

**UNIVERZITA KARLOVA**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetrovatelství

Michaela Drábová

**Mínění sester o zdravotnickém systému v ČR**

**Bakalářská práce**

Praha 2017

Autor práce: Michaela Drábová

Vedoucí práce: PhDr. Jirkovský, Ph.D., MBA,

Oponent práce: Mgr. Zlatice Dorková, Ph.D.

Datum obhajoby: 6. 6. 2017

## **Bibliografický záznam**

DRÁBOVÁ, Michaela. Mínění sester o zdravotnickém systému v ČR. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2017. 74 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Daniel Jirkovský.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce „Mínění sester o zdravotnickém systému v ČR“ řeší aktuální problémy související s úvahami o změnách organizace a řízení zdravotnictví v ČR. Záměrem práce bylo přinést pohled sester na stávající zdravotnický systém. Sestry patří k nejpočetnější skupině zdravotnických pracovníků a jejich názory na zdravotnický systém jsou důležité pro poskytování kvalitní zdravotní péče. V teoretické části práce je věnována pozornost zdravotnickému systému a jeho jednotlivým složkám (pacient, poskytovatel a plátce) a popisem jejich rolí, role sestry, role pacienta, role poskytovatele zdravotní péče a role plátce zdravotní péče. Empirická část obsahuje vlastní šetření a prezentaci výsledků. Jedním z cílů bylo také porovnat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných výzkumů Sociologického ústavu AV.

## **Abstract**

Bachelor thesis of „Opinion about health system nurses in the Czech Republic" addresses the current issues related to the changes in the Organization and management of health care in the Czech Republic. The aim of the work was to bring the view of nurses on the existing health care system. The sisters belong to the largest group of health care workers and their views on the health care system are important for the provision of quality health care. In the theoretical part of the thesis is devoted to the attention of the health care system and its constituents (the patient, provider, and the payer) and a description of their roles, the role of the sisters, the role of the patient, health care provider roles and role of payer of health care. The empirical part contains its own investigation and presentation of the results. One of the objectives was to also compare the results with the results of own investigations previously realized researches of Sociological Institute AV.

## **Klíčová slova**

Zdravotnický systém, zdravotnictví, veřejné zdravotnictví, zdravotní politika, zdravotní péče, veřejné zdravotní pojištění

## **Keywords**

Healthcare system, health, public health, health policy, healthcare, public health insurance

# Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Michaela Drábová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Mínění sester o zdravotnickém systému v ČR**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

ŘEHULKA, Evžen (ed.). Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem: škola a zdraví pro 21. století, 2011. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5533-9.  
DOLANSKÝ, Hynek. Veřejné zdravotnictví. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství, 2008. ISBN 978-80-7248-494-2.  
STREJČKOVÁ, Alice. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-943-0.  
NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.  
HNILICOVÁ, Helena. Veřejné zdravotnictví včera a dnes: stručný nástin historie a novodobých peripetií oboru. Zdravotnictví v České republice, 2007, roč. 10, č. 4, s. 140-144. ISSN: 1213-6050.  
SVOBODOVÁ, D. Quality and safety management in the concept of the healthcare system in the Czech Republic. Progress in Health Sciences [online]. 2013, 3(1), 111-118 [cit. 2016-03-16]. ISSN 20831617.

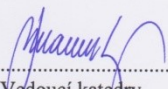
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **Mgr. Dorková Zlatica, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 4.5.2016

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

  
.....  
Děkan

V Praze dne 5.5.2016

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
2. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5  
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 21. 04. 2017

Michaela Drábová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala všeobecným sestřám ONK, které se účastnily mého výzkumného šetření a věnovaly mi svůj čas. Také velice děkuji PhDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA za podněty, cenné rady a trpělivé vedení mé bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala za podporu své rodině.



# OBSAH

<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>4</b>
<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
1.1 CÍLE PRÁCE .....	12
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
2.1 ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM.....	14
2.1.1 Vývoj zdravotnického systému v ČR .....	16
2.1.2 Typy zdravotnických systémů .....	18
2.1.3 Základní modely zdravotnických systémů.....	19
2.1.4 Zdravotnictví .....	21
2.1.5 Veřejné zdravotnictví.....	22
2.1.6 Zdravotní politika .....	23
2.1.7 Determinanty zdraví .....	25
2.1.8 Role sestry ve zdravotnickém systému .....	26
2.1.9 Role pacienta ve zdravotnickém systému .....	29
2.1.10 Role poskytovatele zdravotní péče ve zdravotnickém systému .....	31
2.1.11 Role plátce zdravotní péče ve zdravotnickém systému.....	34
<b>3 EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>36</b>
3.1 CÍLE A HYPOTÉZY.....	36
3.2 METODIKA ŠETŘENÍ .....	37
3.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	38
3.3.1 Organizace šetření .....	38
3.3.2 Zpracování dat .....	38
3.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	40
3.5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ .....	44
3.5.1 Analýza uzavřených výběrových položek .....	44
3.5.2 Analýza otevřených položek.....	51
3.6 DISKUSE.....	53
3.6.1 Diskuse k výsledkům vlastního šetření.....	53
3.6.2 Komparace výsledků s CVVM.....	60
<b>4 ZÁVĚR.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>74</b>

**SEZNAM ZKRATEK**

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AV ČR	Akademie věd České republiky
CVVM	Centrum pro výzkum veřejného mínění
H	Hypotéza
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
n	absolutní četnost
NHS	National Health Service
ONK	Oblastní nemocnice Kladno
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
SZO	Světová zdravotnická organizace
VZ	Veřejné zdravotnictví
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
ZS	Zdravotnický systém

# 1 ÚVOD

*„Pokud neděláme v našem ošetrovatelství každý rok, každý měsíc a každý týden pokroky, zaručuji vám, že se vrátíme zpět.“*

Florence Nightingale

Tématem bakalářské práce je mínění sester o zdravotnickém systému v ČR. Výše uvedené téma jsem zvolila v souvislosti s prohlubováním své kvalifikace na vysoké škole. Udržení odpovídající kvality a potřebného rozsahu komplexní ošetrovatelské péče je podmíněno zajištěním soustavného vzdělávání a podmínek pro získávání odpovídající praxe kvalifikovaného odborného personálu a také kontinuálním rozvojem technologického a fyzického zázemí v souladu se soudobými poznatky vědy. Zdravotnický systém je společenský systém, který se týká všech občanů ČR, ať už v roli pacienta příjemce zdravotní péče, nebo jako poskytovatele zdravotnické služby.

Téma své bakalářské práce Mínění sester o zdravotnickém systému v ČR jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku. Je mi blízká vzhledem k tomu, že ve zdravotnictví pracuji už patnáct let. Začínala jsem jako porodní asistentka, nyní působím jako peripoperační sestra. Během svého působení ve zdravotnictví jsem sledovala názory sester na zdravotnický systém, které se velice různily. Problematika zdravotnického systému je pro sestry aktuálním tématem. Jako poskytovatelky zdravotní péče jsou jeho přímou účastnicí. Na zdravotnickém pracovišti se často řeší různé otázky ohledně zdravotnictví, nejčastěji finanční ohodnocení sester a lékařů, přetěžování zdravotnického personálu, poskytování kvalitní a bezpečné péče, dostupnost zdravotní péče, poskytování informací pacientovi, kompetence sester a vzdělání sester.

