 a násl.), pak musíme konstatovat, že to, co školy většinou studenty neučí, je vztah ke klientovi. Ten se předpokládá jaksi samo sebou. Lidský vztah pomáhajícím profesionálem a klientem hraje podstatnou roli. Člověk v pomáhajícím povolání se často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení, kdy zpravidla potřebují více než pouhou slušnost - přijetí porozumění, spoluúčast, pocit, že nejsou na obtíž. Často nejsou nutná ani slova, záleží na neverbálních projevech odborníka. Stačí, když tyto projevy vytvářejí určitou atmosféru, která pacienty či klienty povzbuzuje, nebo naopak sráží. Pacient potřebuje profesionálům důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí. Mnozí se naivně domnívají, že ten, kdo druhému pomáhá, sám pomoc nepotřebuje. Předpokládají, že je-li někdo tak silný, že se dovede postarat o svého bližního, umí se také postarat sám o sebe, a proto sám žádné problémy nemá, nebo je dovede snadno zvládnout. Tuto představu mají lidé nejen o sociálních a zdravotnických pracovnících, ale i učitelích, psychologích, policistech, hasičích aj. Opak je ale pravdou. Lidé, kteří takovou práci jakéhokoliv druhu vykonávají, to dělají mimo jiné i proto, že jsou sami více senzitivní než ostatní, mají vyšší schopnost prožívat a vcítit se do problémů druhého člověka. A ten, kdo tuto schopnost má, je častěji druhým vyhledáván než ten, komu tato schopnost chybí.

Čím je profese emočněji náročnější, tím větší stres vyvolává u člověka, který ji provádí. Pomáhající profese trpí tzv. „dušení únavou.“ Jaké hlavní mechanismy se za duševní únavou skrývají?

Většina péče o druhé se přesouvá do oblasti služeb zdravotních, sociálních, pedagogických a bezpečnostních. Očekávání a požadavky na služby, které jsou subvencovány společností vždy a budou vyšší než vynaložené prostředky. A pacienti mají

stále vyšší požadavky a stále větší – byť neúplné vědomosti. Frustrace profesionálů z těchto situací se zvyšuje zastaralým řízením, s nedostatkem empatie ze strany managementu, nedostatečnou odbornou podporou – supervizí a nedostatkem týmové práce.

Další zátěží je proud informací, a to nejen čistě odborných. Roste i proud informací a problémů, které je možno nazvat informacemi provozními. Kromě dřívějšího osobního styku s klienty a vyřizování pošty, přibýly lépe urgující telefony, faxy, mobilní telefony a elektronická pošta. Představy laické veřejnosti o dosažitelnosti pomáhajících pracovníků a o době a námaze, kterou je potřeba vyvinout ke zpracování informací, jsou často nerealistické.

Způsob odměňování se mění. Od systému, kdy odměna záležela na věku a letech praxe, na zastávané pozici nebo individuálním výkonu, se přechází k odměňování, které závisí na výkonu týmu. Lidé se stejným vzděláním, věkem, přispívají ke společnému výsledku a měli by být podle toho odměňováni. Pokud tyto rozdíly nejsou správným způsobem vysvětleny, pak jsou iritováni jak ti, kteří podávají vysoký výkon, tak ti, kteří podávají výkon nízký.

Přechod od dlouhodobé jistoty a stability zaměstnání, kterou dával starý systém, k nové jistotě, která se buduje na identitě vlastní práce a vzdělání.

Je vyžadována stále větší samostatnost v rozhodování, i když není vždy možné vzít za svou práci celou odpovědnost, protože vysoce specializovaná dělba práce neumožňuje každému pomáhajícímu pracovníkovi vidět konec a výsledek své práce.

Z celku pomáhajících profesí je možno vydělit užší skupinu pečujících povolání. Co nejvíce odlišuje pečující (zdravotní a sociální) profese od ostatních pomáhajících profesí?

Není to jen odpovědnost za zdraví, život či smrt, tu mají i ostatní pomáhající profese. Není to ani neustálý kontakt s množstvím cizích lidí, ani seznámení s důvěrnými údaji. Je to tím, že tyto pečující profese přesahují onu více či méně pomyslnou bariéru lidského soukromí – soukromí lidského života, vztahů i lidského těla. Přesahují tuto bariéru, aniž by se tomu někdo divil. Přesahují ji navykle a samozřejmě. V tomto je unikátnost pečujících profesí, ale také jedno z největších úskalí, které se v těchto profesích skrývá. Pečující profesionál proniká do soukromí pacienta a zachovává si soukromí své: vzniká polarita, kterou nelze vyrovnat. Naučit se s touto situací zacházet znamená uvědomit si, že polarita neznámá podřízenost a podrobení pacienta či klienta. Neznámá mít nad někým neomezenou moc.

1.2 Status a role zdravotnických pracovníků

Zdravotničtí pracovníci jsou takoví pracovníci, kteří podle zákona č. **95/2004 Sb.** a zákona č. **96/2004 Sb.** jsou způsobilí k výkonu lékařských a nelékařských zdravotnických povolání a k výkonům souvisejícím s poskytováním zdravotní péče. Zákony vyžadují jednak splnění všeobecných podmínek způsobilosti a jednak podmínek odborných. Obecné podmínky jsou: 1. **zdravotní způsobilost**, kterou pracovník prokazuje posudkem praktického lékaře nebo lékaře závodní zdravotní péče, 2. **bezúhonnost** - kterou pracovník prokazuje výpisem z rejstříku trestů. Bezúhonným je podle zákona ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen.

Odbornou podmínkou, kterou musí zdravotnický pracovník splnit, je získání nebo uznání **odborné způsobilosti**, kterou zákon určuje pro každou jednotlivou kategorii zdravotnických lékařských a nelékařských pracovníků (tj. podle zákonů č. 95 a 96/2004 Sb.).

Zákon rozlišuje tři kategorie nelékařského zdravotnického povolání podle míry samostatnosti: výkon povolání pod přímým vedením, výkon povolání pod odborným dohledem a výkon povolání bez odborného dohledu.

Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních byl významnou změnou v pojmání zdravotnické profese. Na tento zákon navazují tyto vyhlášky: **Vyhláška MZ ČR č. 423/2004 Sb.** Touto vyhláškou se stanovil kreditní systém, na základě kterého jsou ohodnoceny jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů, jejichž získání je potřebné pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnického pracovníka. **Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků; **Vyhláška MZ ČR č. 39/2005 Sb.**, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (převzato nconzo, 2010, online).

V rámci oboru ošetrovatelství působí tedy v praxi dvě regulované zdravotnické profese, kterými jsou všeobecné sestry a porodní asistentky. Obě profese poskytují individuální cílenou péči uživatelům zdravotnických služeb. Dnešní ošetrovatelští profesionálové jsou vzdělávání vyšším odborným a vysokoškolským studiem a jejich profesionální role má čtyři části, jež by všechny měly být obsaženy v popisu pracovní náplně všeobecných sester a porodních asistentek ve všech zdravotnických organizacích (Ivanová, 2006, s.176 a násl.).

Část autonomní. Obsahuje v sobě odborně zdravotnické činnosti, ke kterým patří: diagnostika ošetrovatelských problémů v oblasti lidských potřeb klienta, erudované užívání ošetrovatelské terminologie a diagnostických pojmů, tvorba plánů ošetrovatelské péče s nastavením potřebných ošetrovatelských intervencí, vedení denních záznamů o realizované ošetrovatelské péči, zpracování propouštěcích ošetrovatelských zpráv, prevence vzniku ošetrovatelských problémů, onemocnění a deficitu ve zdraví, poskytování informací a edukace odpovídající kompetenci ošetrovatelských profesionálů, podpora a provázení osob a rodin v krizových a zdraví odlišných situacích, podpora rodina blízkých při změněném stavu pacienta.

Část kooperativní. Představuje soubor aktivit, ke kterým patří např. spolupráce zdravotnického týmu ve prospěch zdraví klienta (plnění ordinace lékařů, fyzioterapeutů a dalších odborníků), účelná komunikace při spolupráci se zdravotnickým týmem, respektování rolí ostatních lékařských a nelékařských zdravotnických odborníků, respektování vlastních ošetrovatelských kompetencí a jejich nepřesahování, spolupráce s rodinou a blízkými pacienta.

Část výzkumná a rozvojová. Vede k využívání nových poznatků v oboru ošetrovatelství, k zájmu o odbornou literaturu, ke spolupráci nebo i vedení rozvojových či výzkumných projektů, k účasti na tvorbě standardů ošetrovatelské péče či porodní asistence, na vývoji formulářů důsledné ošetrovatelské dokumentace, ke kontinuálnímu celoživotnímu vzdělávání, k podpoře a využívání principů EBN (*evidence based nursing* – ošetrovatelství založené na důkazech), k rozvoji všech oblastí ošetrovatelství a porodní asistence, včetně jejich terminologie i komunitní péče.

Část koordinační a řídicí. Lze ji specifikovat jako koordinaci práce ošetrovatelského týmu v roli primární sestry nebo primární porodní asistentky (koordinace je zaměřená směrem k přidruženým či skupinovým sestrám a porodním asistentkám, zdravotnickým asistentům a ošetrovatelkám, vždy ve prospěch skupiny klientů dané primární sestry nebo porodní asistentky), zavádění skupinové a primární ošetrovatelské péče, sledování efektivity ošetrovatelské činnosti u klientů své primární skupiny, řízení či účast v ošetrovatelském auditu, hodnocení, řízení a vzdělávání podřízených pracovníků (event. mentorskou činností), užívání informačních a komunikačních technologií k důsledné práci s daty ošetrovatelské reality a jejich využívání pro sledování nákladovosti ošetrovatelské péče (modifikovaně podle Ivanová, 2006, s. 240 a násl.).

1.3 Ošetřovatelství a cíle současného ošetřovatelství

Jak lze definovat pojem ošetřovatelství? Nejvýstižněji snad popisuje ošetřovatelství Virginie Hendersonová. Její vysvětlení funkce sestry vystihuje nejlépe poslání současného ošetřovatelství a bylo přijato Mezinárodní radou sester (ICN):

„ Specifická funkce sestry spočívá v pomoci individuu, nemocnému či zdravému, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví nebo jeho znovunabytí (případně ke klidné smrti), jež by mohl vykonávat sám, pokud by k tomu měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Tuto pomoc má sestra provádět takovým způsobem, který povede k co nejrychlejšímu získání soběstačnosti“(Lemon 1,1997, s. 44)

Charakteristické rysy ošetřovatelství jsou: poskytování aktivní ošetřovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, poskytování ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče, poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (podle mzc.,2010,online).

Cíle současného ošetřovatelství můžeme shrnout takto: pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím. Podpořit jejich pozitivní zdraví (vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je poučen a ochoten o své zdraví pečovat). Maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama (identifikovat co je člověk schopen pro sebe udělat). Provádět prevenci onemocnění. Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav člověka (předcházet komplikacím). Nacházet a uspokojovat potřeby osob s porušeným zdravím, osob zdravotně postižených, pacientů s nevléčitelným onemocněním.

Hodnoty, na nichž se zakládá ošetřovatelství, začínají být ve větší míře důležité i pro ostatní zdravotnické pracovníky. Mezi tyto hodnoty patří: uznání a respektování každé lidské bytosti, chápání člověka v jeho komplexnosti (holismus), uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život, přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči (modifikovaně podle Lemon 1, 1997, s. 43 a násl.).

1.4 Pacient v ošetrovatelském procesu

Nejprve se v tomto odstavci zaměříme na osobnost pacienta jako příjemce ošetrovatelské péče, který se vyznačuje osobnostními zvláštnostmi.

1.4.1 Osobnost pacienta

Člověk je daleko nejsložitějším ze všech živých i neživých systémů, které známe. Zvláště složitá je jeho centrální nervová soustava a z jejích funkcí opět nejsložitější a nejméně poznané jsou ty, které patří k osobnosti. *„Je těžké definovat osobnost. Stejně tak není snadné najít správné hledisko pro popis a vysvětlení osobnosti. Pro zkoumání funkčního systému osobnosti je typické zaměření na celek a celostní otázky typu: Jak se člověk vyrovná se zklamáním? Jak chápe své místo v sociálním prostředí, do kterého je postaven? Jakého pojmového systému požívá k zvládnutí svých zkušeností?“*

Osobnost je člověk jako psychologický celek, do kterého patří zejména jeho povaha včetně osobních rysů, schopností, konstituce a zjevu. Duševní životní člověka (a tím i způsoby jeho jednání) je determinován osobností, určitou kvalitou podnětů a konkrétních situací. Osobnost je celek lidských psychických a fyzických vlastností, jenž má svůj svéráz tvořící určitý typ, zároveň se však v každém případě jedná o celek jedinečný a neopakovatelný.

Duševní život člověka je celek fungující jednotně z hlediska složek (vnímání, paměť, myšlení, fantazie a jednání), které ho utvářejí, jednotně s vnitřními fyzickými podmínkami a vnějšími sociálními vlivy. Není to mechanický celek, neboť dynamika jeho projevů je dána dialektickými vztahy mezi jeho jednotlivými složkami, mezi psychickými a tělesnými a mezi psychickými a vnějšími vlivy. Celek duševního života je integrován specifickým faktorem, vztahovou kategorií, která je psychologicky nazývána „já.“ Tento zvláštní organizovaný systém je v moderní psychologii nazýván osobnost.

Psychologie osobnosti chápe a zkoumá lidské individuum jako psychologický celek, jako strukturu či organizaci jeho psychických i psychologických funkcí, jeho prožívání a chování. Tato jednota může být narušena, v osobnosti se mohou objevit rozpory, může dojít až k rozpadu osobnosti u duševně chorého, nebo k rozporu růstu osobnosti v konfliktních a krizových situacích.

Extrémně náročné životní situace, které vzbuzují závažné poruchy chování člověka a vážně narušují jeho osobnost, jsou nazývány jako patogenní. Mnohé situace jsou značně náročné, ale nemusí ještě vyvolat funkční poruchu. Vyvolají sice zvláštní stav - stav konfliktů, frustrace nebo stresu - ten však může, ale nemusí přejít v poruchu. Existují taky takové, které se uvedeným podobají, ale nejsou ještě takové, aby vyvolaly frustraci nebo stres, tím méně poruchu. Označují se jako prosté náročné situace. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami situací jsou relativní. Táž situace může být pro jeden organismus prostou náročnou situací a pro jiný konfliktogenní, frustrující či stresová a ještě pro jiný přímo patogenní. Všechny tyto situace se dají shrnout pod termín náročná životní situace.

Jedinci se jeví jako náročná taková situace, která je:

- **Nečitelná** (nepřehledná, nejasná, nestrukturovaná) - problém je tedy v tom, že jedinec přesně nerozpozná prvky situace vztahy mezi nimi a chybí mu vhled do situace,
- **Neřešitelná** - jedinec sice chápe (aktuálně) situaci, ale nenachází pro ni postup řešení (taktiku, strategii), chybí mu představa záměru, koncepce řešení situace,
- **Nezvládnutelná** - jedinec má náhled situace i představu o tom, jak by se měla řešit (za jakých okolností), ale má pocit nebo je přesvědčen, že mu chybí prostředky potřebné k řešení, ať už vnější nebo vnitřní povahy,
- **Ohrožující** - tzn., že řešení nebo změna může znamenat buď aktuálně nebo následně ohrožení jedince, nebo jiných vztažných osob nebo důležitých hodnot.

Odolnost k náročným životním situacím je schopnost vyrovnávat se s nimi bez maladaptivních (nepřiměřených, patologických) reakcí. Je u různých jednotlivců různá. Záleží na vrozených vlastnostech organismu (vlastnosti konstituční, vlastnosti typu vyšší nervové činnosti), na věku, životních zkušenostech a jejich psychickém zpracování, na myšlenkové úrovni jedince zvláště významné zkušenosti jedince přímo s náročnými životními situacemi. Dalším důležitým činitelem je momentální situace jedince, tj. jeho zdravotní stav, možnost vykonávat určité činnosti, příznivé společenské vztahy. Působivým činitelem odolnosti organismu je též uvědomělé úsilí, soustava volných vlastností, uvědomělá autoregulace (úsilí vydržet, uzdravit se, znalost vhodného režimu a jeho dodržování, uvědomělé využití účinných způsobů řešení náročných situací apod.) Techniky, jimiž se lidé vyrovnávají s náročnými životními situacemi, by měl znát každý zdravotník, protože převážná většina pacientů podle nich reaguje na okolnosti změněné nemocí. Patří mezi ně agrese a únik, upoutávání pozornosti a egocentričnost, projekce, identifikace, kompenzace,

sublimace, racionalizace, trestání a „vykupování“ sebe sama, izolace, regrese, fixace, potlačení a popření, opačné reagování a negativismus.

Člověk je nejvíc osobností tehdy, když se rozhoduje, usiluje o realizaci svého rozhodnutí, nebo když se ocitá na křižovatce svého života, kterou nemoc zajisté velmi často je (citováno podle Ivanové, 2006, s.202 a násl.).

1.4.2 Potřeby pacienta

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je jednak myšlenkovým algoritmem sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systémem kroků a postupů při ošetrování nemocného.

Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou, ne pouze souborem částí a procesů. Termíny holistický a holismus jsou odvozeny z řeckého slova, které znamená celek. Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému.

Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě.

V pojetí holismu je člověk integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Celostní pohled na živé bytosti, na člověka, je v souladu s neredukovaným chápáním lidské bytosti, s bio-psycho-sociálním modelem zdraví a nemoci.

Pojem potřeba pacienta

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, či naopak přemíry, nadbytku; odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nezbytně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka - pozornost, emoce, myšlení, volní procesy a

tím zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojování potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň (mluvíme také o psychické odezvě).

V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem. Každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí.

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného jednání se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž ani dva si nejsou podobné.

Význam pojmu potřeba

- **biologický** - potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy,
- **ekonomický** - potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt, což je spíše poukazem na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle,.
- **psychologický** - je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince.

Klasifikace potřeb

V psychologii se obvykle objevuje třídění potřeb na **biogenní - fyziologické, psychogenní, sociogenní**.

Rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické a sociální, z pohledu ošetřovatelství odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku. Pojem potřeba pak vyjadřuje jednak určité nedostatky biologické (nedostatek jídla, pohybu, odpočinku), jednak nedostatky v sociálním životě jedince (zázemí, opory, projevy úcty, lásky apod.). Jde o dělení poněkud umělé, protože některé potřeby sociální mají zřejmě vrozený a tedy i biologický základ. Naproti tomu většina sociálních potřeb vyjadřuje některé nedostatky v sociálních podmínkách jedince, na něž si zvykl, nebo které vystupují ve srovnání s jinými jedinci.

Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa (1908 – 1970) má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb (viz obrázek č.1) obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace - jedinec je integrovaný a organizovaný celek, tzn., že každá potřeba je vždy výrazem celého jedince (neexistuje např. potřeba žaludku, ale je to vždy X nebo Y, který má hlad a projevuje se to v jeho vnímání, myšlení, cítění a chtění).

„ Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na jeho místo druhá...Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že stále něco vyžaduje“ (Maslow 1960).

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti, člověk nikdy netouží např. zdobit svou domácnost, pokud se cítí být ohrožován nějakou katastrofou. Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené nižší potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými vyššími potřebami. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Seberealizující se jedinci tedy musí být všeobecně uspokojeni a duševně zdraví. Teprve je - li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince (tato část práce modifikovaně převzata podle Trachtové a kol., s. 9 a násl.).

Obrázek č. 1 - Maslowova pyramida potřeb (převzato ze zrcadlo.blogspot.online)



Fyziologické potřeby - objevují se při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, sloužící k přežití. Jedinec dělá většinou všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními – dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku apod. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka.

Potřeba jistoty a bezpečí - je potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, ekonomického zajištění apod. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty (u nemocného člověka můžeme vždy mluvit o ztrátě životní jistoty).

Potřeba lásky a sounáležitosti - je někdy nazývána potřebou afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění.

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty - jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace - vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Kdo chce být dobrým lékařem, sestrou, musí být dobrým lékařem, sestrou tzn., musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře.

K těmto vyšším potřebám řadí Maslow ještě tzv. metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování „*posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti*“ (Maslow, 1960).

Maslowovy teze o vyšších potřebách

1. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm fylogenetického vývoje.
2. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm ontogenetického vývoje.
3. Čím vyšší potřeba, tím je méně důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí.
4. Žití na úrovni vyšších potřeb vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku a chuti k jídlu.
5. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé.
6. Uspokojení vyšších potřeb vede k žádoucnějším subjektivním výsledkům, tj. hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života.
7. Sledování a uspokojování vyšších potřeb současně znamená všeobecnou tendenci ke zdraví, tedy tendenci směřující dál od psychopatologie.
8. Vyšší potřeby musí mít při svém vzniku splněno více předběžných podmínek.
9. Vznik vyšších potřeb vyžaduje příznivější vnější podmínky.
10. Ti, u nichž došlo k uspokojení obou druhů potřeb, cení si obvykle vyšších potřeb víc než nižších.
11. Čím vyšší je úroveň potřeby, tím širší je okruh identifikace láskou, tj. tím vyšší je počet lidí s láskou se identifikujících.
12. Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíže než uspokojování potřeb nižších.
13. Sledování a uspokojování vyšších potřeb má žádoucí občanské a společenské důsledky.
14. Sledování a uspokojování vyšších potřeb vede k větší, silnější a opravdovější individualitě.
15. Čím vyšší je úroveň potřeb, tím svobodnější a účinnější může být psychoterapie, na úrovni nižších potřeb je stěží platná.
16. Nižší potřeby jsou mnohem lokalizovanější, hmatatelnější a omezenější než potřeby vyšší (modifikovaně převzato podle Trachtová a kol. 2006, s. 14 a násl.).

1.4.3 Sociální role pacienta

Příznaky onemocnění se neprojevují jen v oblasti somatické, ale i v citech, v jednání člověka, v jeho racionálním zkoumání a hodnocení situace, ale také v reakcích jeho okolí. Je proto potřeba zjistit, jak člověk na manifestaci příznaků reaguje, jaký jim přisuzuje význam.

Všechny tyto faktory se s různou intenzitou promítají také do jeho chování, do jeho rozhodování, zda je nemocný a zda se chová jako nemocný, jinak řečeno, zda přijme nemoc jako sociální roli a jak se v této roli chová.

Charakteristiky pozice a role pacienta

Z pozice nemocného člověka vyplývá role pacienta, která je charakteristická čtyřmi rysy, z toho dvěma výhodami a dvěma povinnostmi:

Změnou v normálních závazcích dosavadní role – nemocný je na základě svého stavu vyčleněn ze svých běžných sociálních závazků; tedy výhodou je, že je legitimně zproštěn svých dosavadních povinností;

Změnou postavení ze zdravého člověka na nemocného, kterého je potřeba se ujmout. Nemoc není chápána jako akt vůle a nemocnému není přičítána odpovědnost za to, že onemocněl. Situace nemocného se vyznačuje potřebností a odkázaností na druhé. Situace, ve které se nemocný ocitl, mu dává právo (výhodu) získat pomoc druhých. Ve vztahu ke svým potřebám však není kompetentní a je odkázán na jejich posouzení odborníky (zdravotníky);

Povinností vnímat poruchu jako nežádoucí stav, což by mělo být obvykle spjato s vůlí uzdravit se. Nadbytečné setrvání v nemocnici má sám nemocný chápat jako nežádoucí.

Povinnost vyhledat odbornou pomoc a kooperovat s tím, kdo ji poskytuje.

Ačkoliv nemoc bývá vymezována převážně jako negativní situace pro nemocného, může mu podle jeho osobnosti i momentální situace přinášet i určité zisky:

Nemoc se může stát řešením (a vyřešením) nějakého psychického konfliktu. Z nepříjemné reality, kterou nemůže, nebo neumí či nechce řešit jiným způsobem, uniká jedinec do situace nemoci. Nemusí jít vždy o vědomý, plánovaný únik do nemoci, ale o nevědomou reakci, např. touhu po pozornosti blízké osoby, po péči apod. Nemocný může využít své nemoci k tomu, aby aktuálně odložil řešení konfliktní situace (v rodině nebo

zaměstnání), vzbudil pozornost, ochranné tendence, popřípadě pocity viny, nebo může dokonce chronickým onemocněním k sobě připoutávat partnera, jehož láskou si není jist.

Nemoc může sloužit jako nástroj k (sebe) potrestání za jakousi vinu. Pocity viny vyvolávají psychickou tenzi, která je velmi nepříjemná a trýznivá. Člověk se snaží nějakým způsobem vinu zpracovat (a tím redukovat psychickou tenzi) a jako možnost se jí nějakým způsobem odčinit, případně přijmout trest. Tímto testem se nemocnému může jevit onemocnění nebo úraz.

Nemoc se pro jedince může stát zdrojem moci. Nemocní lidé se stávají objektem zvýšené péče a pozornosti a této pozice někteří využívají (resp. zneužívají) k manipulaci svého okolí.

Nemoc také přináší sekundární zisky. Sem patří nejen nemocenské dávky, osvobození od nepříjemných úkolů, ale také protektivní chování zdravotníků, překonávání osamělosti aj

Subjektivní prožívání nemoci pacientem a na něm závislé chování nemocného označuje jako **autoplastický** (auto - já sám, plastický - vymodelovaný, vytvořený) obraz nemoci, jež zahrnuje tyto stránky: **senzitivní** (vnímání potíží, bolesti), **emoční** (citové prožívání nemoci - strach, úzkost, ale i naděje), **volní** (úsilí odolávat nemoci, ovládnutí projevů utrpení, účelná aktivita nemocného, rozhodnutí navštívit lékaře), **racionální a informativní** (zjišťování informací o onemocnění).

Autoplastický obraz nemoci je determinován: **povahou onemocnění** (zda je akutní, chronické, jakou vyžaduje léčbu - ambulantní či lůžkovou, chirurgickou či konzervativní, jaké jsou průvodní symptomy nemoci aj.), **okolnosti, za nichž nemoc probíhá** (prostředí, ve kterém probíhá léčení, důsledky nemoci pro zaměstnání, rodinný a osobní život, finanční důsledky aj.), **osobností pacienta** (věk, stupeň senzibility, citová reaktivita, odolnost osobnosti v náročných životních situacích, temperament, hierarchie hodnot, zdravotní uvědomění), **sociální pozicí jedince** (bohatí, důležité osobnosti, bezdomovci, etnická příslušnost, ale také např. zdravotník pacient).

Specifickou pozornost vyžaduje potom role nemocného v nemocnici. Ivanová (2006, s. 208 a násl.) rozděluje osoby, se kterými se zdravotníci setkávají, do šesti skupin:

1. skupina jsou zdravé osoby, které se podílejí na prevenci,
2. skupina jsou osoby relativně zdravé, které vyhledávají pouze konzultace s lékařem,
3. skupina jsou nemocní schopní práce, tedy i při léčení plní společenské role,

4. skupina jsou problematické případy z hlediska přijetí role pacienta - lidé s návykovým onemocněním, psychickým onemocněním,
5. skupina tzv. zvláštní, kterou tvoří těhotné ženy, rodičky a novorozenci, tedy lidé, kteří potřebují stálou zdravotnickou pomoc a péči, a i když nemohou být považováni za nemocné, ale bývají i hospitalizováni,
6. skupina jsou opravdu nemocní, kteří přijímají roli pacienta a jsou buď v domácím ošetřování, nebo jsou hospitalizováni.

V případě hospitalizovaného pacienta znamená změna jeho sociální situace radikální (byť třeba dočasnou) změnu prostředí, v němž se začíná odehrávat jeho každodenní život. V nemocnici je člověk vyřazen ze společnosti zdravých. Ocítá se v situaci člověka psychicky i společensky podřízeného. Zatímco v normálním životě a sociálním prostředí smí jedinec relativně mnoho, respektive vše, co není zakázané, v nemocnici naproti tomu nesmí nic, co by nebylo vysloveně povolené. Vstup do tohoto prostředí znamená naučit se nejen roli nemocného obecně ale nemocného v prostředí nemocnice (modifikovaně podle Ivanová s.205 a násl.).

1.5 Interakce rolí pacient – zdravotník

Status lékaře, sester i ostatních nelékařských zdravotníků je výrazně odlišný od statusu pacienta, což platí i pro role z nich vyplývající. Zatímco u pacienta se jedná o málokdy příjemnou změnu životních funkcí a rolí téměř ve všech bodech, u zdravotníků se jedná o standardní činnost, která jim může přinášet uspokojení. Odlišnost rolí ještě nemusí vždy znamenat konflikt, naopak v tomto případě jde o komplementárnost rolí.

Nemoc a zdraví jsou výsostně lidskými a bio-psycho-sociálními kategoriemi, jejich konkrétní obsah, stejně jako povaha interakčního vztahu pacient - zdravotník, jsou utvářeny danými společenskými podmínkami, tradicemi, sociálním a kulturním prostředím a dalšími vlivy.

Při vzájemném kontaktu je na jedné straně pacient se svou změnou a úzkostí a na druhé straně zdravotník se svou profesionalitou, znalostí prostředí i jistou rutinou, která jim oběma pomáhá situaci zvládnout.

Role zdravotníka je také víc normativní než role pacienta. A protože jde o normativní vzory očekávaného jednání, nemusí každý zdravotník instruovat pacienta do důsledku o svých povinnostech a privilegiích. Pacient zpravidla zná sociální role zdravotníků v rámci své participace ve společnosti a na základě svého zasvěcení do kultury. Podobně se pacient doví, co jeho společnost „normálně“ očekává od něho jako pacienta. I když se osobní zkušenost může i značně lišit, přesto se častějším vstupováním do role pacienta člověk stává zkušenějším a jeho představy o rolích všech zdravotníků jsou mnohem přesnější, i když se jedná pokaždé o jinou ošetřující či pečující osobu. Pokud se ale vzájemná očekávání příliš odlišují, mohou být zdrojem konfliktních situací.

Sociální systém vztahů pacient, lékař, zdravotní sestra (či ostatní zdravotníci) je velmi složitý a křehký. Má-li se však systém udržet a dobře fungovat, musí směřovat k jednomu cíli, i když se zřetelně vzájemně liší. Lékař pod vlivem své odborné kompetence je zvyklý na konkrétní a logické myšlení. Je převážně nositelem instrumentální funkce (tedy vnější funkce směřující k cíli).

Naopak pacient může být zranitelný neporozuměním významu lékařových slov a racionálními i iracionálními obavami, jež v něm vyvolávají lékařovy informace a příznaky nemoci. Na rozdíl od lékaře či sestry pacient vstupuje do role nepřipraven a velmi často naprosto nerad.

Je nutno udržet vzájemné vztahy, motivační rovnováhu i přiměřené napětí tohoto sociálního systému, jež připadá častěji sestram. Sestry mají s pacienty obvykle užší vztahy než lékaři. Jednak s nimi (zejména při hospitalizaci) tráví více času a jednak jim pomáhají splnit základní fyzické, psychické často i sociální potřeby (cit. modifikovaně podle Ivanová 2006, s. 210 a násl.).

1.6 Využití poznatků o potřebách nemocných lidí v práci sestry

Odpověď na otázku, zda se uspokojují fyziologické potřeby, je většinou objektivním úsudkem sestry, ale může být subjektivní pro nemocného. Např. sestra objektivně hodnotí uspokojování potřeby výživy vážením, laboratorními testy, ale nemocný sám cítí potřebu výživy jako neuspokojenou (vzhledem ke složení stravy, časovému rozvrhu jídla apod.) Posouzení, zda byla uspokojena psychologická potřeba, je většinou hodnocením subjektivním.

Faktory, které modifikují uspokojování potřeb člověka

Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují, popř. mění způsob uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně: nemoc, individualita člověka (osobnost), mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka, okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

Nemoc brání často lidem v uspokojování jejich potřeb a sama modifikuje způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování. Sestry napomáhají pacientům v uspokojování fyziologických i psychických potřeb. Psychická odezva na neuspokojenou potřebu výživy, popř. hygieny bude jiná u pacienta po operaci appendixu a jiná u člověka po amputaci dolní končetiny. Z toho vyplývá, že každé zabezpečení pacienta pomáhá uspokojit různé potřeby. S postupem uzdravování klesá potřeba pomoci sestry. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, pacient chce uspokojovat potřeby vyšší úrovně (např. potřebu bezpečí a jistoty). Nemocní často zaměřují veškerou svoji pozornost na fyziologické potřeby a přechodně se nezabývají potřebami vyšší úrovně.

Individualita člověka

Osobnost člověka, osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu. Určující bude typologie člověka (extrovert, introvert), emocionální labilita nebo stabilita, dále odolnost proti zátěži. Narušená sebekoncepce člověka oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby, ale i schopnost si uvědomit, zda byly potřeby uspokojené nebo neuspokojené. Lidé, kteří se poznají a váží si sami sebe, snadněji snášejí změny, identifikují svoje potřeby i způsob, jak je uspokojit. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni uspokojit svoje potřeby samostatně a budou pravděpodobně vždy potřebovat pomoc sestry.

Mezilidské vztahy

Zejména vztahy k příbuzným a blízkým, narušují uspokojování potřeb. Sestry často vstupují do těchto vztahů, protože jsou v blízkosti pacienta v jeho kritických obdobích. Prostřednictvím těchto vztahů mohou pomáhat nemocnému, aby si uvědomil svoje potřeby a navodil zdravý způsob jejich uspokojování.

Vývojové stádium člověka

Modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Každý člověk se v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem, protože na základě této schopnosti je snadněji dosažitelné naplnění základních pocitů jistoty a bezpečí. Je nutné brát v úvahu, že zvláště v období kojeneckém a batolecím a částečně i v následujících věkových obdobích nemá dítě dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb. Obdobně problematické bude vyjádření potřeby u starého člověka.

Okolnosti, za kterých nemoc vzniká

Ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Nemocný bude jinak vyjadřovat a uspokojovat své potřeby (fyziologické i psychogenní) v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení. Dále je nutno brát v úvahu specifické situace, např. onemocnění malého dítěte, onemocnění na cestách mimo domov apod. (modifikovaně podle Trachtová a kol. 2006, s.16 a násl.).

1.7 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Nejvyšším metodickým článkem oboru ošetrovatelství je Ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v ČR. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí.

V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní/náměstkem pro ošetrovatelskou péči/hlavní sestrou. Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení.

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče určují **ošetrovatelské standardy**, které současně stanovují její měřitelná kritéria.

Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standardy mohou být vydány jako právní předpisy (zákony, vyhlášky), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve Věstníku MZ, nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod.

Ošetrovatelské standardy se týkají kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu, realizace ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče. Zdravotnické zařízení je povinno dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, vycházející z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví.

Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství jsou povinni průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí. Při hodnocení používají objektivní metody hodnocení.

Součástí hodnocení ošetrovatelské péče je:

- průběžné hodnocení probíhající péče,
- zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů,
- posuzováním a hodnocením úrovně kvality ošetrovatelské péče se také zabývají odborníci v ošetrovatelství v rámci soudního znaleství,
- zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují ošetrovatelskou péči, jsou povinni dodržovat Úmluvu o lidských právech a biomedicíně a respektovat Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí (modifikovaně převzato z www.potalkvality.mzcr,2010,online)

Mezi další důležité ukazatele kvality zdravotní péče patří **výzkumy spokojenosti pacientů**. V dnešní době by tato výzkumná šetření měla být samozřejmostí a je věcí managementu zdravotnického zařízení, jakou formu zjišťování spokojenosti si zvolí.

Cílem měření spokojenosti pacientů je to, že pomocí opakovaných výzkumných šetření získají podklady pro zlepšování kvality péče a zároveň následně zjišťují, kde již zlepšení proběhlo a kde naopak je potřeba na zlepšení péče pracovat.