Vzdělání sester, tedy jak příprava na povolání zdravotní sestry, tak průběžné vzdělávání a registrace sester, která by měla zvyšovat průběžně kvalifikaci, je momentálně velice aktuální problém. Názory sester jsou velice odlišné. Zaznamenala jsem, že úzce souvisí se stupněm vzdělání. Vysokoškolsky vzdělané sestry většinou souhlasí, aby příprava sester probíhala v rámci vysokoškolského systému. Teoretická část porovnává jednotlivé zdravotnické systémy, kdy sestry hodnotí jejich výhody a

nevýhody. Sestry často hodnotí zdravotnický systém i z pohledu pacienta, kdy se ony samy, nebo jejich rodina ocitá v roli pacienta. Jako sestra jsem se přímo účastnila diskusí o výše zmiňované problematice, a to významně ovlivnilo výběr tématu bakalářské práce.

Záměrem mé práce je přinést základní informace o zdravotnickém systému a zmapovat informace o mínění sester na zdravotnický systém a porovnat ho s názorem populace. K dosažení mého záměru mi pomohl Sociologický ústav AV ČR, který se zabývá studiem společnosti a organizuje výzkumné šetření. Centrum pro výzkum veřejného mínění, dále jen CVVM, je součástí Sociologického ústavu a provádí pravidelné šetření společnosti se zaměřením na zdravotnictví a zdravotní péči. Toto pravidelné šetření mi bylo zdrojem informací pro tvorbu mého dotazníku a zároveň použiji výsledky šetření výzkumu k porovnávání s výsledky mého dotazníku, které bude součástí mé empirické části práce. V teoretické části bych ráda přiblížila jednotlivé oblasti zdravotnického systému, v zásadní míře založené na etických hodnotách. Průzkumné šetření bylo zaměřeno na zdravotnický systém v ČR a mapování jednotlivých identifikátorů kvalifikace pracovníků na všech stupních řízení zdravotnického zařízení a účinné stimulační opatření spočívající ve schopnosti rychle se adaptovat na nejrůznější potřeby pacientů. Empirická část mé bakalářské práce je podrobné zpracování a vyhodnocení dotazníkového šetření s ohledem na potřeby v oblasti řízení, vedení a postavení definovaných systémů rozsahu a kvality poptávky po zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb z pohledu poskytování zdravotní péče a souvisejících služeb pro příjemce zdravotní péče.

## 1.1 Cíle práce

1. Přinést základní přehled informací o řešené problematice z dříve publikovaných literárních, časopiseckých zdrojů a studií.
2. Sestavit cílové skupiny sester a zadat dotazník k zjištění jejich mínění na zdravotnický systém v České republice.
3. Zjištěná data roztřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu.
4. Komparovat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma.

5. Zobecnit výsledky vlastního šetření a navrhnout změny v oblasti pregraduálního vzdělávání sester, případně specializačního vzdělávání vztahující se k výuce problematiky zdravotnického systému a organizace zdravotnických služeb v ČR.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce bude věnována pozornost zdravotnickému systému a jeho jednotlivým složkám (pacient, poskytovatel a plátce) a popisem jejich rolí - role sestry, role pacienta, role poskytovatele zdravotní péče a role plátce zdravotní péče. Obsahuje popis vývoje zdravotnického systému v ČR a principy jednotlivých zdravotnických systémů fungujících ve vyspělých ekonomických zemích. Se zdravotnickým systémem se pojí termíny zdravotnictví, veřejné zdravotnictví, zdravotní politika, které spolu úzce souvisí. Dále budou vysvětleny významy jednotlivých termínů zdravotnictví, veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky a jejich vztahy.

### 2.1 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém (makrosystém neboli soustava) je celek, který je složen z určitých částí. Jednotlivé části jsou propojeny a vzájemně na sebe působí. Zdravotnický systém je specifický systém zabývající se zdravotní péčí obyvatelstva. Pustelník definuje zdravotnický systém jako *„odvětví národního hospodářství, které produkuje zdravotnické služby, je subsystémem systému péče o zdraví a představuje soustavu zdravotnických zařízení a institucí pro poskytování zdravotní péče“*. (Pustelník, 2003, s. 6)

Zdravotní péče zajišťuje zdraví celé společnosti a podle Světové zdravotnické organizace ovlivňuje zdraví obyvatelstva z dvaceti procent, ze zbývajících osmdesáti procent je ovlivněno životním stylem, životním prostředím, škodlivými návyky a biologickými vlivy. Všechny tyto vlivy, které působí na zdravotní stav obyvatelstva, nazýváme determinanty zdraví. (Strejčková Alice et al, 2007) Janečková definuje zdraví jako *„Péči o zdraví představuje v moderní společnosti komplexní sociální systém, v rámci kterého jsou poskytovány zdravotnické služby, je zajišťována ochrana zdraví občanů a prevence vzniku nemoci“*. (Janečková, 2009 s. 82)

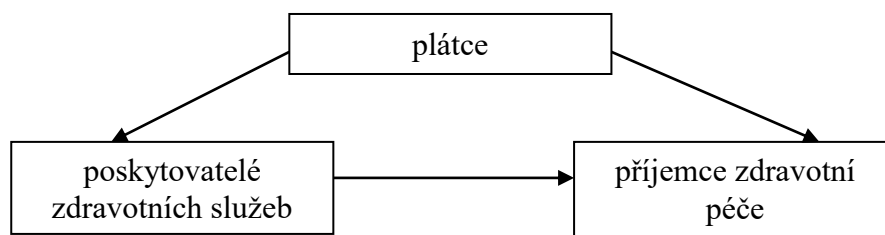
Zdravotnický systém zajišťuje organizaci poskytování zdravotnické péče, soubor opatření určité země, kterým je poskytována zdravotní péče v dané zemi. Zdravotnickým systémem se zabývá Veřejné zdravotnictví. Veřejné zdravotnictví jako multidisciplinární obor vychází z teoretických poznatků sociálního lékařství a těchto poznatků využívá k organizaci řízení a financování zdravotní péče, na ochranu zdraví, podporu zdraví, k zjištění příčin nemoci a způsobům její léčby. Poskytování zdravotních

služeb a jejich řízení je úzce spjato s legislativou a ekonomikou státu. Hlavním cílem veřejného zdravotnictví, nebo lze také použít termínu péče o veřejné zdraví, je péče o zdraví jedince i celé společnosti a dosažení co nejvyšší kvality zdraví a kvality života obyvatelstva. Tohoto cíle lze dosáhnout na základě vhodného zdravotnického systému, který zahrnuje poskytování zdravotnických služeb, předcházení nemocem a zachování zdraví. Veřejné zdravotnictví jako multidisciplinární obor využívá k realizaci péče o veřejné zdraví teoretických poznatků sociálního lékařství, epidemiologie, hygieny, ekonomie, managementu, demografie, vědy a techniky. (Dolanský, 2008, s. 12-13)

Zdravotnický systém je složen ze tří prvků, které jsou navzájem propojeny:

- 1. Pacient (příjemce zdravotní péče)**
- 2. Poskytovatel (lékaři a zdravotnická zařízení)**
- 3. Plátce (zajišťuje platbu poskytované zdravotní péče)**

**Obr. č. 1: Zdravotnický systém**



Stát reguluje tento systém prostřednictvím legislativy a má právo vstoupit do vztahu mezi subjekty (plátce, poskytovatele a pacienti), zasahuje do systému kontrolními aktivitami, přispívá platbami ze státního rozpočtu, dohlíží na činnost zdravotních pojišťoven. Z hlediska systému popisuje Gladkij (2002) zdravotnický systém z různých pohledů.

- Hledisko národohospodářské - zdravotnictví je chápáno jako jedno z odvětví národního hospodářství a produkuje zdravotnické služby.
- Hledisko organizačně - institucionální - podle tohoto hlediska je zdravotnický systém soustavou zdravotnických zařízení a institucí, jejichž cílem je poskytovat zdravotní péči. Zdravotnická péče je péčí o zdraví poskytovaná zdravotnickými pracovníky a zahrnuje diagnostickou péči, léčebnou péči včetně rehabilitační,

ošetřovatelskou péčí, lázeňskou péčí, před nemocniční neodkladnou péčí, domácí péčí, preventivní péčí, dispenzární péčí a pracovně lékařskou péčí.