Pacienti jsou schopni kvalitativně posoudit především proces i výsledky péče. Všímají si hlavně komunikačních schopností všech zdravotnických pracovníků, jak

s pacienty jednají, jak se k nim chovají. Hodnotí také prostředí ambulancí a oddělení, čistotu a hygienické vybavení zdravotnického zařízení. Osobně se pacientů týká organizace práce v rámci zdravotnického zařízení, to, jak rychle byli ošetřeni při příjmu, jak dlouho museli čekat na vyšetření, jak byli informováni o prováděných vyšetřeních, výsledcích vyšetření a doporučení která z nich vyplývají, postupech léčby nebo jakým způsobem probíhaly vizity na oddělení. Důležité je také to, jak pacienti sami vnímají výsledky své léčby.

Z pohledu kvality poskytované ošetrovatelské péče pacient nejčastěji hodnotí uspokojování základních potřeb v době nemoci, profesionální všímavost a citlivost sester, jednání a aktivitu sester, úpravu zevnějšku sester, komunikaci a kultivovanost projevu. Pacient sám, pokud není zdravotník, nehodnotí odbornost práce sestry ale hodnotí ošetrovatelskou péči podle chování a vystupování zdravotnického personálu (modifikovaně podle Perlíková, 2008)

Pokud jsou pacienti s péčí spokojeni, jsou větší předpoklady k tomu, že více důvěřují ošetřujícímu personálu, jsou ochotnější aktivně spolupracovat a je díky tomu možné dosahovat i lepších klinických výsledků.

Pokud jsou pacienti s péčí nespokojeni nedůvěřují ošetřujícímu personálu, neberou vážně doporučení, která jim říká a jsou-li v domácím prostředí, upravují si léčbu po svém anebo ji nedodržují vůbec. Klinické výsledky se pak nelepší, někdy se dokonce zhoršují.

Management by měl názory a postřehy pacientů, které jsou takto během výzkumného šetření získány, sledovat a vyhodnocovat. Na základě těchto výsledků by poté měla být učiněna opatření k zajištění kvality péče nebo služeb (modifikovaně podle Uttendorfská, 2008).

Problematika hodnocení kvality poskytované zdravotnické péče je téma velmi obsáhlé, zde jsem chtěla připomenou jen ty nejdůležitější aspekty hodnocení kvality péče

2. Zjišťování spokojenosti pacientů - součást hodnocení kvality péče

2.1 Pojem spokojenost pacienta

V odborné literatuře se spokojenosti připisuje rozdílný obsah (někteří autoři uvažují jen pozitivní aspekty, jiní všechny aspekty, včetně negativních). J. Mareš (2009, s.59 a násl.) uvádí, že přístupy se liší i v chápání obsahu spokojenosti (jednodimenzionální chápání jako pacientova postoje, nebo multidimenzionální chápání). Spokojenost je také definována v různých časových rámcích (aktuální a dlouhodobá spokojenost) a pro rozdílné nositele (jedinec, skupina pacientů, nebo všichni pacienti).

Ve zdravotnictví se s pojmem „spokojenost pacienta“ pracuje v mnoha souvislostech. Obvykle se tento pojem nedefinuje a předpokládá se, že je všem intuitivně jasný, což není v pořádku. Existuje totiž několik přístupů k vymezení tohoto pojmu.

První přístup je dán rozdílnou šíří chápání rozsahu pojmu - do úzkého až po široké. Např. český Psychologický slovník definuje „spokojenost“ jako příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti. V zahraničních internetových medicínských slovnících bývá „pacientova spokojenost“ charakterizována jako odstupňované stanovisko, které jedinec zaujímá vůči zdravotní péči (poskytovaným službám nebo produktům), přičemž způsob poskytování služeb či produktů zdravotníkem vnímá pacient jako užitečný, účelný a prospěšný.

Uvedené pohledy tedy akcentují jen **pozitivní** dimenzi pojmu. Setkáváme se však také s pojetím, které chápe spokojenost jako hodnotově **neutrální** pojem, zastřešující celé spektrum jevů od pozitivních (označovaných jako spokojenost) až po negativní (označovaných jako nespokojenost). Přikláníme se k širšímu pojetí, neboť v praxi potřebujeme identifikovat také problémy, které se objevují při poskytování péče.

Druhý přístup je určován rozdílnou šíří chápání rozsahu pojmu. Setkáváme se s pojetím, které ztotožňuje spokojenost s jedinou výraznou proměnnou, nejčastěji s **postojem** člověka.

Budeme li zdůrazňovat sociálně psychologický základ spokojenosti, můžeme ji definovat jako tendenci člověka reagovat na určité situace, věci, lidi, skupiny osob, na určité činnosti poměrně ustáleným způsobem. Postoj obecně (a tedy i pacientova spokojenost v tomto pojetí) se vyznačuje **výběrovostí** (s různými objekty je člověk různě spokojen), **orientovaností** (člověk zaujímá buď kladné stanovisko, nebo nevyhraněné stanovisko či naopak záporné stanovisko), **intenzitou** (člověk projevuje nekritické nadšení pro něco, zastává neutrální názor nebo dává najevo naprosté odmítání), **zobecněností** (spokojenost bývá souhrnem mnoha odpovědí stejného typu), **přenosností** (spokojenost se přenáší do jiných situací, na jiné osoby, které daný člověk vnímá jako obdobné), **relativní stálostí** (jednou vytvořená spokojenost či nespokojenost se obtížně mění, přičemž změna k horšímu probíhá zpravidla rychleji, kdežto změna k lepšímu pomaleji).

Jiná linie úvah začíná u Fitzpatricka. Ten nesouhlasí s tím, aby spokojenost byla založena na jediném pojmu, na jediné proměnné. Chápe spokojenost jako multidimenzionální pojem. Obdobně R. Baker tvrdí, že pacientova spokojenost není jednoduchá proměnná, má mnoho dimenzí. Navíc i poskytovaná zdravotní péče není jednoduchá proměnná, má více podob, takže pacientova spokojenost či nespokojenost je výsledkem složité interakce. Pacientova spokojenost zahrnuje mj. pacientovy potřeby, pacientovo očekávání, dostupnost péče, vlastní podobu poskytnuté péče, včasnost péče, pacientovy vztahy s lékařem a sestrou, pacientovu ochotu řídit se doporučením lékaře, výsledky poskytované péče atd.

Třetí přístup je určován rozdílnou **časovou šíří** pojmu spokojenost. Můžeme ji totiž chápat úžeji, jako jev momentální, krátkodobý, anebo šířeji, jako jev dlouhodobý.

Užší chápání pacientovy spokojenosti se váže na konkrétní setkání se s lékařem. Je to spokojenost s aktuálně provedeným výkonem, s dnešním jednáním lékaře, s uspokojením okamžitých potřeb pacienta.

Důležitější je ale - podle mého názoru - dlouhodobá spokojenost, která vyvěrá z dílčích zkušeností, tedy z oné krátkodobé spokojenosti, ale jde nad ni.

Čtvrtý přístup si všímá rozdílné **podoby a geneze** spokojenosti. Obvykle se mluví o spokojenosti pacienta, tedy jedince. V reálném životě se ovšem setkáváme se spokojeností/nespokojeností pacientů, tedy skupiny osob, kterou má lékař ve své péči.

Úvaha říká, že spokojenost či nespokojenost pacienta není pouze individuální záležitostí. Pacient o svém lékaři a zdravotnických pracovnících mluví s rodinnými příslušníky, spolupacienty, známými a ti všichni svými stanovisky ovlivňují jeho původní názor. Tím se

dostáváme k jiné důležité charakteristice spokojenosti s péčí poskytovanou zdravotnickými pracovníky. Tou je sdílnost spokojenosti pacienty, kteří péči přímo zažívají, nebo s ní přicházejí do styku jako rodiče či doprovod nemocných rodinných příslušníků. Přesnější by byl možná výraz, který říká, že spokojenost má sociálně konstruovanou podobu. Sdílnost spokojenosti, a/nebo sociální konstruování spokojenosti ovšem vyžadují hlubší přístup, než jenom výpočet průměrných hodnot pro určité skupiny osob podle věku, pohlaví, apod., jak se ve výzkumech spokojenosti obvykle děje (Mareš, 2009, s.59 a násl.).

2.2 Pojetí spokojenosti pacientů - modely spokojenosti pacientů

1. Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče

Příkladem tohoto modelu, který bych pro názornost chtěla uvést, je projekt ministerstva zdravotnictví nazvaný Kvalita očima pacientů, který se u nás rozvíjí od roku 2001. Od roku 2006 se používá k měření kvality zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR. Od roku 2008 vyšla metodika sběru dotazníků jako doporučený standard pro všechna lůžková zařízení.

V ČR právě probíhá projekt ministerstva zdravotnictví nazvaný Kvalita očima pacientů. Ministerstvo zdravotnictví ČR se rozhodlo jím zřizované nemocnice a zdravotnická zařízení certifikovat. Rozhodujícím faktorem pro udělení certifikace bude úroveň kvality péče o pacienty, podkladem bude projekt Kvalita Očima Pacientů (dále jen KOP).

Projekt KOP měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti/spokojenosti pacientů. Pro pacienty poskytuje objektivní a statisticky průkazné informace o kvalitě jednotlivých zdravotnických pracovišť. Výsledky projektu dokáží porovnat mezi sebou kvalitu nejen celých zdravotnických zařízení, ale i jednotlivých odborných pracovišť v různých zařízeních po celé republice. Projekt sleduje odděleně kvalitu v lůžkové a ambulantní péči:

Pacienti na každém lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení hodnotí celkem 50 indikátorů kvality, které tvoří osm dimenzí kvality lůžkové péče:

1. Přijetí pacienta do zařízení
2. Respekt – ohled – úcta k pacientovi
3. Koordinace a integrace péče o pacienta
4. Informace a komunikace s pacientem
5. Tělesné pohodlí pacienta

6. Citová opora pacienta
7. Zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta
8. Propuštění pacienta ze zařízení

Zvlášť jsou ještě hodnoceny sestry, lékaři případně další skupiny (např. rehabilitační pracovníci). To umožňuje přesněji určit zdroj nespokojenosti na oddělení.

Analogicky hodnotí pacienti podobné indikátory a dimenze ambulantní péče:

1. Dostupnost péče
2. Čekárna a prostředí
3. Návštěva lékaře/zdravotního odborníka
4. Přístup personálu k pacientovi
5. Informace o vyšetření a léčbě
6. Informace o lécích
7. Následná péče
8. Celkový dojem z návštěvy ambulance

(citováno podle <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz>).

2. Model postavený na splnění přání pacienta

Spokojenost pacientů lze také vysvětlit vztahem mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal. Potom spokojenost ukazuje, do jaké míry byla očekávání a ideální přání pacientů splněna. Určující roli v tomto modelu tedy hraje očekávání pacientů. Reálné zkušenosti s péčí mají až druhotný význam. V rámci tohoto konceptu spokojenosti pacientů jsou charakteristiky pacientů (pohlaví, věk, vzdělání a osobnost pacienta), považovány za rozhodující.

Určitou modifikací tohoto konceptu je tzv. disrepanční model, kdy ve srovnání s předchozím přístupem, je váha obou proměnných v obráceném pořadí. Autoři pracující s tímto pojetím sice taky připisují důležitou roli očekávání pacientů, ale více než očekávání, zdůrazňují reálné zkušenosti pacientů. Rozhodující tedy není vlastní očekávání, ale to, jakou péči pacienti ve skutečnosti dostali a jak ji subjektivně vnímali.

Věc je ale poněkud složitější. Někteří autoři zdůrazňují, že je třeba rozlišovat mezi ideálním očekáváním pacientů a jejich skutečnými požadavky. Pacienti mají sice určité ideální představy o péči, kterou by si přáli, avšak tyto idealistické požadavky nejsou totožné s reálně požadovanou péčí.

3. Pragmatický model spokojenosti pacientů

Jeho autorem je anglický sociolog R Baker (1997). Snažil se v něm postihnout a shrnout maximum dostupných poznatků. Uvedený model je pokusem o přehledné zachycení všech podstatných faktorů, ovlivňujících spokojenost pacienta. K jeho přednostem patří, že se snaží o jejich propojení a nestínění jejich vzájemných vztahů uvnitř zdravotnického systému. Přesto, že se jedná o nezbytné zjednodušení velmi komplexního jevu, umožňuje toto schéma dobrý vhled do problematiky (modifikovaně podle Bártlová, Hnilicová, 2000, s. 68 a násl.).

2.3 Determinanty spokojenosti

Spokojenost a nespokojenost pacientů je ovlivňována mnoha faktory. S jistým zjednodušením je můžeme sdružit do šesti skupin. Jde o faktory, které souvisejí s lékařem, sestrou, pacientem, poskytovanou zdravotní péčí, prostředím, v němž se vše odehrává, zdravotnickým systémem a nastavenými „pravidly hry.“

Faktory související s lékařem

Obvykle se uvádějí sociodemografické proměnné typu věk lékaře a pohlaví, ale též medicínské proměnné typu: další vzdělávání lékaře, rozsah služeb poskytovaných pacientům, doba, po kterou se lékař pacientovi věnuje

Zdá se, že spokojenější pacienti jsou u zkušenějších lékařů, jakož i lékařů, kteří se dále vzdělávají, poskytují široké spektrum služeb a věnují pacientovy dostatek času. Údaje o vlivu pohlaví jsou nejednoznačné. V literatuře se můžeme setkat i s obecnějšími proměnnými. Např. se snahou lékaře se pacientovy důkladně věnovat, která zahrnuje: čas věnovaný pacientovi, důkladnost dotazování a pečlivé vyšetření pacienta.

Čím je lékař důkladnější, tím je pacient spokojenější. Pro pacienta jsou neobyčejně důležité psychosociální charakteristiky lékaře: lékařova vstřícnost, laskavost, dovednost vysvětlit problém, uklidnit pacienta a povzbudit ho.

Faktory související se sestrou

Pacienti si všímají interpersonálních dovedností sestry. Pokud s pacienty jedná direktivně, neosobně, často jim přikazuje, kárá je, pak narůstá pacientova nespokojenost.

Naopak, pokud je sestra trpělivá, empatická, přátelská, ochotná poradit a je-li technicky zdatná a rychlá, pak stoupá pacientova spokojenost.

Faktory související s pacientem

Nejvíce výzkumů se věnovalo zvláštnostem pacienta. Obvykle se sledovaly sociodemografické proměnné typu věk pacienta, pohlaví, vzdělání, socioekonomické postavení, příslušnost k majoritě či minoritě. Zdá se, že spokojenost souvisí s věkem (starší pacienti jsou spíše tolerantnější), s příslušností k majoritě (minority bývají ať už oprávněně nebo neoprávněně méně spokojeny). Rozporné nálezy jsou u vlivu pohlaví pacienta, vlivu vzdělání a socioekonomického postavení na spokojenost s péčí. Medicínsky zaměřené sondy upozorňují, že spokojenost záleží i na tom, zda jde o pacienta, který je v lékařově péči delší dobu, nebo jde o nového pacienta, jak často lékař pacienta navštěvuje, zda pacient dodržuje léčebný režim. Nelze pominout ani osobnostní zvláštnosti pacienta. Méně spokojení bývají pacienti úzkostní, podezřívavý, nebo pacienti cholericí a hostinní.

Faktory související s poskytovanou zdravotní péčí

Pacientova spokojenost souvisí s tím, s jakým typem problému se pacient léčí (somatický, psychický, psychosomatický), jaká je povaha onemocnění (akutní, chronická), jaké jsou výsledky poskytované péče (zlepšení stavu, stav nezměněn, stav zhoršen). Spokojenost souvisí též s organizací poskytované péče, s délkou čekací doby, s dostupností péče.

Faktory související s prostředím, kde se vše odehrává

Spokojenost pacientů souvisí s dosažitelností nemocnice (včetně dopravní obslužnosti), s technickým vybavením nemocnice, vybavením pokojů, přítomností vlastního sociálního zařízení na pokoji apod. (modifikovaně podle Mareše 2009, str. 62 a násl.).

Faktory související se zdravotnickým systémem

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb obecně. Spolu s posuzováním kvality podle klinických ukazatelů je dnes standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita péče posuzuje. Dříve nebývalý zájem o názory pacientů je vyjádřením vůdčí manažerské tendence ve zdravotnictví posledního desetiletí a tou je orientace na pacienta. Pacient dnes bývá často nazýván klientem a toto

označení podtrhuje orientaci zdravotnických služeb a znamená snahu pokud možno vyhovět přáním pacientů a dosáhnout tak jejich spokojenosti.

Současná filosofie poskytování zdravotní péče se tedy opírá o přesvědčení, že léčebná péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb pacientů, a to zejména těch, které jsou v souvislosti s onemocněním aktuální. Uspokojení, či naopak nedostatečné satureování potřeb pacientů se odráží v jejich vědomí jako subjektivně pocíťovaná spokojenost nebo nespokojenost, a to buď s péčí jako takovou, nebo s některými jejími aspekty. Jak míra celkové spokojenosti, tak spokojenost v dílčích oblastech péče, jsou důležitými a užitečnými informacemi o situaci v daném zdravotnickém zařízení. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou dobrou zpětnou vazbou jak pro ošetřující personál, tak i pro management zdravotnického zařízení. Jsou využívány jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče.

Pacienti, kteří jsou více spokojeni s průběhem léčby více důvěřují lékařům i sestřím a věří v jejich snahu i kompetenci poskytnout pomoc. To může pozitivně ovlivnit aktivitu a míru jejich spolupráce se zdravotníky v průběhu léčby a v konečném výsledku i determinovat dosažené klinické výsledky (Bártlová, Hnilicová, 2000, str. 61 a násl.).

2.4 Funkce zjišťování spokojenosti

Zdá se, že se spokojeností pacienta se pracuje na různých úrovních hodnocení poskytované zdravotní péče. Typickým příkladem je třídění převzaté z přehledové studie Mareše (2009, s. 63), které navrhl Coulter: **hodnocení určitého typu zdravotní péče** poskytovaného specifické skupině pacientů (např. prenatální péče, péče o diabetiky, péče o onkologické pacienty), **hodnocení toho, jak funguje instituce** (ambulance praktického lékaře, nemocnice, stacionář), **hodnocení systému poskytované zdravotní péče** (např. v ošetřovatelství skupinový systém, systém primární sestry atd.).