- Hledisko funkční - zdravotnický systém je chápán jako subsystém systému péče o zdraví. Systémem péče o zdraví rozumíme veškeré aktivity, které vykonává společnost k prevenci a léčbě nemocí, snaha zachovat a rozvíjet fyzické a duševní schopnosti jedince, prodloužit život a zabezpečit zdravý vývoj nové generace. (Gladkij, 2002, s. 13)

Zdravotnictví jako součást společenského systému je charakterizováno organizovaným úsilím společnosti chránit zdraví obyvatelstva. Zdraví člověka není ovlivněno jím samotným, ale je ovlivněno sociálním postavením, dostupností zdravotní péče, zdrojem financování a postojem společnosti k nemoci a ochraně zdraví.

### **2.1.1 Vývoj zdravotnického systému v ČR**

K vytvoření zdravotnických systémů a rozvoji péče o zdraví občanů dochází v 19. a 20. století. Jednotlivé zdravotnické systémy se od sebe liší mírou poskytované péče, kvalitou, dostupností, přijatelností pro obyvatelstvo a její efektivností. *“Péče o zdraví představuje v moderní společnosti komplexní sociální systém, v rámci kterého jsou poskytovány zdravotnické služby, zajišťována ochrana zdraví a prevence vzniku nemocí.”* (Janečková, 2009, s. 82)

První model zdravotnického systému v ČR byl převzat z dob Rakouska-Uherska, kdy byl přijat zákon o nemocenském a úrazovém pojištění z roku 1888. Vzorem byl německý bismarckovský model. Tento systém nebyl dostačující, protože se týkal jen živnostníků a zaměstnanců v dolech, továrnách a železnicích, ale nezahrnoval pracovníky zemědělství, lesnictví, služebné a ostatní. To vedlo ke snaze reformovat zdravotnický systém během druhé světové války. Na reformách zdravotnického systému pracovaly jak obě exilové vlády, tak i skupina levicově orientovaných lékařů. Po druhé světové válce byla navržena nová reforma zdravotnictví - Nedvědův plán, jehož cílem bylo vytvořit sociálně-zdravotní systém, který by zajistil dostupnost a rovnost zdravotní péče. Základním principem byla centrální orientace zdravotnictví a právo každého občana na kvalitní lékařskou a preventivní péči. (Janečková, 2009, s. 120)

V roce 1948 bylo podle zákona č.99/48 Sb., o národním pojištění sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění do jednoho povinného systému. Jednalo se o systém okresních národních pojišťoven, které byly spravovány Ústřední národní pojišťovnou.



Nárok na hrazenou zdravotnickou péči ve stanoveném rozsahu měl pojištěnec, nepojištěné osoby ošetření a léčbu hradily přímou úhradou. (Gladkij, 2003 s. 33)

V padesátých letech došlo ke zrušení systému národního pojištění a po vzoru sovětů zaveden Semeškův model, kdy veškerou zodpovědnost za poskytování, řízení a kontrolu zdravotní péče převzal stát (Ministerstvo zdravotnictví). Zdravotnická zařízení, zdravotnický průmysl a distribuce léčiv byla zestátněna. Systém zahrnoval povinná opatření v oblastech hygieny a epidemiologie, očkování a preventivních prohlídek. Nejprve došlo ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, ale v šedesátých letech nastala stagnace ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Příčinou byl výskyt civilizačních onemocnění, zvláště kardiovaskulárních a onkologických chorob. Stávající systém nebyl dostačující při řešení nových problémů. Další problémy byly v oblasti technologické, financování zdravotnictví a také chyběly moderní léky. To vedlo ke kritice stávajícího stavu a nutnosti změny zdravotnického systému a zdravotní politiky.

V roce 1989, po politickém převratu, se začalo pracovat na reformě zdravotnictví. Byl ustanoven tým, který zkoumal zdravotnickou péči, kterou zajišťoval Ústav národního zdraví. Navržený tým vypracoval „Návod reformy péče o zdraví“. Součástí změn bylo zlepšit efektivnost zdravotní péče, privatizace (zvláště ambulantní péče), lékárenství a technické oblasti. Výsledkem bylo zavedení nového zdravotnického systému – povinně veřejného zdravotního pojištění. Na základě tohoto dokumentu vláda zavedla reformy zdravotní péče. V roce 1990 byly zrušeny Krajské ústavy národního zdraví, dále okresní ústavy národního zdraví a zdravotnická zařízení byla transformována na samostatná zařízení s právní subjektivitou. Gladkij (2003) uvádí jako zásadní důvod pro zavedení veřejného zdravotního pojištění motivovat poskytovatele zdravotní péče ke kvalitnější a efektivnější péči. Klade důraz na zachování solidarity. (Gladkij et al, 2003, s. 35) Zdravotnická zařízení byla odstátněna a byl vytvořen prostor pro pluralitní vlastnickou formu. V roce 1991 byl přijat zákon o veřejném zdravotním pojištění a v roce 1992 byla zahájena činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny a později dalších zdravotních pojišťoven. Postupně docházelo k privatizaci zdravotnických zařízení, nákupu technologického vybavení, které výrazně zlepšovalo zdravotní péči. Financování zdravotní péče nebylo optimální a výdaje na zdravotnictví narůstaly, a to vedlo k nové reformě zdravotnického systému. Byl vydán nový zákon o veřejném zdravotním pojištění č.48/1997 Sb. Obsahem zákona je úprava podmínek poskytování bezplatné zdravotní péče, rozdělení financování nemocnic a ambulantních služeb, zavedení dohodovacího řízení o výši úhrad za poskytovanou péči, výběrová

řízení na poskytování zdravotní péče a jiná pravidla regulující zdravotnický systém. (Janečková, 2009)

Ošetrovatelská činnost, která zahrnuje péči o nemocné a uspokojování jejich základních potřeb, v historii nejprve nebyla zajišťována sestrami. Tato činnost se vyvíjela postupně, byla charitativního a laického rázu. Péče byla poskytována v rámci klášterů, kde postupně vznikaly špitály. Na budování klášterů a špitálů se podílely panovnické rody a později šlechta Papež Řehoř Veliký v roce 817 uložil klášterům za povinnost starat se o nemocné, postižené a chudé. Diakonky byly řádové sestry, které v 18 století zajišťovaly charitativní ošetrovatelskou činnost, na organizaci jejich činnosti se podílel německý pastor Theodor Fliedner. Diakonky byly na ošetrovatelskou činnost vyškoleny a pod vedením lékařů absolvovaly teoretickou a praktickou přípravu, skládaly zkoušku z farmakologie. Diakonky se staraly o nemocné ve špitálech, ale také za pacienty docházely domů. Během válek bylo zraněno velké množství lidí, a to vedlo k rozvoji válečného ošetrovatelství. Vznikaly první nemocnice, kde se organizovala ošetrovatelská péče.

Plevová uvádí, že ošetrovatelské tradice jsou velkou mírou ovlivněny vojenským ošetrovatelstvím. Významně se také na rozvoji ošetrovatelství podílela Florenc Nightingaleová, která založila první necírkevní ošetrovatelskou školu na světě v roce 1860 při nemocnici sv. Tomáše. Na základě svých bohatých zkušeností na ošetrovatelském poli vydala několik publikací například „Zápisky o ošetrovatelství“. (Plevová, 2011, s. 15 - 29)

### ***2.1.2 Typy zdravotnických systémů***

Do konce druhé světové války neexistoval v celém světě funkční a komplexní zdravotnický systém. Důsledkem války došlo k vzniku zdravotnických systémů, které byly ovlivněny zdravotní potřebou obyvatelstva. Na tvorbu zdravotnických systémů mělo vliv mnoho činitelů rozvoj medicínských věd, změny socioekonomického prostředí, vlivy ideologické a politické, vědecko-technický pokrok a kulturní vývoj. Na základě těchto protikladně působících vlivů vznikly čtyři základní typy zdravotnických systémů v ekonomicky vyspělých zemích. Všechny tyto modely zdravotnických systémů existují dodnes kromě modelu socialistického. Každý zdravotnický systém je tvořen těmito činiteli:

1. Zdravotní politika státu, tedy strategie cíle státu v oblasti ochrany zdraví a rozvíjení zdraví.

2. Metoda zajištění dostupnosti zdravotnické základní péče pro občany.
3. Metoda financování zdravotní péče.
4. Řešení vztahů mezi jednotlivými účastníky procesu poskytování zdravotní péče – plátcem zdravotní péče, poskytovatelem zdravotní péče, občany.
5. Státní podíl na účasti vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení.

Neexistuje ideální zdravotnický systém. Každý zdravotnický systém má své přednosti a nedostatky. Jednotlivá realizace zdravotnických modelů je modifikována v jednotlivých zemích. (Gladkij et al, 2003, s. 27)

### **2.1.3 Základní modely zdravotnických systémů**

Základem každého modelu zdravotnického systému jsou tři elementární prvky (základní subjekty). Pacient jako příjemce zdravotní péče, poskytovatel zdravotní péče (lékaři a zdravotnická zařízení) a plátec (ten, kdo zdravotní péči hradí). Stát reguluje tento systém prostřednictvím legislativy a má právo vstoupit do vztahu mezi subjekty (plátcem, poskytovatelem a pacienty), zasahuje do systému kontrolními aktivitami, přispívá platbami ze státního rozpočtu a dohlíží na činnost zdravotních pojišťoven.

- Národní zdravotní pojištění - bismarckovský model.
- Státní zdravotnictví.
- Liberálně, tržně orientovaný model zdravotnictví USA.
- Smíšené zdravotnické systémy.

#### **Národní zdravotní pojištění-bismarckovský model**

**Bismarckovský model** patří mezi nejstarší zdravotnický systém, který vznikl v Německu. Jeho zakladatelem byl německý kancléř Otto von Bismarck. Národní zdravotnický systém je založen na veřejném (povinném) zdravotním pojištění. Každý občan povinně odvádí finanční příspěvek do fondu zdravotních pojišťoven. Pojišťovny jsou veřejnoprávní subjekty neziskového charakteru. Pojišťovny pak proplácejí zdravotnickým institucím a lékařům poskytnutou péči na základě uzavřené smlouvy. Principem systému je solidarita. Finanční prostředky z fondu jsou použity dle potřeb poskytnuté péče. Systém nyní funguje hlavně v západních zemích Evropy. Model se kromě Německa uplatňuje v Rakousku, Belgii, Švýcarsku, Nizozemsku a Francii. V České republice národní zdravotní pojištění fungovalo před druhou světovou válkou a v roce 1992 bylo opět zavedeno.

## **Státní zdravotnictví**

Státní zdravotnictví existuje ve dvou formách - model Beveridgův a socialistický model Semaškův. Odlišnosti obou modelů jsou dány politickými a ekonomickými podmínkami země, ve které je nebo byl model používán. Státní zdravotnictví je financováno z daní obyvatelstva prostřednictvím státního rozpočtu. Základním principem státní zdravotní služby je dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům. Zdravotní péče je garantovaná pro veškeré obyvatelstvo.

**Beveridgův model** je systémem sociálního zabezpečení a zajištění zdravotní péče ve Velké Británii. Autorem byl významný britský ekonom a sociální reformátor W. H. Beveridge. V roce 1948 byla ve Velké Británii zákonem ustanovena Národní zdravotní služba (National Health Service, NHS). Různě modifikované systémy se uplatňují v Evropských zemích, jako Řecko, Španělsko, Irsko, Itálie, Portugalsko, Skandinávie a dále v Kanadě, Austrálii a na Novém Zélandě.

**Semaškův model** byl pojmenován po lidovém komisaři pro zdravotnictví v sovětském Rusku N. A. Semaškovi. Semaško byl prvním profesorem sociální hygieny na Moskevské státní univerzitě a spolupodílel se na tvorbě jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví. V tomto systému neexistovaly soukromé zdravotnické služby. Centrálně řízené státní zdravotnictví bylo zavedeno a používáno ve všech zemích střední a východní Evropy po druhé světové válce. U nás, v bývalém Československu, fungoval jako „socialistické zdravotnictví“. Politickými změnami v osmdesátých letech 20. století dochází k postupným změnám ve zdravotnictví a centrálně řízené státní zdravotnictví přestává fungovat. (Janečková, 2009, s. 89 -116)

## **Liberálně tržní**

Liberální, tržně orientovaný model zdravotnictví USA. Principem tržního zdravotnictví je volný trh, kdy je zdravotní péče považována za zboží s tržní cenou. Poskytovaná zdravotní péče je ponechána trhu, nabídce a poptávce. Spojené státy americké patří mezi jednu z mála rozvinutých zemí, která nemá vytvořen zdravotnický systém, který by zajišťoval dostupnou zdravotní péči pro celou populaci a zdraví je chápáno jako individuální odpovědnost každého jedince. Ve zdravotnictví převažuje vliv soukromého sektoru. Financování zdravotnictví je založeno na soukromém zdravotním pojištění a veřejných zdravotních programech. Veřejné zdravotní programy jsou financovány z federálních zdrojů a z daní jednotlivých států unie. Veřejné

programy např. Medicare, Medicaid a Veterans Health Administration poskytují zdravotní péči pro určitou část obyvatelstva. Patří sem chudé obyvatelstvo, senioři, vojáci, těhotné ženy a ženy vyživující nezletilé děti. Většina ostatních ekonomicky aktivních obyvatel je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven a to buď samostatně, nebo v rámci sociálních programů, které jim nabízí jejich zaměstnavatel. Zaměstnavatelé pojišťují své zaměstnance i s rodinnými příslušníky a činí tak, přestože jim to neukládá žádný zákon. Velká část amerického obyvatelstva není pojištěna. Nepojištěno zůstává okolo 17 % obyvatelstva do 64 let. Mezi nepojištěné osoby patří hlavně chudí lidé a mladí lidé do 25 let. Nepojištěná populace je největším problémem amerického zdravotnictví. (Janečková, 2009, s. 89 -116)

#### **2.1.4 Zdravotnictví**

V České republice má každý občan garantovanou zdravotní péči podle Listiny základních práv a svobod, která je ukotvena v Ústavě ČR. Listina základních práv a svobod v článku 31 praví „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ (Listiny základních práv a svobod - Zákon č. 2/1993 sb.) Tento zákon je zajištěn v ČR systémem zdravotní péče. Úlohou státu je zajistit péči o zdraví a vytvořit fungující koncepci zdravotní péče. Koncepce zdravotní péče je realizována zdravotní politikou. Zdravotnictví je soubor odborných činností, zařízení a opatření, které zajišťuje péči o zdraví lidu. Jedná se o zdravotní činnosti a instituce vytvořené k péči o zdraví. Péči o zdraví se rozumí činnosti celé společnosti, jejímž cílem je upevňovat, chránit a navracet zdraví, snižovat následky nemoci prodlužovat život a zajistit zdravý vývoj společnosti, přičemž všechny tyto cíle se snaží zajistit zdravotnictví. (Dolanský, 2008, s. 91-95)