Vhodnější je však třídění, které navrhli Sitzia a Wood. Říkají, že spokojenost se zjišťuje ze tří důvodů: 1. potřebujeme vědět jak vnímají, prožívají a hodnotí zdravotní péči sami pacienti, nestačí jen pohled lékaře nebo vnějších nezávislých posuzovatelů, 2. potřebujeme zhodnotit průběh péče v čase, tedy celý proces poskytované zdravotní péče, abychom včas identifikovali případné problémy a mohli je řešit, 3. potřebujeme zhodnotit poskytovanou zdravotní péči jako celek, její kvalitu.

2.5 Dosavadní zkušenosti se zjišťováním spokojenosti pacientů

Problematika měření kvality zdravotní péče prostřednictvím dotazování pacientů bývá obvykle strukturována do osmi různých oblastí - tzv. dimenzí kvality. Tyto dimenze vznikly jako výsledek hledání odpovědí na čtyři obecné otázky:

1. Co pacienti chtějí?
2. Co pacienti oceňují, čeho si váží?
3. Co pomáhá a co brání schopnosti pacientů zvládat zdravotní obtíže?
4. Které aspekty zdravotní péče jsou pro pacienty a jejich rodiny nejdůležitější?

Výsledkem je osm různých dimenzí kvality, které se klíčovým způsobem podílejí na tom, zda se pacient cítí po zkušenosti se zdravotnickým zařízením spokojený nebo nespokojený (hodnocení - nemocnic, online).

První přišel s touto filozofií Pickerův institut (od roku 1987 tato instituce působí v USA, od roku 1994 ve Velké Británii a Austrálii a od roku 1997 také v Německu, Švédsku a Švýcarsku) v polovině osmdesátých let minulého století. Zakladatelem zmíněného institutu byl Harvey Picker, který se snažil zjistit okolnosti, které jsou při poskytování zdravotní péče podstatné a mohou změnit spokojenost pacientů a jejich rodin s průběhem léčby. Institut se v prvních sedmi letech své existence věnoval rozsáhlému šetření s cílem definovat kvalitu péče z pohledu pacienta. Bylo dotázáno přes 8000 pacientů, jejich rodin, lékařů a zdravotnického personálu nemocnic. Na základě tohoto šetření bylo definováno osm nejdůležitějších dimenzí zdravotní péče, které zásadně ovlivňují kvalitu zdravotní péče a spokojenost pacientů s touto péčí. Na podkladě těchto poznatků byl vytvořen světový standard pro měření výkonů zdravotnických zařízení očima pacientů. Tým pracovníků sestavil šedesátipoložkový dotazník spokojenosti pacienta léčeného v nemocnici tzv. Pickerův dotazník. V něm je každá dimenze kvality péče seskupením několika položek v dotazníku.

Dimenze kvality zdravotní péče tvoří osm tematicky definovaných oblastí péče o pacienta, přičemž každá oblast je sycena 3 - 10 otázkami z dotazníku. Mezi těchto osm dimenzí řadíme: 1. přijetí do nemocnice (zdrojem nespokojenosti pacientů je opoždění péče), 2. respekt, ohled a úcta (pacienti mají pocit anonymity a ztráty identity, mají potřebu být léčeni s úctou a respektem, chtějí být informováni a zahrnuti do lékařského rozhodování), 3. koordinace a integrace péče (pacienti mají představu o kompetenci a schopnosti poskytovatelů péče a o uspořádání klinické péče a pomocných služeb), 4. informace a

komunikace (pacienti se obávají, že jim budou odepřeny informace a že nebudou upřímně informováni o nemoci a prognóze), 5. tělesné pohodlí (pacienti popisují pocit strachu z melancholického zařízení nemocnice, oceňují pohodlí, čistotu a příjemné prostředí), 6. citová opora a zmírnění strachu a úzkosti (pacienti se obávají účinku nemoci na jejich rodinný příjem a schopnosti se o sebe postarat), 7. zapojení rodiny a přátel (pacienti spoléhají na rodinu a přátele jako na první poskytovatele zdravotní péče po propuštění), 8. propuštění a pokračování péče (pacienti nevědí jaké nebezpečné signály mají sledovat, jak užívat léky a také neznají jejich vedlejší účinky). Žádná z hodnocených dimenzí neobsahuje hodnocení medicínského výkonu, pacient hodnotí skutečně jen to, k čemu je schopen se vyjadřovat. Tato metodika umožňuje srovnat jednotlivé nemocnice, lékařské obory a také stanice a přitom garantuje spolehlivost a platnost dat (modifikovaně podle Perlíková, 2008).

Výzkumná šetření uvedená výše jsou tedy zaměřená na kvalitu poskytované péče z různých hledisek, hodnotí nemocnici jako celek.

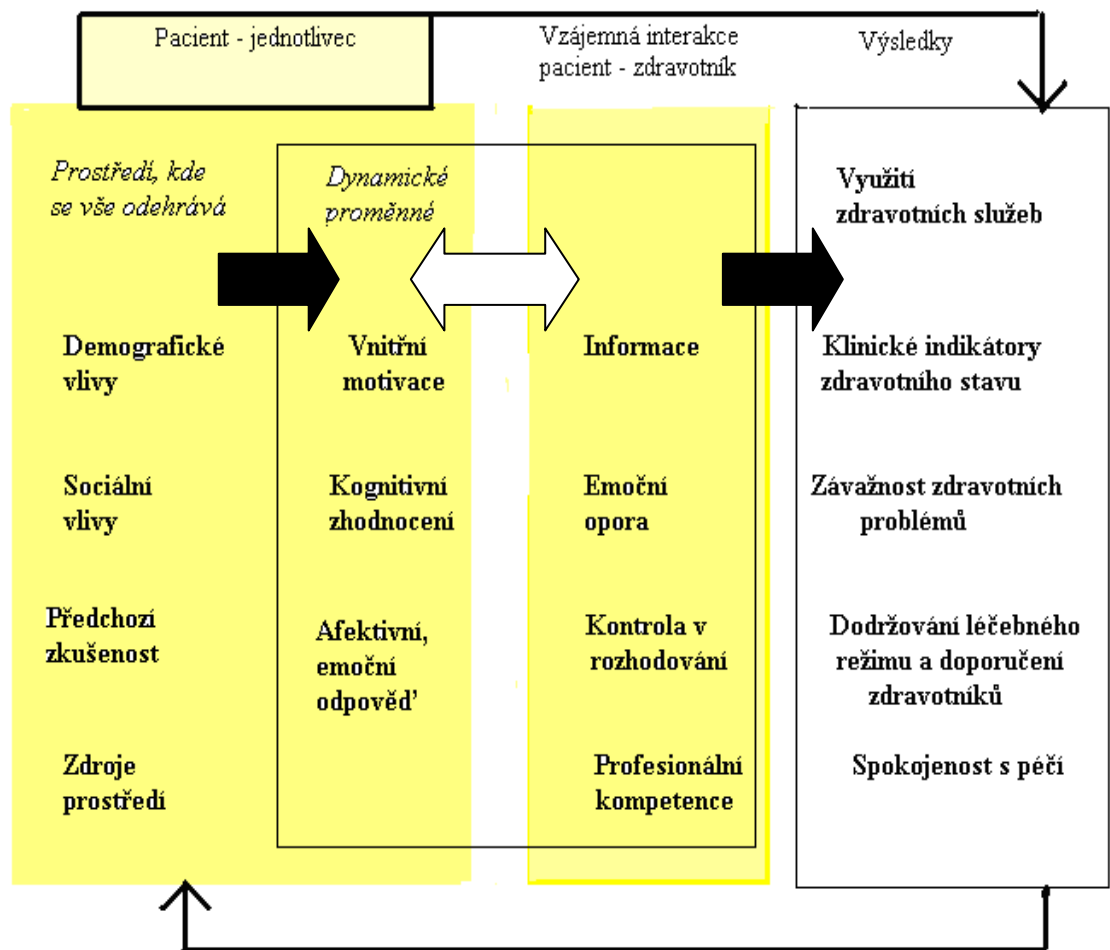
Moje práce je však zaměřena jinak - tak, jak ji vidí pacient. V dostupné literatuře jsem našla zahraniční studii, která se zabývá spokojeností pacienta pouze se sesterskou péčí (Wagner, Bear 2008). Tato studie pomáhá vyjasnit koncept spokojenosti s poskytovanou sesterskou péčí. Konstatuje, že ve zdravotnictví narůstá soutěživost institucí a pacienti jako příjemci zdravotní péče si začínají vybírat a ošetřit se nechávají tam, kde již jiní pacienti byli spokojeni. Článek vychází ze skutečnosti, že právě spokojenost s ošetrovatelskými službami je v nemocnicích ta, která má přímý vztah k celkové spokojenosti pacientů a spokojenost se sestrami je velká součást celkového pojmu spokojenosti pacienta. Jinak řečeno, spokojenost pacienta s tím, co zažil v nemocnici, je z velké části daná spokojeností s prací sestry. Na pacientově spokojenosti se podílí několik faktorů: **vztah pacienta se zdravotnickým personálem, organizace zdravotnické péče samotné a nemocniční prostředí.**

Spokojenost je propojena s očekáváním pacienta, co čeká od ošetrovatelského personálu - vzniká jako poměr mezi ideální ošetrovatelskou péčí v představách pacienta a reálnou péčí, kterou zažívá a vidí. Každý pacient má jiné představy o práci sestry a tento ideál poměruje s realitou (co člověk, to jiná představa). V tomto výzkumu se uvádí 8 oblastí sesterské péče: lidskost a interpersonální přístup, technické aspekty péče a kompetentnost personálu, citlivost pro situaci, finance a náklady péče, prostředí nemocnice, organizace práce a klima, které sestry na pracovišti vytváří, dostupnost služeb a zdrojů, kontinuita péče a kvalita výsledků.

V citované práci je také uveden model, který znázorňuje vše podstatné, co souvisí s ošetrovatelskou péčí - s ošetrovatelským personálem, prostředím, kde se vše odehrává a

vzájemnými vztahy pacient - zdravotník (viz obrázek č. 2). V modelu jsou uvedeny čtyři proměnné ovlivňující efekt interakce sestra - pacient: emoční opora, informace, rozhodnost a profesní kompetence. Dále je zde uvedeno pět proměnných ovlivňujících výsledky zdravotní péče: využití zdravotních služeb, klinické indikátory zdravotního stavu, závažnost zdravotních problémů, dodržení léčebného režimu a doporučení zdravotníků a celková spokojenost s péčí.

Obr. č. 2. Spokojenost pacientů (modifikovaně převzato z práce Wagner, Bear, 2008. s. 694).



Základní prvky filozofie, se kterou k výzkumu spokojenosti pacientů přistupuje Pickerův Institut, se staly také v České republice základními kameny projektu Kvalita očima pacientů. Sdružení fakultních nemocnic projevilo v letech 2000 - 2001 iniciativu ke sjednocení monitoringu spokojenosti pacientů alespoň pro fakultní nemocnice. Tvůrce prvních krůčků a propagátor hlavní myšlenky byl Miroslav Bílek z Centra pro řízení kvality ve Fakultní

nemocnici v Plzni. V této činnosti byl podporován vedením Fakultní nemocnice v Plzni, předsedou pro Sdružení fakultních nemocnic a také Ministerstvem zdravotnictví. Účelem projektu Kvalita očima pacientů bylo navázat na práci Miroslava Bílka a jeho týmu, vyvinout profesionální metodické nástroje a provést nezávislé pilotní šetření na nemocnicích, které by ověřilo metodiku, použitelnou pro plošný monitoring spokojenosti pacientů s kvalitou zdravotní péče na území ČR a srovnatelnou s mezinárodními standardy. Od roku 2001 je tento projekt podporován Sdružením fakultních nemocnic a Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci s nezávislou výzkumnou společností STEM/MARK, a.s. Důležitým znakem projektu je skutečnost, že se obrací k pacientům jakožto k přímým konzumentům poskytované péče. Cílem projektu je vytvořit systém pro objektivní, pravidelné a dlouhodobé sledování a vyhodnocování kvality zdravotní péče očima pacientů. Má poskytnout detailní údaje pro potřeby nemocnic a orgánů státní správy, ale také základní a srozumitelné výsledky pro laickou veřejnost. Účelem je, aby Ministerstvo zdravotnictví mělo nástroj, jak porovnávat jednotlivé nemocnice a zároveň aby si pacient mohl vybrat nemocnici podle standardů péče, které poskytují. Výsledky šetření umožní zjistit kvalitu poskytované péče (z pohledu pacientů), zpětnou vazbu pro nemocnice (vyhledá slabá místa v kvalitě péče a umožní ji zlepšit) a opakovaná šetření.

Díky tomuto jednotnému dotazníku lze porovnávat nejen nemocnice mezi sebou (což rozdílné dotazníky používané v jednotlivých nemocnicích neumožňují), ale lze kvalitu péče vnímanou pacienty porovnávat i na mezinárodní úrovni (modifikovaně převzato Perlíková, 2008).

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Cíle výzkumu a pracovní hypotézy

Popsat a analyzovat míru spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí na vybraných standardních odděleních nemocnice. Konkrétně to znamená zjistit úroveň spokojenosti v těchto oblastech - spokojenost s poučením před výkonem a prováděním výkonů sestrami, úroveň důvěry pacientů, respektování studu a zajištění soukromí, spokojenost s chováním sester, ochotu komunikovat a psychickou podporu pacientů sestrami.

Zjistit, zda spokojenost pacientů závisí na věku, pohlaví, délce hospitalizace, závislosti pacienta na ošetrovatelském personálu a oddělení (chirurgická x interní oddělení).

Poskytnout zpětnou vazbu vedení Svitavské nemocnice a.s., s možností řešení zjištěných nedostatků a formou přednášky seznámit nelékařský zdravotnický personál s výsledky výzkumu.

Nabídnout metodu managementu Svitavské nemocnice a.s. k možnému dalšímu používání z hlediska zjišťování spokojenosti pacientů s nelékařskými pracovníky za určité období.

Hypotézy

Prostřednictvím průzkumu byly ověřovány následující pracovní hypotézy:

H1: Mezi pacienty budou převládat spokojení pacienti nad nespokojenými, předpokládám, že spokojení pacienti budou tvořit víc jak 70%.

H2: Předpokládám, že pacienti ve věkové kategorii od 61 let budou s poskytovanou péčí spokojenější než pacienti mladší.

H3: Předpokládám, že muži budou s poskytovanou péčí více spokojeni než ženy.

H4: Předpokládám, že pacienti, kteří jsou hospitalizovaní delší dobu, budou spokojenější s poskytovanou péčí než pacienti, kteří jsou hospitalizovaní kratší dobu

H5: Předpokládám, že pacienti více závislí na ošetrovatelském personálu budou méně spokojení s prací sester ve srovnání s pacienty méně závislými na ošetrovatelském personálu.

H6: Předpokládám, že nebudou významné rozdíly mezi pacienty hospitalizovanými na interních a chirurgických odděleních.

4. Charakteristika zdravotnického zařízení

4.1 Charakteristika nemocnice

Nemocnice ve Svitavách byla okresní nemocnicí. Po zániku Okresního ústavu národního zdraví se z ní stala nemocnice druhého typu (zdravotnické zařízení ústavní péče poskytující akutní lůžkovou zdravotní péči v nejméně třech základních 7 oborech). Od 1.10.2007 se nemocnice transformovala na akciovou společnost, tedy na společnost s názvem Svitavská nemocnice, a.s. , jako všechna lůžková zařízení s akutní péčí v Pardubickém kraji.

Svitavská nemocnice poskytuje zdravotní péči v oblasti Svitavska, Poličska a Moravskotřebovska a zajišťuje tak péči asi 70 000 občanům. V minulých letech došlo k utlumení některých oborů v nemocnicích v Moravské Třebové a Poličce, to vše v rámci restrukturalizace lůžkového fondu okresu Svitavy (tyto nemocnice mají charakter lůžkových zařízení následné péče) a péči o tyto pacienty z velké části přebrala Svitavská nemocnice.

4.2 Obory nemocnice

Pro přehled bych ráda uvedla výčet lůžkových oddělení, ambulancí, komplementu a ostatních provozů, které se podílí na celkovém chodu Svitavské nemocnice:

Lůžková oddělení: interní oddělení standardní (muži a ženy), interní oddělení jednotky intenzivní péče, chirurgické oddělení standardní, chirurgické oddělení jednotky intenzivní péče, anesteziologicko - resuscitační oddělení, gynekologicko - porodní oddělení, dětské oddělení, novorozenecké oddělení, urologické oddělení, ORL oddělení, psychiatrické oddělení, lůžkové oddělení LDN

Ambulance: ambulanti složku tvoří chirurgické ambulance, interní ambulance (interní, kardiologická, diabetologická, endokrinologická,..), ostatní lékařské obory jsou v ambulanti sféře i konziliárně na lůžku zajišťovány ambulanti specialisty.

Komplement: RDG oddělení (RTG + UZ), hematologicko - transfuzní oddělení, oddělení klinické biochemie (OKB), anatomicko - patologické oddělení.

Ekonomicko - správní provozy: sekretariát a ředitelství, finanční účtárna, mzdová účtárna, personální oddělení, výpočetní středisko, stravovací provoz, prádelna, doprava, údržba, servis a kotelna .

4.2.1 Interní oddělení

Podrobněji bych chtěla specifikovat jen ta oddělení, která byla předmětem výzkumu mé práce, ostatní interní oddělení uvádím jen pro celkový přehled.

Na standardním lůžkovém odděleních muži a ženy jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou přijati z terénu, přeloženi z jiných lůžkových oddělení nebo po zlepšení stavu přeloženi z JIP. Jsou zde léčeni pacienti s onemocněním srdce, mozku a cév, s cukrovkou a jejími komplikacemi, s nemocemi zažívacího traktu, nemoci ledvin a močového ústrojí, pacienti s endokrinními a hematologickými nemocemi, s nemocemi dýchacího ústrojí např. se zánětem plic, obstrukční bronchopulmonální chorobou, s astmatem, s nemocemi pohybového aparátu, alergickými exantémy, starší pacienti s poruchami vědomí ve smyslu zmatenosti a dezorientace a také velmi často pacienti s nádorovým postižením nejrůznějších orgánů. Velmi často jsou také hospitalizováni pacienti v alkoholové ebrietě, u kterých je třeba hospitalizace.

Mezi interní oddělení také patří **LDN**, ve které jsou hospitalizováni pacienti dlouhodobě nemocní. Jsou to starší i mladší nemocní, u kterých je již ukončen diagnostický proces a charakter jejich nemocí vyžaduje dlouhodobou sesterskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Mezi interní obory ve Svitavské nemocnici dále interní JIP, dětské a novorozenecké oddělení a psychiatrické oddělení.

4.2.2 Chirurgická oddělení

Podrobněji bych chtěla specifikovat jen ta oddělení, která byla předmětem výzkumu mé práce, ostatní chirurgická oddělení uvádím jen pro celkový přehled.

Na standardním chirurgickém oddělení jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou přijati z terénu, přeloženi z jiných lůžkových oddělení nebo po zlepšení stavu přeloženi z JIP. Nosným oborem je všeobecná chirurgie, jsou zde hospitalizováni pacienti po operacích na trávicím traktu - sešití perforovaného vředu žaludku nebo dvanáctníku, resekční výkony na střevech, diagnostické laparoskopie, rozrušení srůstů v dutině břišní, apendectomie, operace žlučníku a další. Z dalších operací jsou to operace prsu a traumatologické operace končetinových poranění. Jsou zde také hospitalizováni pacienti po výkonech z nadstavbových oborů jako jsou ortopedické výkony na končetinách, zhotovování cévních píštělí pro dialyzované pacienty apod.

Na urologickém oddělení je poskytována komplexní ambulantní i nemocniční urologická péče, která zahrnuje moderní diagnostické metody. Léčebná část sleduje nejnovější trendy medicíny s upřednostněním endoskopických operací, jako jsou operace prostaty, močového měchýře, řešení močových kamenů, které umožňují efektivní léčbu s minimální zátěží pro pacienta. Významnou část tvoří stále i otevřené operace včetně základní dětské urologie a především řešení nádorových onemocnění ledvin, varlat a prostaty.

Gynekologicko-porodní oddělení zajišťuje kompletní péči o ženu v celém rozsahu diagnostiky a terapie gynekologických onemocnění, prenatální péči o rizikové těhotné a následnou porodnickou péči o donošené gravidity.

ORL oddělení se zabývá diagnostikou a léčbou nemocí ucha, horních cest dýchacích, krku a polykacích cest, hrtanu, poruch hlasu, sluchu a rovnováhy. Součástí ORL oddělení jsou ambulance ORL, otologická, foniatrická a logopedická ambulance.

Mezi chirurgické obory ve Svitavské nemocnici dále patří chirurgická JIP a anesteziologicko-resuscitační oddělení (www.nemsy.cz).

4.3 Lůžková kapacita nemocnice

Pro přehled uvádím počet lůžek na všech lůžkových odděleních Svitavské nemocnice a.s. Oddělení, která jsem zahrнула do výzkumu, jsou označeny tučně.

Tabulka č. 1 - lůžková kapacita nemocnice

oddělení	počet lůžek
Interní oddělení muži	27
Interní oddělení ženy	27
Interní oddělení JIP	6
LDN	23
Chirurgické oddělení	41
Chirurgické oddělení JIP	4
Anesteziologicko-resuscitační oddělení	5
Gynekologicko-porodní oddělení	35
Novorozenecké oddělení	14
Dětské oddělení	30
Urologické oddělení	22
ORL oddělení	18
Psychiatrické oddělení	30

5. Metodologie

5.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro zmapování spokojenosti pacientů a sběru dat jsem si vybrala metodu dotazování, technikou dotazníku pro pacienty. Dotazník byl pro pacienty anonymní a sběr dat proběhl metodou anonymního dotazníkového šetření. V průzkumu byli osloveni pacienti těchto standardních oddělení nemocnice Svitavy a.s.: chirurgického oddělení, interního oddělení muži, interního oddělení ženy, urologického oddělení, gynekologického oddělení, oddělení ORL a oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Další standardní oddělení jako dětské a psychiatrické jsem vynechala pro jejich specifčnost a obtížnou srovnatelnost s ostatními odděleními. Jako minimální délku hospitalizace jsem zvolila 4 dny, protože se domnívám, že za tuto dobu je pacient dostatečně seznámen s chodem oddělení a dokáže zhodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Zkoumaný soubor byl vytvořen záměrným výběrem podle těchto kritérií:

- respondenti byli pacienti sedmi vybraných standardních oddělení nemocnice
- věk od 18 let výše,
- hospitalizace trvající 4 dny a déle,
- hospitalizovaní v období od listopadu 2009 do února 2010
- schopnost komunikace a spolupráce
- souhlas s účastí v průzkumu

Při výběru respondentů jsem požádala o pomoc manažerku kvality nemocnice Svitavy, které mi vyhověla a požádala o spolupráci staniční sestry vybraných standardních oddělení nemocnice. Staniční sestry mě po mém příchodu na oddělení vybraly všechny hospitalizované pacienty, kteří v den výzkumu splňovali výše uvedenou charakteristiku. Po dohodě s manažerkou kvality jsem počet respondentů na každém oddělení stanovila na 18 dotazovaných pacientů a dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo celkem **126 respondentů**.

První nečíslovanou položkou byla **identifikace oddělení**, na kterém byl pacient v době vyplňování dotazníku hospitalizován. Na každém z vybraných standardních oddělení jsem oslovila 18 respondentů.

Tabulka č. 2 - oddělení nemocnice

Oddělení kde proběhl výzkum	Počet respondentů
Interní oddělení muži	18
Interní oddělení ženy	18
LDN	18
Chirurgické oddělení	18
Gynekologicko-porodní oddělení	18
Urologické oddělení	18
ORL oddělení	18
Celkem	126

Druhou nečíslovanou položkou bylo **pohlaví respondentů**.

Z celkového počtu 126 respondentů (100%) bylo 57 (45%) mužů a 69 (55%) žen.

Tabulka č. 3 - rozdělení podle pohlaví

Respondenti	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	57	45%
ženy	69	55%
Celkem	126	100%

Třetí nečíslovanou položkou byl **věk respondentů**.

Z celkového počtu 126 respondentů (100%) bylo ve věkovém rozmezí od 18 - 40 let 28 respondentů (22%). Ve věkovém rozmezí 41 - 60 let bylo 38 respondentů (30%) a ve věkovém rozmezí od 61 let výše bylo 60 respondentů (48%). Nejstarší respondent uvedl věk 88 let, nejmladší respondent uvedl 18 let. Průměrný věk v tomto šetření byl 57 let.

Tabulka č. 4 - rozdělení podle věku

Respondenti	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-40 let	28	22%
41-60 let	38	30%
61 let a více let	60	48%
Celkem	126	100%

Čtvrtou nečíslovanou položkou byla **délka hospitalizace** respondentů.

Z celkového počtu 126 respondentů bylo v rozmezí od 4 - 14 dnů hospitalizováno 104 respondentů (82%), od 15 - 31 dnů 10 respondentů (8%) a od 32 dnů výše bylo hospitalizováno 12 (10%) respondentů. Nejkratší hospitalizace trvala 4 dny a nejdelší hospitalizace 210 dní. Průměrná doba hospitalizace trvala 16 dní.

Tabulka č.5 - rozdělení podle délky hospitalizace

Délka hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost
3-14 dnů	104	82%
15-31 dnů	10	8%
32 dnů a více dní	12	10%
Celkem	126	100%

Poslední nečíslovanou položkou byl **Barthelův test všedních činností**.

Z celkového počtu 126 respondentů hodnocení 0 - 60 bodů (vysoká závislost na ošetrovatelském personálu) dosáhlo 12 (10%) dotazovaných a více jak 60 bodů (závislost lehčího stupně na ošetrovatelském personálu) získalo 114 (90%) dotazovaných. Nejmenší bodové ohodnocení bylo u pacienta s 35 body (pacient vysoce závislý) a nejvyšší hodnocení bylo u pacienta s 95 body (pacient nezávislý na ošetřujícím personálu). Průměrné bodové ohodnocení Barthelova testu bylo 80 bodů.

Tabulka č.6 - rozdělení podle Barthelova testu

Barthelův test	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 - 60 bodů	12	10%
60 - 95 bodů	114	90%
Celkem	126	100%

5.2 Metoda průzkumu

Pro bakalářskou práci jsem použila metodu dotazníkového šetření. Dotazník byl sestaven z otázek uzavřených a polouzavřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí a u některých otázek byla současně možnost vyjádření vlastního názoru. Dotazník obsahoval celkem 21 položek, z čehož první čtyři nečíslované položky zjišťovaly fakta o pacientech, poté následovalo 17 otázek.

V dotazníku bylo u většiny otázek použito pětistupňové škály: 1 - souhlasím, 2- spíše souhlasím, 3 - těžko říci, 4 - spíše nesouhlasím, 5 - nesouhlasím.

Respondenti odpovídali zakroužkováním příslušné číslice.

První položka zjišťovala oddělení nemocnice, kde byl pac. v době vyplňování dotazníku hospitalizován. Druhá a třetí položka byla zaměřena na identifikaci pohlaví a věku pacienta a čtvrtá položka byla zaměřena na délku hospitalizace na oddělení, kde respondent dotazník vyplňoval.

Položka č. 1 zjišťovala, zda se sestry na oddělení pacientům představily. Spokojenost s poučením před výkonem a prováděním výkonů zjišťovaly otázky 2 a 3, s možností vyjádření

vlastního názoru. Na důvěru, respektování studu a zajištění soukromí byly zaměřeny položky č. 4, 5 a 6, položka č. 4 a 6 s možností vyjádření vlastního názoru. Na chování sester a ochotu komunikovat byly zaměřeny položky č. 7, 8 a 9, položka č. 9 s možností vyjádření vlastního názoru. Psychickou podporu pacientů sestrami zkoumala položka č. 10. Vzájemnou komunikaci sester očima pacienta zjišťovaly položky č. 11 a 12. Zájem sester o pacientovo prožívání bolesti mapovala položka č. 13. Položka č. 14 zjišťovala, zda by se pacienti v budoucnu nechali ošetřovat stejným týmem sester jako za současné hospitalizace.

Poslední 3 otázky byly otevřené. Pacient zde mohl poznamenat jak kladné tak záporné zkušenosti vztahující se k chování a jednání sester.

Součástí dotazníku bylo oslovení dotazovaných a vysvětlení smyslu vyplnění dotazníku.

Na základě doporučení manažerky kvality jsem formou písemné žádosti oslovila vedení nemocnice o povolení výzkumného šetření spokojenosti pacientů s prací sester a mé žádosti bylo vyhověno.

5.3 Realizace průzkumu

Sběr a shromažďování dat proběhl v období od listopadu 2009 do února 2010. Dotazníky jsem pacientům rozdávala osobně. Všem respondentům, které jsem oslovila, jsem se představila, vysvětlila jim cíle mé práce a požádala o vyplnění dotazníku. Také jsem pacienty informovala o zachování anonymity a způsobu vyhodnocení dotazníků formou hromadného zpracování dotazníků až po skončení výzkumného šetření.

V případě, že projevíli zájem, jsem jim předala dotazník a po uplynutí domluvené doby jsem si tentýž den přišla dotazník vyzvednout osobně. Poté jsem ještě s pacientem vyplnila Barthelův test všedních činností (Příloha č. 3), kdy jsem pacientům pokládala otázky z testu a zaznamenávala jsem jejich odpovědi. Součet bodů v dotazníku potom označoval hodnocení stupně závislosti na ošetrovatelském personálu. Toto výsledné číslo jsem do každého dotazníku poznamenala k identifikačním údajům.

Vyplnění dotazníku pacienty bylo anonymní (anonymitou rozumím respektování důvěrného charakteru individuálních informací a záruku jejich využití pouze pro hromadné zpracování.) a probíhalo na pokojích pacientů. Pokud pacient projevil o vyplnění dotazníku zájem, ale z důvodu fyzického omezení nebyl schopen vyplnění dotazníku, pak jsem dotazník

vyplnila spolu s pacientem na pokoji. V tomto případě jsem dodržovala tyto zásady - dotazník jsem s respondentem vyplňovala pouze při nepřítomnosti jakéhokoliv zaměstnance nemocnice na pokoji z důvodu zachování anonymity a potřeby získat co nejpravdivější názory pacienta na práci sester, odpovědi respondentů jsem nekomentovala a do údajů sdělených pacientem nijak nezasahovala.

Také jsem obcházela jednotlivá oddělení tak dlouho, dokud se mně nepodařilo naplnit stav 18 respondentů za každé oddělení. Překvapujícím zjištěním byl pro mě hlavně fakt, že pacienti, kteří splňovali výše uvedenou charakteristiku výběru mnohdy nechtěli dotazník vyplnit z důvodu nedůvěry v dotazníková šetření obecně, nebo nevěřili v zachování anonymity.

5.4 Zpracování dat

Data získaná ve výzkumném šetření byla zpracována ručně do podoby tabulek pomocí programů Microsoft Excel a Word. Následné statistické zpracování proběhlo za pomoci RNDr. Evy Čermákové z Ústavu lékařské biofyziky LF UK Hradec Králové, která pro svoje statistické výpočty použila program NCSS 2007, Fisherův přesný test (program ing. Bukače).

6. Výsledky výzkumu a jejich analýza

Statistické zpracování proběhlo za pomoci RNDr. Evy Čermákové z Ústavu lékařské biofyziky LF UK Hradec Králové.

Výsledky ze statistického zpracování jsem poté převedla do tabulek, kde je vyjádřena absolutní i relativní četnost a hladina významnosti Fisherova přesného testu. Položky označené tučně představují nejvyšší spokojenost za danou skupinu pacientů v určité kategorii. Kategorií je celkem pět a představují srovnání spokojenosti podle věku, pohlaví, délky hospitalizace, Barthelova testu a oddělení (chirurgická x interní oddělení).

Odpovědi na otázky byly rozděleny do dvou skupin. První skupinou bylo sloučení odpovědi „souhlasím“ s odpovědí „spíše souhlasím“. Tyto dvě odpovědi byly sloučeny do jedné skupiny v tabulce označené jako „Do 3“, protože se domnívám, že mezi těmito odpověďmi pacienti rozlišovali málo a označují kladné hodnocení pacientem. Druhou skupinou bylo sloučení odpovědí „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ do jedné skupiny označené v tabulce „Nad 3“, protože předpokládám že označují negativní stanovisko pacienta. Odpověď „těžko říci“ jsem do vyhodnocení nezařazovala, protože se domnívám, že tato odpověď představuje buď neutrální stanovisko pacienta, nebo se pacient s danou situací nesetkal a proto ji nechce hodnotit.

U otázek č. 3, 8 a 14 ve všech kategoriích není uvedena hladina významnosti Fisherova přesného testu z důvodu absence negativních odpovědí. U těchto otázek se u všech respondentů vyskytla odpověď pouze „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“.

Vyhodnocení podle věku respondentů

Tabulka č. 7- rozdělení podle věku respondentů

Otázka č.	Do 3 věk 18 - 40	Nad 3 věk 18 - 40	Do 3 věk 41 - 60	Nad 3 věk 41 - 60	Do 3 věk 61 - 90	Nad 3 věk 61 - 90	Hladina význam. Fisherova testu
	28 respondentů		38 respondentů		60 respondentů		
1.	10	18	25	13	41	19	0,0109
	36%	64%	66%	34%	68%	32%	
2.	24	4	38	0	56	4	0,0353
	86%	14%	100%		93%	7%	
3.	28	0	38	0	60	0	-
	100%		100%		100%		
4.	27	1	37	1	60	0	0,2724
	96%	4%	97%	3%	100%		
5.	27	1	36	2	60	0	0,1406
	96%	4%	95%	5%	100%		
6.	27	1	38	0	60	0	0,2222
	96%	4%	100%		100%		
7.	27	1	37	1	60	0	0,2724
	96%	4%	97%	3%	100%		
8.	28	0	38	0	60	0	-
	100%		100%		100%		
9.	27	1	38	0	59	1	0,4857
	96%	4%	100%		98%	2%	
10.	25	3	37	1	59	1	0,1364
	89%	11%	97%	3%	98%	2%	
11.	27	1	38	0	56	4	0,2453
	96%	4%	100%		93%	7%	
12.	25	3	36	2	59	1	0,1552
	89%	11%	95%	5%	98%	2%	
13.	27	1	37	1	59	1	0,7934
	96%	4%	97%	3%	98%	2%	
14.	28	0	38	0	60	0	-
	100%		100%		100%		

Podle věku nebyl rozdíl v položkách 3, 8 a 14.

Pacienti všech věkových skupin se nelišili v názorech na šetrnost a ohleduplnost sester při provádění různých výkonů, ochotu sester odpovídat na jejich otázky a ošetřování stejným týmem sester jako za současné hospitalizace. Všechny odpovědi byly v kategorii „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“, spokojenost byla 100%.

Mladší skupina pacientů ve věku 18 - 40 let se lišila od skupiny pacientů od 41 - 60 let a 61 - 90 let u položky č. 6, která zjišťovala, zda sestry vytvářely atmosféru klidu a pocitu bezpečí. Věková kategorie 18 - 40 let souhlasila v 96%, pacienti od 41 - 60 let v 100%, pacienti od 61- 90 let také v 100%.

Nejspokojenější byli pacienti ve věkové kategorii 61 - 90 let u položek č. 1, 4, 5, 7, 10, 12 a 13. Pacienti ve věkové kategorii 61 let a výše byli spokojeni s představováním sester v 68%, sestrám důvěřují v 100%, s respektováním studu a zajištěním soukromí v 100%, s chováním sester po profesionální stránce v 100%, s psychickou podporou sestrami v 98%, se zájmem sester o pacientovo prožívání bolesti v 98% a pacienti v této věkové kategorii také v 98% uvedli, že sestry před pacienty nemluví o svém soukromí.