Zdravotnictví je součástí společenského systému, který zahrnuje soustavu odborných institucí, zařízení, orgánů a pracovníků zajišťující zdravotnickou činnost, jejímž cílem je poskytovat zdravotní péči, která zahrnuje obnovu, zachování a podporu zdraví. Tento systém je složen z řady subsystémů. Dolanský (2008) definuje systém „Zdravotnictví představuje souhrn všech činností, které slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva. Zahrnuje orgány a instituce (např. ministerstva zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, zdravotní referáty okresních úřadů apod.), organizace a společnosti (např. Lékařská komora, odborné lékařské společnosti), zdravotnické zařízení (např. nemocnice, odborné léčebné ústavy, ambulantní zařízení),

*pracovníky ve zdravotnictví (např. lékaře, zdravotní sestry, laboranty) a činnost, tj. služby (např. léčebně preventivní péče, hygienická služba, výchova ke zdraví, lékárenská služba). Zahrnuje i další činnosti (např. zdravotnické školství, vědecký výzkum).*“ (Dolanský, 2008, s. 92)

### **2.1.5 Veřejné zdravotnictví**

Organizací zdravotní péče v ČR se zabývá veřejné zdravotnictví. Jako vědní obor vychází veřejné zdravotnictví ze sociálního lékařství a využívá jeho teoretických poznatků. Sociální lékařství je interdisciplinární, medicínský a vědní obor, který se zabývá péčí o zdraví společnosti a zdravím populace. Jeho cílem je optimalizace systému péče o zdraví. Hodnotí zdravotní situaci ve společnosti, studuje zdravotní stav obyvatelstva a péči o zdraví. Zkoumá vliv sociálních faktorů na zdraví obyvatelstva a sociální důsledky nemoci. Navrhuje vytvoření zdravého životního stylu a opatření cílená na ochranu zdraví. Veřejné zdravotnictví jako obor vycházející ze sociálního lékařství využívá i poznatků z oborů hygieny, epidemiologie, zdravotnického managementu, ekonomiky, demografie a sociologie s cílem zajistit řízení, organizaci a financování zdravotní péče. Dále se orientuje na ochranu a podporu zdraví. (Dolanský, 2008, s. 12 – 14)

Podle Bártové (2002) je cílem sociálního lékařství zjistit působení sociálních vlivů na zdraví jedince a na vznik nemoci. Definice podle Bártlové zní *„je to vědecká disciplína, jež užívá teorie a metody empirické sociologie za účelem rozboru fenoménů: zdraví a nemoci, stejně jako k analýze vztahů zdravotnické zařízení a zdravotnické povolání v interakci s pacientem“* (Bártlová, 2002, s. 14). Sociální status jedince úzce souvisí se vznikem nemoci a sociologie zkoumá sociální příčiny onemocnění a snaží se pochopit sociální jednání lidí během prožívání nemoci. (Bártlová, 2002, s. 14-17)

Moderní veřejné zdravotnictví je zaměřeno na zdraví obyvatelstva v jeho nejširším slova smyslu s cílem využít a rozvíjet celkový zdravotní potenciál. Zabývá se uspokojováním zdravotních potřeb celého obyvatelstva a věnuje se nerovnostem ve zdraví ve společenských skupinách. Zdravotnická péče by měla být organizována s ohledem na kvalitu a hospodárnost. Mezi významné osobnosti veřejného zdravotnictví patřil profesor veřejného zdravotnictví na Yaleově Univerzitě C. E. A. Winslow, který definoval veřejné zdravotnictví jako *„umění a vědu o předcházení nemocem, prodlužování života, posilování zdraví a výkonnost, pomocí organizovaného úsilí*

*komunity, které spočívá v ochraně životního prostředí, kontrole přenosných nemocí, výchově lidí ke zdraví, organizování lékařských a ošetrovatelských služeb, zajištění včasné diagnostiky a preventivní léčby a rozvoji společenských mechanismů, které umožní každému členu komunity dosažení životní úrovně potřebné k udržení zdraví“.* (cit. dle Kříž, 2007, s. 6; viz. též Janečková, 2009, s. 12-13; Detels et al, 2006, s. 49)

Tematické okruhy zahrnující veřejné zdravotnictví, rozdělené podle Janečkové (2009) :

1. Teorie zdraví a nemoci - zabývá se pojmem zdraví a nemoci, determinanty zdraví, studuje zdravotní stav obyvatelstva
2. Procesy poskytování péče o zdraví - zahrnuje zdravotnické systémy, strukturu zdravotnických zařízení, poskytování zdravotnických služeb, dostupnost zdravotní péče a zdravotnické profese.
3. Zdravotní politiku a řízení zdravotnictví - oblast zahrnující zdravotnickou legislativu, financování zdravotnictví, systém vzdělávání zdravotnických pracovníků, management ve zdravotnictví, zdravotnické informační systémy (Janečková, 2009, s. 15-16)

### **2.1.6 Zdravotní politika**

Politika (z řeckého polis- město, politiké-techné - správa obce). Politika je výrazem snahy dosáhnout určitého cíle, záležitosti. Označuje proces a metodu určité společenské skupiny k dosažení určitého žádoucího stavu nebo záležitostí, které se může týkat uspořádání státu, ekonomiky nebo sociálních věcí. Politika se zabývá problémy určité společenské skupiny (např. státu), které pak zahrnuje rozhodnutí a realizaci daného cíle.

Podle Gladkije a Strnada (2002) je politický systém citován jako politický postup společnosti zahrnující přesvědčování, vyjednávání a dosažení určitého rozhodnutí. Věda zabývající se politikou se nazývá politologie a zkoumá politické jevy a procesy. Jednotlivé oblasti politiky můžeme rozdělit z hlediska obsahového zaměření. Každá země má určité oblasti politiky, ke kterým náleží mezinárodní, ekonomická, sociální, právní, školská, kulturní a zdravotní politika. Politický systém je chápán jako množina institucí, jejímž prostřednictvím se realizují zájmy a cíle státní politiky. Definice politického systému zní: „*Množina institucí, činností a právních norem, sloužících k různým fyzickým a právním subjektům, jakož i neformálním zájmovým skupinám k získání moci a jejím prostřednictvím k uplatnění vlivů a k prosazení*

*ideologických, ekonomických, sociálních i jiných zájmů a cílů“.* (Gladkij, Strnad, 2002, s. 4)

Zdravotní politika je souhrnem politických aktivit ovlivňujících zdraví společnosti. Je zaměřena na poskytování zdravotní péče a na osobní, environmentální a socioekonomický vliv na zdraví. Prostřednictvím zdravotní politiky stát realizuje péči o zdraví. Součástí programů politických stran je zdravotní politika, která se promítá do rozhodování a koncipování zdravotní péče. První známky zdravotní politiky u nás lze objevit v období středověku a týkaly se sanitárních opatření. Největší vývoj zdravotní politiky nastal po druhé světové válce a je spjat s tíživou zdravotní situací poválečného období. Rozvoj úzce souvisel s růstem výdajů na zdravotnictví a medicínskou technologií. Zdravotní péče se rozšiřuje a dochází k zvýšení výdajů za zdravotní péči, objevují se nové zdravotnické problémy - civilizační onemocnění (nárůst kardiovaskulárních chorob, zhoubné nádory, výskyt infekčního onemocnění AIDS, drogové závislosti a psychické poruchy). Zdravotnické problémy a zajištění dostatečné a kvalitní péče se stalo závažným politickým problémem a začalo být řešeno v nadnárodním měřítku. Hlavním koordinátorem zdravotnické oblasti se stala Světová zdravotnická organizace (WHO). Světová zdravotnická organizace definovala zdravotní politiku jako cíl ke zlepšení zdravotní situace, stanovení priorit mezi těmito cíly a určení hlavních směrů k jejich dosažení. (Gladkij, Strnad, 2002)

Koncipování zdravotní péče je ovlivňováno politickou vládní orientací. Podle toho je zvolena strategie zdravotnictví. Ve vládních programech jsou vyjádřeny strategické cíle zdravotnické politiky, na její realizaci se podílí veřejné pojišťovny a společně pak vytváří zdravotní programy. Platnost programů by měla být dlouhodobá a neměla by přesahovat jeho funkční období.