Skupina pacientů ve věku od 41 - 60 let byla nejspokojenější u položky č. 11, která zjišťovala, zda sestry nepodávaly pacientům protichůdné informace. Spokojenost dosáhla 100%. Poté následovala skupina ve věku 18 - 40 let, která dosáhla 96% a nejmíň spokojená byla nejstarší skupina pacientů, která dosáhla 93%.

Statisticky významné rozdíly se prokázaly u položek č. 1 a 2. Položka č. 1 zjišťovala, zda se sestry na oddělení představují. Věková kategorie 18 - 40 let s tímto tvrzením souhlasila v 36%, nesouhlasilo 64% respondentů. Ve věkové kategorii od 41 - 60 let souhlasilo 66%, nesouhlasilo 34%. Ve věkové kategorii od 61 let a více let souhlasilo 68%, nesouhlasilo 32%. Položka č.2 byla zaměřena na vysvětlení postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů, které měl pacient podstoupit. Věková kategorie od 18 - 40 let souhlasila v 86% s tvrzením , že sestry dobře vysvětlují důvody vyšetření nebo výkonů, 14% dotazovaných nesouhlasilo. Ve věkové kategorii od 41 - 60 let souhlasilo 100% respondentů a ve věkové kategorii od 61 let a více let souhlasilo 93% respondentů, 7% nesouhlasilo.

Statistická čísla naznačují, že pacienti starší 61 let jsou spokojenější než ostatní a věková kategorie 41 - 60 let je spokojenější než pacienti ve věku 18 - 40 let, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost.

Vyhodnocení podle pohlaví

Tabulka č. 8 - rozdělení podle pohlaví respondentů

Otázka č.	Do 3 muži	Nad 3 muži	Do 3 ženy	Nad 3 ženy	Hladina význam. Fisherova testu
	57 respondentů		69 respondentů		
1.	39	18	37	32	0,1026
	68%	32%	54%	46%	
2.	53	4	65	4	1,0000
	93%	7%	94%	6%	
3.	57	0	69	0	-
	100%		100%		
4.	56	1	68	1	1,0000
	98%	2%	99%	1%	
5.	54	3	69	0	0,0899
	95%	5%	100%		
6.	57	0	68	1	1,0000
	100%		99%	1%	
7.	55	2	69	0	0,2027
	96%	4%	100%		
8.	57	0	69	0	-
	100%		100%		
9.	56	1	68	1	1,0000
	98%	2%	99%	1%	
10.	55	2	66	3	1,0000
	96%	4%	96%	4%	
11.	54	3	67	2	0,6576
	95%	5%	97%	3%	
12.	52	5	68	1	0,0904
	91%	9%	99%	1%	
13.	56	1	67	2	1,0000
	98%	2%	97%	3%	
14.	57	0	69	0	-
	100%		100%		

Podle pohlaví nebyl rozdíl v položkách 3, 8 a 14.

Muži a ženy se nelišili v názorech na šetrnost a ohleduplnost sester při provádění různých výkonů, ochotu sester odpovídat na jejich otázky a ošetřování stejným týmem sester jako za současné hospitalizace. Všechny odpovědi byly v kategorii „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím,“ spokojenost byla 100%.

Podle pohlaví také nebyl rozdíl v položce č. 10, která zjišťovala psychickou podporu pacientů sestrami. 96% mužů i žen bylo s psychickou podporou od sester spokojeno, 4% uvedla, že spokojena nejsou.

Nejspokojenější byly ženy u položek č. 2, 4, 5, 7, 9, 11 a 12. Pacientky byly spokojeny s vysvětlováním postupů a důvodů vyšetření nebo výkonů sestrami v 94%, sestrám důvěřují v 99%, s respektováním studu a zajištěním soukromí v 100%, s chováním sester po profesionální stránce v 100%, s informacemi sdělenými sestrami na dotazy pacientů v 99%, s podáváním jednotných informací sestrami v 99% a v 98% pacientky také uvedly, že sestry před pacienty nemluví o svém soukromí.

Muži byli nejspokojenější u položek 1, 6 a 13. Pacienti - muži byli spokojeni s představováním sester v 68%, s vytvářením atmosféry důvěry a klidu sestrami v 99%, se zájmem sester o pacientovo prožívání bolesti v 99%.

Statisticky významné rozdíly se prokázaly u položek č. 5 a 12. Položka č.5 byla zaměřena na respektování studu a zajištění soukromí sestrami při vyšetřováních nebo zákrocích. Muži souhlasili v 95% s tvrzením, že sestry respektují pacientův stud a dokážou zajistit soukromí, 5% dotazovaných nesouhlasilo. Ženy s tímto tvrzením souhlasily v 100%. Položka č.12 zjišťovala, zda sestry nemluví před pacientem o svém soukromí. S tímto tvrzením souhlasilo 91% mužů, 9% nesouhlasilo. Ženy souhlasily v 99%, 1% nesouhlasilo.

Statistická čísla naznačují, že ženy jsou poněkud spokojenější než muži, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost.

Vyhodnocení podle délky hospitalizace

Tabulka č. 9 - rozdělení podle délky hospitalizace

Otázka č.	Do 3 hospit. 4 - 14	Nad 3 hospit. 4 - 14	Do 3 hospit. 15 - 31	Nad 3 hospit. 15 - 31	Do 3 hospit. 32 výše	Nad 3 hospit. 32 výše	Hladina význam. Fisher test
	104 respondentů		10 respondentů		12 respondentů		
1.	61	43	7	3	8	4	0,8255
	59%	41%	70%	30%	67%	33%	
2.	97	7	10	0	11	1	0,7949
	93%	7%	100%		92%	8%	
3.	104	0	10	0	12	0	-
	100%		100%		100%		
4.	102	2	10	0	12	0	1,0000
	98%	2%	100%		100%		
5.	101	3	10	0	12	0	1,0000
	97%	3%	100%		100%		
6.	103	1	10	0	12	0	1,0000
	99%	1%	100%		100%		
7.	102	2	10	0	12	0	1,0000
	98%	2%	100%		100%		
8.	104	0	10	0	12	0	-
	100%		100%		100%		
9.	103	1	10	0	11	1	0,3199
	99%	1%	100%		92%	8%	
10.	99	5	10	0	12	0	1,0000
	95%	5%	100%		100%		
11.	101	3	9	1	11	1	0,2092
	97%	3%	90%	10%	92%	8%	
12.	98	6	10	0	12		1,0000
	94%	6%	100%		100%		
13.	101	3	10	0	12	0	1,0000
	97%	3%	100%		100%		
14.	104	0	10	0	12	0	-
	100%		100%		100%		

Podle délky hospitalizace nebyl rozdíl v položkách 3, 8 a 14.

Všichni pacienti nezávisle na délce hospitalizace měli stejný názor na šetrnost a ohleduplnost sester při provádění různých výkonů, ochotu sester odpovídat na jejich otázky a ošetřování stejným týmem sester jako za současné hospitalizace. Všechny odpovědi byly v kategorii „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“, spokojenost byla 100%.

Pacienti, kteří byli hospitalizováni nejkratší dobu v kategorii 4 - 14 dnů se lišili od kategorie pacientů hospitalizovaných od 15 - 31 dnů a 32 dnů a více u položek č. 4, 5, 6, 7, 10, 12 a 13. Pacienti hospitalizovaní 4 -14 dnů uvedli, že sestřím důvěřují v 98%, s respektováním studu a zajištěním soukromí jsou pacienti spokojeni v 97%, s vytvářením atmosféry důvěry a klidu sestrami na oddělení v 99%, s chováním sester po profesionální stránce v 98%, s psychickou podporou sestrami v 95%. V 98% pacienti hospitalizovaní 4 - 14 dnů také uvedli, že sestry před pacienty nemluví o svém soukromí a spokojenost se zájmem sester o pacientovo prožívání bolesti byla 97%. Kategorie hospitalizovaných pacientů od 15 - 31 dnů a 32 dnů a více byla spokojena u všech uvedených položek v 100%.

Nejspokojenější byli pacienti s délkou hospitalizace 15 - 31 dnů u položek č. 1, 2 a 9. Spokojenost s představováním sester je u této kategorie hospitalizovaných 70%, s vysvětlováním postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů 100% a s informacemi sdělenými sestrami na dotazy pacientů je také 100%.

Skupina pacientů s délkou hospitalizace 4 - 14 dnů byla nejspokojenější u položky č. 11, která zjišťovala jednotnost informací podávanými sestrami. V této kategorii byla spokojenost 97%. Poté následovala skupina pacientů hospitalizovaných 32 dnů a více v 92% a nejméně spokojení byli pacienti hospitalizovaní 15 - 31 dnů, kde spokojenost dosáhla 90%.

Dílčí rozdíly se objevily u položek č. 1, 2 a 11, ale vzhledem k malému počtu osob ve dvou věkových kategoriích nejsou statisticky významné. Položka č. 1 zjišťovala, zda se sestry na oddělení představují. Pacienti hospitalizovaní 4 - 14 dnů s tímto tvrzením souhlasili v 59%, nesouhlasilo 41% respondentů. Pacientů hospitalizovaných 15 - 31 dnů souhlasilo 70%, nesouhlasilo 30%. Pacientů hospitalizovaných 32 dnů a více souhlasilo 67%, nesouhlasilo 33%. Položka č. 2 byla zaměřena na vysvětlení postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů, které měl pacient podstoupit. Pacienti hospitalizovaní 4 - 14 dnů s tímto tvrzením souhlasili v 93%, nesouhlasilo 7% respondentů. Pacientů hospitalizovaných 15 - 31 dnů souhlasilo 100%. Pacientů hospitalizovaných 32 dnů a více souhlasilo 92%, nesouhlasilo 8%. Položka č. 11 zjišťovala, zda sestry podávají jednotné informace pacientům. Pacienti hospitalizovaní 4 - 14 dnů s tímto tvrzením souhlasili v 97%, nesouhlasili 3% respondentů. Pacientů hospitalizovaných 15 - 31 dnů souhlasilo 90%, nesouhlasilo 10%. Pacientů hospitalizovaných 32 dnů a více souhlasilo 92%, nesouhlasilo 8%.

Statistická čísla naznačují, že pacienti hospitalizovaní 15 - 31 dnů jsou spokojenější než ostatní a skupina pacientů hospitalizovaná od 32 dnů a výše je spokojenější než pacienti hospitalizovaní od 4 - 14 dnů, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost.

Vyhodnocení podle Barthelova testu

Tabulka č. 10 - rozdělení podle závislosti pacienta na ošetrovatelském personálu

Otázka č.	Do 3 Barthel 0 - 60	Nad 3 Barthel 0 - 60	Do 3 Barthel 65 - 95	Nad 3 Barthel 65 - 95	Hladina význam. Fisherova testu
	12 respondentů		114 respondentů		
1.	8	4	68	46	0,7621
	67%	33%	60%	40%	
2.	10	2	108	6	0,1687
	83%	17%	95%	5%	
3.	12	0	114	0	-
	100%		100%		
4.	12	0	112	2	1,0000
	100%		98%	2%	
5.	12	0	111	3	1,0000
	100%		97%	3%	
6.	12	0	113	1	1,0000
	100%		99%	1%	
7.	12	0	112	2	1,0000
	100%		98%	2%	
8.	12	0	114	0	-
	100%		100%		
9.	11	1	113	1	0,1821
	92%	8%	99%	1%	
10.	12	0	109	5	1,0000
	100%		96%	4%	
11.	11	1	110	4	0,3989
	92%	8%	96%	4%	
12.	12	0	108	6	1,0000
	100%		95%	5%	
13.	12	0	111	3	1,0000
	100%		97%	3%	
14.	57	0	69	0	-
	100%		100%		

Podle závislosti pacienta na ošetrovatelském personálu nebyl rozdíl v položkách 3, 8 a 14. Všichni pacienti měli stejný názor na šetrnost a ohleduplnost sester při provádění různých výkonů, ochotu sester odpovídat na jejich otázky a ošetřování stejným týmem sester jako za současné hospitalizace. Všechny odpovědi byly v kategorii „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“, spokojenost byla 100%.

Nejspokojenější byli pacienti v kategorii 0 - 60 bodů Barthelova testu u položek č. 1, 4, 5, 6, 7, 10, 12 a 13. Pacienti v této kategorii uvedli, že jsou spokojeni s představováním sester v 67%, sestrám důvěřují v 100%, s respektováním studu a zajištěním soukromí v 100%, s vytvářením atmosféry důvěry a klidu na oddělení v 100%, s chováním sester po profesionální stránce v 100%, s psychickou podporou sestrami v 100%, se zájmem sester o pacientovo prožívání bolesti v 100% a pacienti v této kategorii také v 100% uvedli, že sestry před pacienty nemluví o svém soukromí.

Pacienti v kategorii 65 - 95 bodů Barthelova testu byli nejspokojenější u položek č. 2, 9 a 11. Pacienti v této kategorii byli spokojeni s vysvětlováním postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů v 95%, s informacemi sdělenými sestrami na dotazy pacientů v 99%. a s podáváním jednotných informací v 96%.

Dílčí rozdíly se objevily u položek č. 2, 9 a 11, ale vzhledem k malému počtu osob ve dvou kategoriích závislosti nejsou statisticky významné. Položka č. 2 byla zaměřena na vysvětlení postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů, které měl pacient podstoupit. Pacienti v kategorii 0 - 60 bodů souhlasili v 83% s tvrzením, že sestry dobře vysvětlují důvody vyšetření nebo výkonů, 17% dotazovaných nesouhlasilo. Pacienti v kategorii 65 - 95 bodů souhlasili v 95%, nesouhlasilo 5%. Položka č. 9 zjišťovala informace sdělené sestrami na dotazy pacientů. Pacienti v kategorii 0 - 60 bodů souhlasili v 92% s tvrzením, že sestry dobře vysvětlují důvody vyšetření nebo výkonů, 8% dotazovaných nesouhlasilo. Pacienti v kategorii 65 - 95 bodů souhlasili v 99%, nesouhlasilo 1%. Položka č. 11 zjišťovala jednotnost informací podávanými sestrami. S tímto tvrzením souhlasili pacienti v kategorii 0 - 60 bodů v 92% , 8% nesouhlasilo. Pacienti v kategorii 65 - 95 bodů souhlasili v 96%, nesouhlasili 4%.

Statistická čísla naznačují, že pacienti závislejší na ošetrovatelském personálu jsou spokojenější více než pacienti s menší závislostí na ošetrovatelském personálu, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost.

Vyhodnocení podle oddělení

Tabulka č. 11 - rozdělení podle oddělení

Otázka č.	Do 3 oddělení chirurgická	Nad 3 oddělení chirurgická	Do 3 oddělení interní	Nad 3 oddělení interní	Hladina význam. Fisherova testu
	72 respondentů		54 respondentů		
1.	40	32	36	18	0,2698
	56%	44%	66%	34%	
2.	68	4	50	4	0,7237
	94%	6%	93%	7%	
3.	72	0	54	0	-
	100%		100%		
4.	71	1	53	1	1,0000
	99%	1%	98%	2%	
5.	70	2	53	1	1,0000
	97%	3%	98%	2%	
6.	71	1	54	0	1,0000
	99%	1%	100%		
7.	71	1	53	1	1,0000
	99%	1%	98%	2%	
8.	72	0	54	0	-
	100%		100%		
9.	71	1	53	1	1,0000
	99%	1%	98%	2%	
10.	69	3	52	2	1,0000
	96%	4%	96%	4%	
11.	70	2	51	3	0,6505
	97%	3%	94%	6%	
12.	68	4	52	2	0,6996
	94%	6%	96%	4%	
13.	72	0	51	3	0,0762
	100%		94%	6%	
14.	72	0	54	0	-
	100%		100%		

Podle rozdělení oddělení (interní x chirurgické) nebyl rozdíl v položkách 3, 8 a 14. Všichni pacienti měli stejný názor na šetrnost a ohleduplnost sester při provádění různých výkonů, ochotu sester odpovídat na jejich otázky a ošetřování stejným týmem sester jako za současné hospitalizace. Všechny odpovědi byly v kategorii „souhlasím“ nebo „spíše souhlasím“, spokojenost byla 100%.

Podle rozdělení oddělení (interní x chirurgické) také nebyl rozdíl v položce č. 10, která zjišťovala, jak pacienty dokázaly sestry psychicky podpořit. Pacienti obou oddělení uvedli, že jsou spokojeni s psychickou podporou v 96%, nespokojena jsou 4% pacientů.

Nejspokojenější byli pacienti chirurgických oddělení u položek č. 2, 4, 7, 9, 11 a 13. Pacienti byly spokojeni s vysvětlováním postupů a důvodů vyšetření nebo výkonů sestrami v 94%, sestrám důvěřují v 99%, s chováním sester po profesionální stránce v 99%, s informacemi sdělenými sestrami na dotazy pacientů v 99%, s podáváním jednotných informací sestrami v 97%, se zájmem sester o pacientovo prožívání bolesti v 100%.

Pacienti interních oddělení byli nejspokojenější u položek č. 1, 5, 6 a 12. Pacienti těchto oddělení uvedli, že jsou spokojeni s představováním sester v 66%, s respektováním studu a zajištěním soukromí v 98%, s vytvářením atmosféry důvěry a klidu na oddělení v 100% a pacienti v této kategorii také v 96% uvedli, že sestry před pacienty nemluví o svém soukromí.

Statisticky významné rozdíly se prokázaly u položky č. 13. Tato položka zjišťovala, zda se sestry samy zajímaly o to, zda pacienty něco nebolí. Pacienti chirurgických oddělení ve 100% uvedli, že se sestry samy zajímají o pacientovo prožívání bolesti, pacienti interních oddělení toto uvedli v 94% a 6% uvedlo, že se sestry o pacientovo prožívání bolesti nezajímaly.

Statistická čísla naznačují, že pacienti chirurgických oddělení jsou spokojenější více než pacienti interních oddělení, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost.