Nástroje zdravotní politiky (Janečková, 2009, s. 117-119) :

- Platná legislativa
- Financování zdravotní péče
- Řízení a registrace zdravotnických zařízení
- Vzdělávání zdravotnických pracovníků
- Národní zdravotnický informační systém
- Věda a výzkum ve zdravotnictví
- Léková politika



### 2.1.7 *Determinanty zdraví*

Za determinanty zdraví považujeme různé faktory, které ovlivňují zdraví člověka. Faktory ovlivňující zdraví přímo souvisí s kvalitou života a jeho délkou. Tyto faktory působí na zdraví člověka a navzájem se ovlivňují, mohou zdraví posilovat nebo naopak zdraví oslabovat. Zdraví úzce souvisí s psychickým stavem, myšlením a postojem jedince. Je dáno prostředím, ve kterém jedinec žije, i mezilidskými vztahy. (Marková, 2012, s. 7-1)

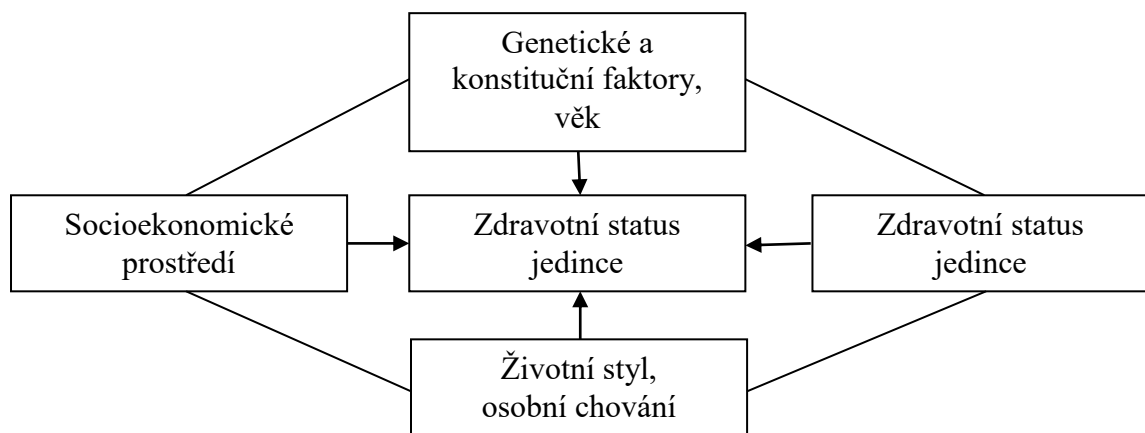
Zdraví je největší hodnotou lidského života, která ovlivňuje potenciál jedince. Zdraví jedince je tedy ovlivňováno genetickými, chemickými, fyzikálními, biologickými, ale i sociálněekonomickými vlivy, životním a pracovním prostředím. V roce 1974 byla publikována Lalondova zpráva s názvem *Nový pohled na zdraví Kanadčanů*. Zpráva se jako první zabývala determinanty zdraví a jejich působením na zdraví jedince a společnosti. Lalondova zpráva dala, tak podnět k dalším výzkumům v oblasti determinantů zdraví. Obsahem Lalondovy zprávy pod názvem „*Nová perspektiva zdraví Kanadčanů z roku 1974 je „ Zdraví není dílčí medicínskou specializací, ale vyžaduje společné úsilí nejen zdravotnických profesionálů, ale i dalších nezdravotnických profesí spolupracujících na zásadě rovnosti.“ a“ Lze prokázat, že preventivní úsilí orientované na udržení zdraví je ekonomicky výhodné“*“. Snahou zprávy bylo zdůraznit, že kvalitní zdravotní péče se přeceňuje a naopak se nedoceňuje vliv zdravotní gramotnosti obyvatelstva a jejich chování, nebo vliv prostředí. To vedlo ke změnám ve zdravotnické politice. (Janečková, 2009, s. 63-67)

Dolanský uvádí, že lidské chování významně působí na zdravotní stav populace i jednotlivce. Kouření, požívání alkoholu a drog, nevyvážená a nevhodná strava, nedostatečná pohybová aktivita, rizikové sporty, nedodržování bezpečnosti práce a porušování dopravních pravidel může ovlivňovat zdraví jedinců a způsobit poruchu zdraví, nemoc nebo úraz. Dále uvádí vlivy prostředí a sociálního statusu na zdraví. Špatná kvalita vzduchu způsobuje dýchací obtíže. Nevhodné podmínky bydlení (hygienické parametry, regulace teploty) mají nepříznivý vliv na zdravotní stav obyvatelstva. Vliv sociální nerovnosti lidí a nezaměstnanost, která má vzrůstající tendenci, ovlivňuje zdravotní stav populace. (Dolanský, 2008, s. 41-42)

Gladkij definuje determinanty jako „*komplexy příčinných faktorů působící integrovaně na zdraví člověka*“. (Gladkij, 2002, s. 43) Zobrazuje determinanty zdraví jako tzv. diamantový model příčin nemocí, kdy uprostřed je jedinec a okolo jsou

rozmístěny jednotlivé skupiny faktorů působící na zdraví jedince (obr. č. 2). Geneticko-konstituční faktory jsou věk, pohlaví, imunologický a genetický stav jedince. Zdravotní péče zahrnuje preventivní a kurativní činnost, dostupnost zdravotní péče a její organizaci a zdravotní výchovu jedince. Životní styl a osobní chování obsahuje pohybovou aktivitu, úroveň výživy, požívání alkoholu a drog, úroveň bezpečnosti práce. Socioekonomické prostředí zahrnuje faktory, jako jsou zaměstnanost, příjem, úroveň životního prostředí, sociální status jedince. Vlivy společnosti obsahují politickou a ideologickou dimenzi společnosti, ekonomickou úroveň. ( Gladkij, 2002, s. 43-44).

**Obrázek č. 2: Diamantový model**



### 2.1.8 Role sestry ve zdravotnickém systému

Sestra hraje ve zdravotnickém systému významnou roli, svou činností se podílí na poskytování zdravotních služeb a její hlavní náplní je ošetrovatelské péče. „*Role je očekávané a vyžadované chování, související s určitým postavením ve společnosti.*“ (Plevova et al, 2011, s. 81, Bártlová, 2002, s. 167)

V ČR je všeobecná sestra, jejíž hlavní činností je ošetřování, označováno za profesi, která je charakteristická třemi znaky podle Plevové (2011)

- Skupina lidí, která vykonává určitou činnost, která je uznávaná společností, přičemž mají tito lidé určité kompetence.
- Lidé jsou za tuto činnost finančně ohodnoceni, tím se odlišuje od dobročinné či zájmové činnosti.

- Činnosti sester, které sestry vykonávají, vyžadují kvalifikační přípravu a tato příprava musí být prováděna určitou formou a je legislativně stanovena. (Plevová, 2011, s. 81)

V současnosti je profesní činnost sestry zaměřena na holistický (celostní) pohled na člověka. Holismus je filozofický směr, který vychází z názoru, že člověk je jedno tělo, mysl a duch. Jednotlivé oblasti holistického pohledu jsou fyzická, psychická, sociální a duševní oblast. Oblasti se navzájem ovlivňují a působí na sebe. Sestra se během poskytování zdravotní péče snaží uspokojovat potřeby člověka v jednotlivých oblastech, podle holistického přístupu, s důrazem na důstojnost a úctu k životu. Bártlová popisuje holistickou péči jako *„filozofický směr, prosazující člověka jako jednotu těla, mysli a ducha. Uvědomte si, že nedbáme-li celostně o nemocného, narušujeme tím jeho vztah ke zdraví a zdravotnictví. Svým nezájmem o jeho komplexní osobnost snižujeme kvalitu jeho života. Naším společným cílem je posilovat důstojnost člověka, jeho sebevědomí, sebepřijetí a sebehodnocení a prosazovat holistické přístupy v ošetrovatelské praxi“* (Bártlová, 2008, s. 20) (Bártlová, 2008, s. 19-20). Mastiliaková popisuje profesionální roli sestry jako rozšířené činnosti sestry, které se navzájem prolínají a nevyklučují se, smyslem je objasnění různých povinností sestry. Za cíle profesionálních rolí sestry Mastiliaková uvádí (2004):

1. Zlepšení zdravotního stavu jak jednotlivce, tak celé rodiny.
2. Zlepšení efektivity zdravotní péče a zvýšení úrovně osobní spokojenosti v zaměstnání.
3. Zlepšení postoje občanů a zákonodárců k očekávané kvalitě péče a profesi sestry. (Mastiliaková, 2004, s. 49-52)

Profese sestry je charakteristická rolovými znaky. Každá sestra by se těmito znaky měla vyznačovat. Sociologické rozbory zahrnuly čtyři nejdůležitější rolové znaky:

1. Funkční specifita - Je charakterizována nutností odborného vzdělání, které umožňuje formální a faktické odborné kompetence sester. Kompetence sester se liší podle postavení sestry v organizační struktuře nemocnice nebo druhem oddělení. Kompetence primární sestry budou jiné, než kompetence staničních a vrchních sester.
2. Sociocentrismus - Jedná se o kolektivní orientaci. Během práce vychází z potřeb a zájmů nemocného.

3. Univerzalismus - Je charakterizován univerzálním postojem sestry ke všem nemocným, bez ohledu na vlastní sympatie a antipatie.
4. Emoční neutralita – Sestra musí být schopna ovládat své emoce a podřídit je rozumu.

Plevová definuje současné role sestry podle WHO několika definicemi, některé z nich uvádím. (Plevová et al, 2011; MZ ČR, 2000, s. 95) „*Sestry pomáhají pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a pomáhají jim jej udržovat, ve vazbě na prostředí, v němž pacienti žijí a pracují. Sestry potřebují kompetence k rozvíjení a podpoře faktorů podporujících a udržujících zdraví a předcházejících nemocem.*“

„*Sestry jsou oprávněny pracovat samostatně/autonomně a jako členky zdravotnického týmu. Za určitých okolností mohou delegovat péči na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou odpovědné za své rozhodnutí a jednání.*“ (Plevová et al, 2011, s. 82)

V případě nastavení kvalifikačního vzdělávání všeobecných sester by měla být respektována skutečnost, že vyšší vzdělání sester je spojeno s poskytováním lepší (kvalitnější) péče o pacienta. Dnes již existují empirické důkazy o tom, že přístup preferující zkušenost sestry nad její vzdělání nemusí být správný a kvalita péče o pacienta souvisí se strukturou vzdělanostní úrovně všeobecných sester. (Linda H, a kol. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality)

Role sestry podle Farkašové jsou ovlivněny skutečností, že ošetrovatelství se vyvíjí jako vědní disciplína (Farkašová et al, 2005). Nejdůležitější činností sestry stále zůstává ošetrovatelská činnost. Postupem vývoje profese začala zahrnovat i jiné role. Ošetrovatelství se více zaměřuje na zdraví. Sestra se více věnuje primární péči, kde klade důraz na prevenci chorob, udržování a podporu zdraví. Rozšíření rolí je dáno změnami ve společnosti, novými poznatky ve zdravotnictví a technologii, zdravotním stavem obyvatelstva a změnami ve zdravotnickém systému. Uvádím nejčastější role sestry podle Farkašové.

Role sestry:

- Sestra pečovatelka - Zajišťuje ošetrovatelskou péči a uspokojuje potřeby nemocného.

- Sestra edukátorka - Upevňuje zdraví jedince a předchází vzniku nemoci, provádí nácvik činností u osob s poruchou zdraví, snaží se zabránit komplikacím.
- Sestra advokátka (obhájkyň) - Prezentuje a obhajuje práva nemocného.
- Sestra výzkumnice - Sestra provádí výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství. Výzkumná činnost umožňuje zlepšovat kvalitu poskytované péče.
- Sestra mentorka - Podílí se na vzdělávání další generace sester, zajišťuje dohled studentů na praxi.
- Sestra nositelka změn - Vývoj v ošetrovatelství sebou nese změny a sestra by měla být aktivní při jejich zavádění.
- Sestra manažerka - Efektivní ošetrovatelská péče vyžaduje řízení ošetrovatelského procesu. Řízení je důležité pro organizaci sester podle jejich zařazení. (Farkašová et al, 2005, s. 187-188)

### ***2.1.9 Role pacienta ve zdravotnickém systému***

Pacient, jako příjemce zdravotní péče je člověk, který je nemocný nebo zraněný a vyžaduje ošetření, nebo ošetrovatelskou péči. Slovo pacient pochází z latinského *pati* a vyjadřuje něčím trpět, nebo něco podstoupit. Pacientem se člověk stává, když onemocní. Nemocný člověk nemůže uspokojovat své potřeby a využít svého potenciálu pro život.

Plevová (2011) charakterizuje pacienta jako „stav, který s sebou přináší řadu nejen fyzických, ale i psychických změn. Být pacientem má i své sociální důsledky. To, že někdo je prohlášen úředně nemocným, není jen jeho vlastní záležitost. Týká se to jeho rodiny, zaměstnavatele, spolupracovníků a vůbec lidí, s nimiž daný člověk byl a je v sociálním styku. Proto se o této aktivitě hovoří jako o roli pacienta“ (Plevová, 2011, s. 88) (Křivohlavý, 2002).

Bártlová (2002) hodnotí pacienta ze sociálního hlediska jako jedince, který se nachází v neobvyklé situaci. Tato situace mu brání vykonávat společenské role, které by plnil za normálních okolností. Dále uvádí 4 charakteristické rysy role pacienta podle Parsona (1951):

- Pacient nenese odpovědnost za svůj stav a není schopen odstranit ho vlastní vůlí.
- Nemoc mu neumožňuje dostát svých povinností.
- Pacient si je vědom, že jeho stav je nežádoucí a přechodný.

- Povinností pacienta je vyhledání adekvátní pomoci a spolupráce při své léčbě.

Sociální role nemocného se liší podle typu onemocnění a jeho průběhu, v závislosti na sociálním stavu pacienta. Mimo těchto objektivních aspektů je sociální role pacienta závislá na jeho psychickém vnímání nemoci. Zdravotníci přicházejí do styku s různými skupinami pacientů. Dělení podle Geisslera a Thoma (1975):

- Hospitalizovaný nemocný - jedná se o pacienty, kteří podstupují ústavní léčbu. Tato skupina se nachází v cizím prostředí bez kontaktu se svou rodinou. Patří sem i pacienti, kteří jsou doma. Na rozdíl od hospitalizovaných pacientů jsou v domácím prostředí v kontaktu s vlastní rodinou.
- Pacienti práce schopní - tito pacienti během léčby plní role v sociálním prostředí, chodí do práce a vstupují do role pacienta během kontaktu se zdravotníky.
- Relativně zdraví pacienti - jedná se o relativně „zdravé“ jedince, kteří vyžadují konzultaci s lékařem.
- Problematictí pacienti - je tvořena skupinou pacientů s návykovým onemocněním, kteří nedodržují léčebný režim.