7. Diskuse

Náš průzkum byl proveden u 126 pacientů na 7 různých odděleních Svitavské nemocnice. Protože šlo o pacienty s různými diagnózami, pacienty různého pohlaví, různého věku atd. zajímalo nás, zda se míra jejich spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí nějak liší.

Formulovala jsem proto šest hypotéz, které nyní okomentuji.

H1: Mezi pacienty budou převládat spokojení pacienti nad nespokojenými; předpokládám, že spokojení pacienti budou tvořit víc jak 70% všech respondentů. Výčtem všech odpovědí ve všech položkách jsem zjistila, že z celkového počtu **1764 (100%)** odpovědí bylo **1676 (95%)** odpovědí kladných (kategorie „Do3“), **34 (1,9%)** odpovědí záporných (kategorie „Nad 3“) a **54 (3,1%)** odpovědí neutrálních (nezařazených).

Proto mohu jednoznačně konstatovat potvrzení hypotézy č.1, že více než 70% respondentů bylo po dobu hospitalizace spokojeno s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

H2: Předpokládám, že pacienti ve věkové kategorii od 61 let budou s poskytovanou péčí spokojenější než pacienti mladší. Z hlediska věku respondentů vyplývá, že nejvíce zastoupení byli pacienti ve věkové kategorii 61 let a výše. Juřeníková ve své knize uvádí, že čím jsou lidé starší, tím jsou také více nemocní a následně hospitalizovaní. S věkem přibývají onemocnění a ty mají tendenci vyvolávat řetězovou reakci, kdy jedna nemoc podmiňuje vznik jiné. Do této kategorie se zařadilo 60 (48%) dotazovaných respondentů a statistická čísla naznačila, že pacienti starší 61 let jsou spokojenější než pacienti mladší, a proto mohu potvrdit hypotézu č. 2, že pacienti ve věkové kategorii od 61 let budou s poskytovanou péčí spokojenější než pacienti mladší.

Statisticky významné rozdíly se prokázaly u položek č. 1 a 2. Položka č. 1 zjišťovala, zda se sestry na oddělení představují. Věková kategorie 18 - 40 let s tímto tvrzením souhlasila v 36%, pacienti od 40 - 60 let souhlasili v 66% a ve věkové kategorii od 61 let a více let souhlasilo 68% respondentů. Lávičková uvádí, že každý pacient přichází pro něj do neznámého prostředí a sestra je často první, s kým je pacient v kontaktu. Je tedy na sestře, aby ho přivítala a představila se jménem. Z výsledků je patrné, že čím starší pacient, tím spokojenost s představováním sester narůstá. Při vyplňování dotazníku senioři velmi často odpovídali: „*sestřičky se mně asi představily, ale i kdyby ne, tak to nevadí, jména mají na vizitkách*“ nebo „*nepotřebuji aby se mě sestry představovaly, je jich tady moc a stejně si je nezapamatuji, od toho mají vizitky.*“ Při těchto rozhovorech jsem dospěla k názoru, že starší

pacienti nepovažují představování sester až tak za důležité, prioritní je pro ně spíše vstřícnost a ochota ošetřujícího personálu. Položka č. 2 byla zaměřena na vysvětlení postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů, které měl pacient podstoupit. Věková kategorie od 18 - 40 let souhlasila v 86% s tvrzením, že sestry dobře vysvětlují důvody vyšetření nebo výkonů, ve věkové kategorii od 40 - 60 let souhlasilo 100% respondentů a ve věkové kategorii od 61 let a více let souhlasilo 93% respondentů. Z výsledků je patrné, že nejmladší věková kategorie pacientů byla nejméně spokojená a tito pacienti by dle mého názoru měli být podrobněji informováni o všech výkonech nebo vyšetřeních, která mají podstoupit, i když z vlastní zkušenosti vím, že pacienti tyto informace mnohdy sami aktivně nevyžadují. Překvapujícím zjištěním byl pro mě fakt, že nejspokojenější byla skupina pacientů ve věku 40 - 60 let a poté následovala skupina pacientů ve věku 61 let a výše. Senioři, stejně jako ostatní pacienti, mají právo na informace o svém zdravotním stavu, o plánovaných vyšetřeních, všech možných rizicích, která tato vyšetření přináší aj. Myslím si, že stejně tak je ale důležité, aby sestry přistupovaly k pacientům s respektem, s lidskostí a při kontaktu s nimi je adekvátním způsobem informovaly o veškeré činnosti, která u nich bude prováděna.

Hnilicová uvádí, že věk je jedním z nejprůkaznějších determinantů ovlivňujících spokojenost pacienta. V literatuře jsou uváděny různé názory na to, proč jsou starší pacienti spokojenější s poskytovanou zdravotnickou péčí. První názor, je, že se u nás, ale i ve světě pěstuje tzv. „kult mládí.“ Od žen se očekává, že budou stále mladé, svěží a štíhlé, stárání je na obtíž a je v médiích zpodobňováno jako něco, s čím bychom se rozhodně smířovat neměli. Stárání je považováno za handicap, protože nedostačuje výkonnosti a soběstačnosti. Ze své zkušenosti mohu říct, že někteří staří pacienti si toto uvědomují a bojí se ztráty oblíbenosti, mají strach z izolace a nechtějí být na obtíž. Toto myšlení se pak projeví na jejich chování, kdy jejich nároky a požadavky klesají a narůstá pocit vděčnosti a uznání, a to se následně projevuje ve výsledcích zdravotní péče, kde je tendence ke všeobecné spokojenosti se zdravotnickými službami. Druhý názor související s názorem prvním je ten, že starší pacienti jsou „zvyklejší“ moc neočekávat, nároky na zdravotní péči jsou mnohem menší než u mladší populace a velkou roli hraje také skutečnost, že starší pacienti mají větší nadhled než pacienti mladší věkové kategorie a proto jsou schopni hospitalizace snášet mnohem lépe.

H3: Předpokládám, že muži budou s poskytovanou péčí více spokojeni než ženy.

Z analýzy výsledků vyplývá, že zastoupení hospitalizovaných žen je vyšší 69 (55%) než mužů 57 (45%). Tuto skutečnost potvrzuje i Hnilicová, která uvádí, že ženy bývají častěji hospitalizovány než muži. A ačkoliv ženy žijí v průměru o 5 - 7 let déle než muži, nemocnost žen se zdá být vyšší. Je to dáno také tím, že ženy jsou více opatrnější než muži a svého

zdraví si více váží. Z vlastní zkušenosti mohou říci, že ženy - pacientky jsou více všímavější a vnímavější k ošetrovatelské péči než muži. Ženy se více zajímají o své zdraví, vyjadřují subjektivní názory k péči, k chování a přístupu ošetřujícího personálu a mají často přehled o technické vybavenosti oddělení.

Statisticky významné rozdíly se prokázaly u položek č. 5 a 12. Položka č. 5 byla zaměřena na respektování studu a zajištění soukromí sestrami při vyšetřováních nebo zákrocích. V právech pacientů (Příloha č. 4) je uvedeno, že v průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. V položce č. 5 muži souhlasili v 95% s tvrzením, že sestry respektují pacientův stud a dokážou zajistit soukromí, ženy s tímto tvrzením souhlasily v 100%. Je to pro mě překvapující fakt, protože jsem očekávala, že míň spokojené budou spíše ženy. Dospěla jsem k názoru, že u žen se více předpokládá stydlivost, proto je u nich důsledněji zajišťováno soukromí při vyšetřeních nebo výkonech, stud je respektován více. Dalším důvodem může být i fakt, že ošetřující personál je tvořen převážně ženami, které se lépe dokáží „vcítit“ do role pacientky a proto jsou ženy více „chráněnější“ než muži. Položka č. 12 zjišťovala, zda sestry nemluví před pacientem o svém soukromí. S tímto tvrzením souhlasilo 91% mužů, ženy souhlasily v 99%. Komunikace sester je důležitým pilířem péče o pacienty, proto si myslím, že probírat osobní záležitosti před pacienty je nevhodné a v pacientech to budí dojem nezájmu o jeho osobu, pocit, že jsou přítomní „navíc.“ Menší spokojenost byla u pacientů mužského pohlaví, což dle mého názoru svědčí o tom, že sestry mají před ženami větší zábrany, komunikace se týká převážně jen zdravotnických témat.

Celková spokojenost mužů a žen byla pro mě překvapivě téměř totožná, statistická čísla naznačují, že ženy jsou poněkud spokojenější než muži, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost. Z tohoto důvodu tedy nemohu potvrdit hypotézu č. 3, že muži budou s poskytovanou péčí více spokojeni než ženy.

H4: Předpokládám, že pacienti, kteří jsou hospitalizováni delší dobu, budou spokojenější s poskytovanou péčí, než pacienti, kteří jsou hospitalizováni kratší dobu. Z výsledků vyplývá, že pacienti hospitalizovaní 4 - 14 dnů byli nejméně spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, než ostatní skupiny pacientů. Domnívám se, že je to z důvodu přechodu ze zdraví do nemoci, který vyvolává u spousty lidí negativní emoce a obtížně se tak s novou situací vypořádávají. Podle Jobánkové nová role pacienta vyvolává změnu zaběhnutého životního pořádku. Znamená množství nových mezilidských vztahů od kterých pacient neví, co může čekat. Na některých z těchto lidí se stává pacient závislým.

Znamená to také přijít do styku se zdravotnickou technikou, jejíž funkci a smysl chápe většina pacientů jen zčásti. Navíc pacient nemá představu co všechno podstatné jeho nemoc změní a jaké bude mít následky. Přejít do zdravotnické péče je proto náročný svou novostí a složitostí. Pacienti hospitalizovaní 15 - 31 dnů byli dle výsledků s péčí nejspokojenější. Myslím, že je to dáno tím, že pacient si již na novou roli zvykl, prostředí mu již není tak cizí a stačil se seznámit se zdravotnickým personálem. Také už většinou pacienti ví něco o své nemoci a možných následcích. Obtíže již nejsou tak aktuální, pacient se cítí lépe a proto je i péče vnímaná ve většině případů pozitivněji. Pacienti hospitalizovaní 32 dnů a více byli spokojenější než pacienti hospitalizovaní nejkratší dobu, ale méně spokojení než pacienti hospitalizovaní 15 - 31 dnů. Dle mého názoru tato kategorie pacientů již zná prostředí, zdravotnický personál a ví co může očekávat. Také zde ale dochází k jisté konfrontaci se pacientovými přáními a touhami. Jsou uspokojovány potřeby základní, ale potřeby vyšší jsou z různých důvodů uspokojovány méně. Vzniká hospitalismus jako reakce na stereotypní nemocniční prostředí, psychická rovnováha začíná být narušována a proto je pacient s péčí méně spokojený.

Přesto, že se vyskytly dílčí rozdíly mezi pacienty hospitalizovanými různě dlouhou dobu, tak tyto rozdíly nejsou statisticky významné a proto se nepotvrdila hypotéza č. 4, že pacienti, kteří jsou hospitalizováni delší dobu, budou spokojenější s poskytovanou péčí, než pacienti, kteří jsou hospitalizováni kratší dobu.

H5: Předpokládám, že pacienti více závislí na ošetrovatelském personálu budou méně spokojení s prací sester ve srovnání s pacienty méně závislími na ošetrovatelském personálu. K porovnání závislosti na ošetrovatelském personálu jsem použila Barthelův test všedních činností (Příloha č. 3), který znázorňuje závislost pacienta na ošetřující osobě, v našem případě tedy ošetřujícím personálu. Bodové hodnocení je rozděleno do čtyř kategorií, kdy nezávislý pacient dosahuje 96 - 100 bodů, lehce závislý 65 - 95 bodů, závislost středního stupně je od 45 - 60 bodů a vysoce závislý pacient dosahuje 0 - 40 bodů. Dovolila jsem si pro potřeby vyhodnocení upravit dotazník tak, aby pacienti byli rozděleni do dvou kategorií: 65 - 95 bodů dosahovali pacienti, kteří potřebovali jen malou pomoc sestry při běžných činnostech, pacienti tedy byli posuzováni jako lehce závislí na ošetrovatelském personálu. Naopak pacienti, kteří dosáhli hodnocení 0 - 60 bodů byli posuzováni jako těžce závislí na ošetrovatelském personálu, bez pomoci sestry by nezvládli běžné všední činnosti jako najezení, napití, hygienu, oblékání a přesuny z lůžka.

Soběstačnost patří k základním činnostem nutným k udržení maximálně možné kvality života pacienta. Využívá všech plně i částečně zachovaných funkcí, které umožňují

sebeobslužné úkony v denních činnostech. Cílem ošetrovatelských aktivit je obnova základních denních stereotypů, zlepšení kvality života (resocializace), prevence sociální závislosti a dosažení pocitu pohody.

U problematiky spokojenosti v závislosti na soběstačnosti opět nebyla zjištěna statistická závislost u žádné z položek, dílčí rozdíly se však objevily u položek č. 2, 9 a 11 a proto pokládám za důležité se o nich zmínit. Položka č. 2 byla zaměřena na vysvětlení postupů a důvodů různých vyšetření nebo výkonů, které měl pacient podstoupit. Pacienti v kategorii 0 - 60 bodů souhlasili v 83% s tvrzením, že sestry dobře vysvětlují důvody vyšetření nebo výkonů a pacienti v kategorii 65 - 95 bodů souhlasili v 95%. Toto je dle mého názoru zajímavé zjištění, které si myslím je dáno tím, že pacienti závislejší na ošetrovatelském personálu jsou mnohem více poučováni o tom, co se s nimi bude dít, jak co bude probíhat apod. a pod tlakem informací mohou ztratit přehled zda jim ošetřující personál informace poskytl či nikoliv. Proto si myslím, že by bylo dobré na tyto pacienty nespěchat, vše jim vysvětlovat v klidu a dát jim prostor k vyjádření vlastního názoru. Položka č. 9 zjišťovala informace sdělené sestrami na dotazy pacientů. Pacienti v kategorii 0 - 60 bodů souhlasili v 92% s tvrzením, že sestry dobře vysvětlují důvody vyšetření nebo výkonů, pacienti v kategorii 65 - 95 bodů souhlasili v 99%. Opět si myslím, že pacienti závislejší na ošetrovatelském personálu potřebují mnohem více času na přijetí informací od sester, sestry by měli také používat zpětnou vazbu od pacienta, aby se ujistily, jestli jim pacient zcela porozuměl. Položka č. 11 zjišťovala jednotnost informací podávanými sestrami. S tímto tvrzením souhlasili pacienti v kategorii 0 - 60 bodů v 92% a pacienti v kategorii 65 - 95 bodů souhlasili v 96%. Zde bych jenom podotkla, že je důležité, aby se zdravotníci sjednotili v podávaných informacích a činnostech, jednotnost informací budí v pacientech důvěru a jak mi sdělil v dotazníku pacient „*všichni zdravotníci by měli táhnout za jeden provaz.*“

Statistická čísla naznačují, že pacienti závislejší na ošetrovatelském personálu jsou spokojenější více než pacienti s menší závislostí na ošetrovatelském personálu, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost, proto nemohu potvrdit hypotézu č. 5, že pacienti více závislí na ošetrovatelském personálu budou méně spokojeni s prací sester ve srovnání s pacienty méně závislými na ošetrovatelském personálu.

H6: Předpokládám, že nebudou významné rozdíly mezi pacienty hospitalizovanými na interních a chirurgických odděleních. Výsledky naznačily, že pacienti chirurgických oddělení jsou spokojenější více než pacienti interních oddělení, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost. Myslím si, že specifika práce sestry na interním a chirurgickém oddělení se v některých částech liší a každé oddělení má jiný

charakter práce. Na interním oddělení bývají často hospitalizováni starší nemocní a z toho je zřejmé, že sestry zde má velkou pracovní vytíženost. Ležící pacienti musí často dle polohovacího plánu polohovat, pomáhat při sebeobsluze, zajišťovat pacientovy základní potřeby a současně jsou na sestru kladeny velké odborné nároky. Na chirurgickém oddělení jsou pacienti různých věkových skupin a různých diagnóz. Předpokladem práce sestry je zde rychlost, zásady asepse, komunikační a organizační schopnosti a samozřejmostí jsou odborné znalosti.

Statisticky významný rozdíl se prokázal u položky č. 13, která zjišťovala, zda se sestry samy zajímaly o to, zda pacienti něco nebolí. Pacienti chirurgických oddělení ve 100% uvedli, že se sestry samy zajímají o pacientovo prožívání bolesti, pacienti interních oddělení toto uvedli v 94%. Dle mého názoru tento výsledek není překvapujícím zjištěním, protože chirurgického pacienta mnohdy do nemocnice přivede právě bolest a bolest je na chirurgických odděleních často doprovodným příznakem různých onemocnění a zároveň i důsledkem různých výkonů a zákroků. Přesto si myslím, že interní pacienti také mohou bolestí trpět, byť bolest souviset se základním onemocněním nemusí, přesto pacienta může sužovat a základní onemocnění tak ovlivňovat.

Statistická čísla naznačují, že pacienti chirurgických oddělení jsou spokojenější více než pacienti interních oddělení, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost, proto mohu konstatovat, že se potvrdila hypotéza č. 6, že nebudou významné rozdíly mezi pacienty hospitalizovanými na interních a chirurgických odděleních.

8. Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na práci sestry tak, jak ji vidí pacient, protože si myslím, že problematika kvality péče a její hodnocení je v dnešní době velmi rozsáhlé a aktuální téma a především pacient může rozhodnout o tom, co mu hospitalizace a léčba přinesla, zda byla či nebyla prospěšná.

Teoretická část je rozdělena do dvou oddílů. V úvodu prvního oddílu jsem specifikovala problematiku pomáhajících profesí, seznámila čtenáře s platnou legislativou pro výkon zdravotnické profese, definovala pojem ošetrovatelství a popsala cíle současného ošetrovatelství. Dále jsem charakterizovala problematiku pacienta jako příjemce ošetrovatelské péče, přiblížila zvláštnosti pacientovy osobnosti, charakterizovala pacientovi potřeby podle Maslowovy pyramidy potřeb a popsala interakci pacient - zdravotník.

V druhém oddílu jsem se snažila čtenáři přiblížit pojem spokojenost pacienta z několika úhlů pohledu, popsat ty determinanty spokojenosti, které souvisí s poskytovanou zdravotnickou péčí, přiblížit vybrané modely spokojenosti pacientů používané u nás nebo ve světě a shrnout zkušenosti se zjišťováním spokojenosti u nás i v zahraničí.

Celosvětově se ukazuje, že průzkum spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí velmi důležitý ukazatel, a proto jsem na toto téma zaměřila všechny své cíle a hypotézy empirické části práce. Hlavním cílem bylo popsat a analyzovat míru spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na vybraných standardních odděleních nemocnice metodou dotazníku. Konkrétně to znamenalo zjistit úroveň spokojenosti v těchto oblastech - spokojenost s poučením před výkonem a prováděním výkonů sestrami, úroveň důvěry pacientů, respektování studu a zajištění soukromí, spokojenost s chováním sester, ochotu komunikovat a psychickou podporu pacientů sestrami. Cílem bylo také zjistit, zda spokojenost pacientů závisí na věku, pohlaví, délce hospitalizace, závislosti pacienta na ošetrovatelském personálu a oddělení (chirurgická x interní oddělení).

Hypotéza č. 1, tzn. předpoklad, že více než 70% respondentů bude po dobu hospitalizace celkově spokojeno s kvalitou poskytované péče, se potvrdila. Spokojenost s poskytovanou péčí byla zjištěna na základě 1676 (95%) pozitivních odpovědí ve všech položkách dotazníku.

V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že pacienti ve věkové kategorii od 61 let budou s poskytovanou péčí spokojenější než pacienti mladší. Tato hypotéza se potvrdila, statistická analýza ukázala, že pacienti starší 61 let jsou spokojenější než pacienti ostatní.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že muži budou s poskytovanou péčí více spokojeni než ženy. Tato hypotéza se nepotvrdila - získané údaje sice naznačují, že ženy jsou poněkud spokojenější než muži, ale výsledky nepřesáhly hladinu statistické významnosti.

V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že pacienti, kteří jsou hospitalizováni delší dobu, budou spokojenější s poskytovanou péčí, než pacienti, kteří jsou hospitalizováni kratší dobu. I když se vyskytly dílčí rozdíly mezi pacienty hospitalizovanými různě dlouhou dobu tak se hypotéza č. 4 nepotvrdila, protože tyto rozdíly nepřesahují hladinu statistické významnosti.

V hypotéze č. 5 jsem předpokládala, že pacienti, kteří jsou více závislí na ošetrovatelském personálu, budou méně spokojeni s prací sester ve srovnání s pacienty méně závislými na ošetrovatelském personálu. Získané údaje sice naznačují, že pacienti závislejší na ošetrovatelském personálu jsou poněkud spokojenější než pacienti s menší závislostí na ošetrovatelském personálu, ale výsledky nepřesahují hladinu statistické významnosti a proto se hypotéza č. 5 nepotvrdila.

V hypotéze č. 6 jsem předpokládala, že nebudou významné rozdíly mezi pacienty hospitalizovanými na interních a chirurgických odděleních. Statistická čísla naznačují, že pacienti chirurgických oddělení jsou poněkud spokojenější než pacienti interních oddělení, ale výsledky nepřesahují statistickou významnost, proto se hypotéza č. 6 potvrdila.

Díky této bakalářské práci jsem mohla odhalit problémové oblasti v přístupu ošetrovatelského personálu k pacientům a zamyslet se i nad svým vlastním přístupem, zda nečiním stejné chyby.

Není překvapující fakt, že mnozí pacienti dokáží nejenom ohodnotit vývoj svého zdravotního stavu, ale také dokáží ohodnotit kvalitu poskytované péče na základě osobních zkušeností s poskytovateli péče, v našem případě tedy sestrami. To vše má vliv na celkový průběh léčby a na dojem pacienta z hospitalizace. Milým zjištěním bylo pro mě vyjádření několika pacientů, kteří uvedli, že si z minulých hospitalizací pamatují určitou „tu svou“ sestřičku, na kterou se při opakované hospitalizaci těšili a která pro ně představovala oporu a jistotu v nemocničním prostředí. Ve volných vyjádřeních v dotazníku pacienti také často uváděli poděkování sestrám za jejich nelehkou práci, oceňovali trpělivost, ochotu a celkovou vstřícnost.

Přínos mé práce také vidím v tom, že se u nás provádí průzkumy zaměřené na spokojenost v různých dimenzích péče, ale průzkum spokojenosti pouze s **ošetrovatelským personálem** je ojedinělý. Proto si myslím, že informace z této práce mohou čerpat všichni zdravotničtí pracovníci a i ostatní personál, který se podílí na péči a uspokojování potřeb

pacientů. Dotazník z bakalářské práce bych chtěla nabídnout i jiným zdravotnickým zařízením, která by chtěla zjišťovat spokojenost pacientů s ošetrovatelským personálem. Tuto práci lze také použít jako výukový materiál pro studenty, kteří by se chtěli tímto tématem zabývat.

S výsledky šetření bude seznámen management Svitavské nemocnice a.s., kde byl průzkum proveden.

ANOTACE

- Autor:** Vykydalová Veronika DiS.
- Instituce:** ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY
V HRADCI KRÁLOVÉ,
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ
- Název práce:** Práce sestry očima pacienta
- Vedoucí práce:** prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Mgr. Eva Havlíková
- Počet stran:** 86
- Počet příloh:** 4
- Rok obhajoby:** 2010
- Klíčová slova:** spokojenost pacientů, zdravotní/ošetrovatelská péče, měření kvality péče, definice, modely, pojmy, determinanty

Bakalářská práce je zaměřena na úroveň spokojenosti hospitalizovaných pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče na sedmi vybraných standardních lůžkových odděleních Svitavské nemocnice a.s.

Teoretická část je rozdělena na dva oddíly. První oddíl je zaměřen na problematiku pomáhajících profesí, legislativu zdravotnických profesí, popisuje ošetrovatelství a jeho cíle, přibližuje roli pacienta a jeho osobnost v ošetrovatelském procesu a specifikuje pacientovy potřeby a jejich využitelnost v práci sestry.

Druhý oddíl vysvětluje pojem spokojenost pacienta, popisuje determinanty spokojenosti související se zdravotní péčí, přibližuje modely spokojenosti pacientů a shrnuje zkušenosti se zjišťováním spokojenosti pacientů u nás i ve světě.

Empirická část analyzuje míru spokojenosti pacientů na vybraných odděleních nemocnice. Práce konstatovala vysokou spojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí (95 % spokojených pacientů). Zjistila, že spokojenost pacientů závisí na věku pacientů (starší pacienti jsou spokojenější), nezávisí na pohlaví pacienta, na délce hospitalizace, míře závislosti pacienta na ošetrovatelském personálu, ani na typu oddělení.

ANNOTATION

Author:	Vykydalová Veronika DiS.
Institution:	DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE FACULTY OF MEDICINE, CHARLES UNIVERSITY IN HRADEC KRÁLOVÉ, DEPARTMENT OF NURSING
Title of the thesis:	Nurse's job in patient's view
Work executive:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Mgr. Eva Havlíková
Number of pages:	86
Number of appendices:	4
Year of defense:	2010
Key words:	patients' satisfaction, health/nursing care, measuring of care quality, definitions, models, terms, determinants

The bachelor's thesis is focused on level of satisfaction of hospitalized patients with quality of provided nursing care in seven chosen standard inpatient departments of Svitavy hospital, a.s.

The theoretic part is divided in two sections. The first one is intended on problems of helping professions, legislation of health professions, it describes nursing and its aims, introduces role of patient and his personality in nursing process and specifies patient's needs and their utility in nurses' job.

The second section explains the term of patient's satisfaction, describes satisfaction determinants relating with health care, approaches models of patients' satisfaction and summarizes experience with finding of patients' satisfaction here and abroad.

Empiric part analyses degree of patients' satisfaction in chosen departments of the hospital. The thesis has stated high level of patients' satisfaction with nursing care (95% satisfied patients). It found out that satisfaction of patients depends on the age of patients (older patients are more satisfied), does not depend on sex of the patient, length of hospitalization, degree of patient's dependency on nursing staff, or on type of department.

Literatura a prameny

Bibliografie:

BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno : NCONZO, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2.přeprac. a dopl. vyd. Galén: Praha, 1997. 192 s. ISBN 80-85824-54-x

IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno : NCONZO, 2006. 240 s.

JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno : NCONZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., et al. *Ošetrovatelství-učební text pro střední zdravotnické školy: 2. část chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 234 s.

TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : NCONZO, 2006. 185 s.

WHO, *Lemon 1: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1.vyd. Brno, NCONZO, 1997. 184 s

Články v odborných časopisech:

LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů, *Sestra*. 2006, ročník 16, č. 4, s. 30 - 31. ISSN 1210 - 0404.

MAREŠ, J., Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. 2009, 2, s. 59-64.

WAGNER, D., BEAR, M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of advanced nursing*. 2008, 3, s. 692 - 701.

Elektronické zdroje:

KOP hodnocení nemocnic [online]. 2010 [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>>.

Krajská zdravotní a.s., [online]. 2004 [cit. 2010-04-14]. Koncepce ošetřovatelství ČR. Dostupné z WWW: <http://www.nspm.cz/koncepce_ospece.asp>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, portál kvality [online]. 2010 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece.html>>

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů [online]. 2008-2010 [cit. 2010-04-3]. Dostupné z WWW: <www.nconzo.cz>.

Svitavská nemocnice a.s. [online]. 2005 - 2010 [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <www.nemtsy.cz>.

www.zrcadlo.blogspot.com [online]. 2008-2010 [cit. 2010-04-16]. Maslowova pyramida potřeb. Dostupné z WWW: <<http://zrcadlo.blogspot.com/2008/06/maslowova-pyramida.html>>.

Bakalářské práce:

PERLÍKOVÁ, J., *Spokojenost pacientů jako indikátor kvality ošetrovatelské péče*, 2008. 88 s. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství, Diplomová práce. Dostupná z WWW:
< http://theses.cz/id/hpa0vb/downloadPraceContent_adipIdno_10907>.

UTTENDORFSKÁ, M., *Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako jeden z ukazatelů kvality zdravotní péče*, 2008. 74 s. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství, Bakalářská práce. Dostupná z WWW:
<http://is.muni.cz/th/142548/lf_b/Bakalarska_prace.pdf>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	lůžková kapacita nemocnice	45
Tabulka č. 2	oddělení nemocnice	47
Tabulka č. 3	rozdělení podle pohlaví	47
Tabulka č. 4	rozdělení podle věku	48
Tabulka č. 5	rozdělení podle délky hospitalizace	48
Tabulka č. 6	rozdělení podle Barthelova testu	49
Tabulka č. 7	rozdělení podle věku respondentů	53
Tabulka č. 8	rozdělení podle pohlaví respondentů	55
Tabulka č. 9	rozdělení podle délky hospitalizace	57
Tabulka č. 10	rozdělení podle Barthelova testu	60
Tabulka č. 11	rozdělení podle oddělení	62

Seznam obrázků

Obrázek č. 1	Maslowova pyramida potřeb	19
Obrázek č. 2	Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	39

Seznam příloh

Příloha 1	Žádost o povolení výzkumného šetření	79
Příloha 2	Dotazník pro respondenty výzkumného šetření	81
Příloha 3	Barthelův test všedních činností	84
Příloha 4	Etický kodex práv pacientů	85

Příloha 1

MUDr. Pavel Havíř
Kollárova 7
568 25 Svitavy

Jevíčko 30.9.2009

Věc: Žádost o předběžný souhlas s výzkumem v nemocnici Svitavy a.s pro bakalářskou práci

Vážený pane řediteli,

Jsem studentkou třetího ročníku oboru všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové a zároveň i zaměstnancem Svitavské nemocnice a.s.

Cílem by bylo podrobnější zjišťování uspokojování některých bio-psycho-sociálních potřeb pacientů ve formě dotazníků s vybranými pacienty na sedmi lůžkových odděleních nemocnice Svitavy.

Dovoluji si Vám také předložit ke schválení dotazník, který bude v případě Vašeho souhlasu podkladem pro vypracování méj závěrečné práce.

Téma práce zní : **Práce sestry očima pacienta ve vybraném zdravotnickém zařízení.**

V empirické části práce jsem si zvolila tři cíle:

1. Cílem výzkumu je zmapovat spokojenost pacientů na všech lůžkových odděleních nemocnice Svitavy a.s., následné výsledky výzkumu předat vedení nemocnice a v rámci kontinuálního zvyšování kvality dát návrhy k nápravě zlepšení ošetrovatelské péče.
2. S výsledky výzkumu seznámit formou přednášky také nelékařský zdravotnický personál nemocnice a následně se snažit o odstranění chyb uvedených ve výsledcích výzkumu.
3. Podle výsledků výzkumu zavést v nemocnici pravidelný program zjišťující vývoj spokojenosti pacientů za určité období.

Zkoumané okruhy problémů:

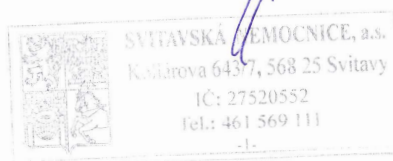
1. Informovanost pacienta s výkony, vyšetřeními a operačními zákroky
2. Zajištění soukromí, respektování studu pacienta
3. Komunikace mezi sestrou a pacientem
4. Zájem sester o pacienty a psychická podpora pacientů

S výsledky tohoto výzkumného šetření spokojenosti pacientů by byli seznámeni vedoucí zaměstnanci svitavské nemocnice a výsledky by nebyly zveřejněny bez souhlasu vedení svitavské nemocnice.

Děkuji


Veronika Vykydalová

Schválil ředitel svitavské nemocnice a.s., MUDr. Pavel Havíř



Veronika Vykydalová DiS.
Nerudova 549
569 43 Jevíčko

Příloha 2 Anonymní dotazník spokojenosti pacientů

Milé pacientky, milí pacienti!

Naše nemocnice má zájem na tom, aby se lékařská i ošetrovatelská péče zlepšovala; aby lidé – když už musí ležet v nemocnici – se zde cítili dobře. Proto se na Vás obracíme s prosbou o spolupráci. Připravili jsme jednoduchý dotazník, který se zajímá o to, jak **Vy osobně** vidíte **práci zdravotních sester**. Prosíme Vás, abyste odpovídali podle pravdy – proto jsme zvolili anonymní dotazník. Odpovídejte sami za sebe, neradte se se spolupacienty, neboť každý z nich může mít trochu jiný názor. Nás zajímá právě ten Váš.

Děkuji za vyplnění

Veronika Vykydalová - zdravotní sestra, pověřená zpracováním dotazníku

Pro rozřídění všech odpovědí potřebujeme jen čtyři obecné údaje:

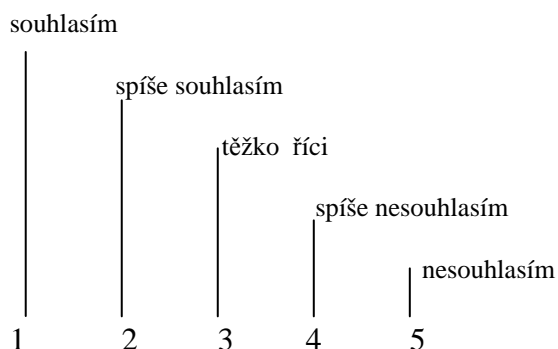
Oddělení nemocnice, kde ležíte:

Pohlaví: muž - žena

Váš věk (roky) :

Délka této hospitalizace (dny):

Zde je nabízená stupnice hodnocení („známkování“ jako ve škole):



Odpovídá se **zakroužkováním** příslušné číslice. Pokud se spletete nebo ještě změníte svou odpověď, škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí. Je možné zvolit pouze jedno číslo.

1. Sestry na tomto oddělení se mně představily.	1	2	3	4	5
2. Sestry mně dobře vysvětlily postupy a důvody různých vyšetření nebo výkonů, které jsem měl/a podstoupit. Byla tam však i sestra, která.....	1	2	3	4	5

3. Sestry byly při provádění různých výkonů (aplikace injekce, převaz, polohování) šetrné, opatrné a ohleduplné. Byla tam však i sestra, která.....	1	2	3	4	5
4. K sestrám na oddělení mám jako pacient/ka důvěru Byla tam však i sestra, která.....	1	2	3	4	5
5. Sestry na oddělení respektovaly můj stud a dokázaly zajistit soukromí při vyšetřováních nebo zákrocích.	1	2	3	4	5
6. Sestry na oddělení vytvářely atmosféru důvěry, klidu a pocitu bezpečí. Byla tam však i sestra, která.....	1	2	3	4	5
7. Sestry na oddělení se chovaly příjemně a profesionálně.	1	2	3	4	5
8. Sestry na oddělení byly ochotné odpovídat na moje otázky.	1	2	3	4	5
9. Pokud jsem položil/a sestře pro mě důležitou otázku, tak jsem dostal/a srozumitelnou odpověď? Byla tam však i sestra, která.....	1	2	3	4	5
10. Sestry mě po dobu mé hospitalizace dokázaly psychicky podpořit.	1	2	3	4	5
11. Sestry mně nepodávaly navzájem protichůdné informace.	1	2	3	4	5
12. Sestry přede mnou nemluvily o svém soukromí.	1	2	3	4	5
13. Sestry se samy zajímaly o to, zda mě něco nebolí.	1	2	3	4	5
14. Pokud bych byl/a znovu hospitalizován/a, nechal/a bych se ošetřovat stejným týmem sester jako za současné hospitalizace.	1	2	3	4	5

Možná, že jsme se zapomněli na něco důležitého zeptat. Pokud chcete, **napište nám to sem:**

Na chování **některých** sester mně osobně vadilo:

Na chování sester velmi oceňuji :

Sestrám na tomto oddělení bych vzkázal/a :

Příloha 3 Barthelův test všedních činností

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha 4 Etický kodex práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou a odbornou zdravotnickou péči, prováděnou s porozuměním kvalifikovanými odborníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto soby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné, jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen (Haškovcová, 1997)