Nejnáročnější skupinu tvoří hospitalizovaní pacienti, jejichž sociální situace je odlišná od běžné situace. Pacient se nachází v jiném prostředí a je vyřazen ze svých obvyklých sociálních rolí. V nemocničním prostředí se dostává do podřízeného postavení a je nucen se podřít autoritě. Zvládnutí role pacienta je závislá na schopnosti člověka přizpůsobit se změnám. (Bártlová, 2002, s. 66-73)

Role pacienta ve zdravotnickém systému jako spotřebitele zdravotní péče. Pacientům je poskytována zdravotní péče podle jejich zdravotních potřeb a to bez ohledu na jejich finanční situaci a sociální postavení. Zdravotní péče je pacientům poskytována na základě legislativy bezplatně z veřejného zdravotního pojištění. Financování veřejného pojištění funguje na principu solidarity a každému občanovi má být zajištěna zdravotní péče za účelem zlepšení jeho zdravotního stavu. (Pustelník, 2003).

Zdraví člověka je základem pro naplnění spokojeného a kvalitního života. Opakem je nemoc, tedy porucha zdraví. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemocí“. Úplné zdraví jedince je chápáno ve všech jeho dimenzích, tedy tělesné, duševní i sociální. Definice holistického modelu zdraví podle Strejčkové (2007) zní „zdraví je chápáno jako celek složený z částí na sobě navzájem závislých. Cokoliv se stane

s jednou částí, bude mít vliv na všechny ostatní. Každý prvek musí být chápán v kontextu zdraví jako celku. Koncepty jsou myšleny jednotlivé aspekty zdraví, které jsou zdraví tělesné (fyzické), duševní (mentální), citové (emocionální), osobní (seberealizační), společenské (sociální)“ (Strejčková, 2007, s. 50).

Zdraví je jedna z největších hodnot v lidském životě. Podle hierarchie potřeb člověka dle Maslowova je zdraví na nejvyšší příčce hodnotového žebříčku. Zdraví nám umožňuje aktivně se účastnit života a plnit si své touhy a cíle. Nemoc je opak zdraví, stav poruchy v oblasti duchovní, tělesné nebo sociální. Porucha integrity organismu, která se projevuje poruchou funkce nebo stavby orgánu. Stav nemoci lze posuzovat ze subjektivního nebo objektivního pohledu. Narušuje lidskou pohodu a brání člověku vykonávat běžné činnosti, plnit si své cíle a touhy.

### **2.1.10 Role poskytovatele zdravotní péče ve zdravotnickém systému**

Zdravotní péče je hlavním subsystémem zdravotnictví a poskytuje jednotlivé zdravotnické služby. Zdravotnické služby právně upravuje zákon č.372/2011 Sb. o zdravotních službách. „Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie.“(citace zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění vedlejších předpisů). Zdravotní služba je tedy poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky, přičemž poskytovatelem je zdravotnická instituce. Zdravotnická instituce je fyzická nebo právnická osoba, která je oprávněna poskytovat zdravotní službu. Tato služba může být poskytována buď přímo v sociálním prostředí pacienta, nebo ve zdravotnickém zařízení.

Hlavní funkce a náplň zdravotních služeb je prevence onemocnění a snaha udržet zdraví, diagnostika a léčení poruch zdraví, pomoc navracet lidi do nezávislého života, zlepšování kvality života, prodlužování života a poskytnutí takové péče, která bude přiměřená, kvalitní, hospodárná i spravedlivá. (Gladkij, 2003, s. 46). Holand (1983) charakterizuje účinnost zdravotní péče, jako vyjádření nemocnosti a úmrtnosti.

Pokud se během poskytování zdravotní péče zdravotní stav zlepšuje, je zdravotní péče účinná. (Gladkij, 1995, s. 58)

### 2.1.10.1 Rozdělení zdravotní péče

Zdravotní péči můžeme rozdělit podle účelu a podle časové naléhavosti. Časovou naléhavostí se rozumí, jak rychle musí být zdravotní péče poskytnuta v závislosti na zdravotním stavu pacienta. V případě bezprostředního ohrožení zdraví pacienta se poskytuje neodkladná péče. Účelem akutní péče je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu. Plánovaná péče je zdravotní péče, která nevyžaduje okamžité řešení. (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách)

Rozdělení subsystémů zdravotní péče dle jejich účelu (charakteru) podle Dolanského:

- Podpora zdraví a výchova ke zdraví
- Preventivní péče
- Léčebná péče
- Rehabilitační péče

Podporu zdraví můžeme charakterizovat, jako soubor činností, které vedou k upevnění a podpoře zdraví. Tato činnost je zajišťována Programy SZO „Zdraví pro všechny do 21. století“ a Národní program podpory a obnovy zdraví. Výchova ke zdraví je nejefektivnější metodou prevence. Cílem zdravotní výchovy je naučit jedince a populaci zdravý způsob života, který by předcházel nemocem. Lidé by si měli uvědomit, že za své zdraví nesou odpovědnost. Odpovědnost obyvatelstva můžeme podporovat poskytováním dostatečně kvalitních informací. Na zdravotní výchově se nejvíce podílí resort zdravotnictví, ale není jen záležitostí zdravotnických pracovníků, měli by se jí účastnit všichni, kteří se podílejí na výchově lidí (rodiče, učitelé, politici, umělci, novináři). Výchova ke zdraví je garantována státem a vychází z poznatků lékařských, pedagogických a sociálních. (Dolanský, 2008, s. 101-103)

Preventivně-léčebná péče je souhrn činností zahrnující výkony, které přináší, buď přímý nebo nepřímý užitek pro zdraví jedince či celé společnosti. Souhrn činností je tvořen prevencí, terapií a péčí. Jednotlivé složky jsou stejně důležité a mají svůj význam. (Gladkij, 2005). Podporou zdraví se rozumí soubor činností, které se podílejí na upevnění zdraví a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, a jsou hlavním cílem zdravotní politiky státu. Smyslem preventivní péče je zabránit vzniku choroby,



předcházet vzniku a rozvoji komplikací a snižovat následky onemocnění, přičemž se uplatňuje na zdravých i nemocných osobách. Prevence je rozdělena do tří fází - primární prevence, sekundární prevence, terciární prevence. Primární prevence se snaží zabránit vzniku onemocnění, hlavní opatření této fáze je zdravotní výchova. Sekundární prevencí se rozumí vyhledávání nemocí a včasná léčba těchto onemocnění, která je zajištěna preventivními prohlídkami, dispenzarizací nebo screeningovými testy. Terciární prevence se snaží minimalizovat následky choroby např. rehabilitační péčí. (Dolanský, 2008, s. 103-104)

Léčebná péče zajišťuje intenzivní léčbu chorobných stavů a je poskytována formou ambulantní péče nebo lůžkovou (ústavní péčí). Význam slova léčení Gladkij charakterizuje jako „*záměrný zásah do somatické, biochemické, fyziologické a psychické oblasti nemocného jedince, který přivodí příznivou změnu v přirozené historii nemoci, a tím se dosáhne zlepšení zdravotního stavu. Metody léčení jsou operativní, medikamentózní, fyzikální, klimatické, dále je to psychoterapie, léčení prací, dietou apod*“ (Gladkij, 2005, s. 75).

Rehabilitační péče jako součást léčebné péče všech fází nemocí usiluje o návrat nemocného člověka do aktivního života. (Dolanský, 2008, s. 105)

Z hlediska posloupnosti můžeme zdravotní péči rozdělit na primární, sekundární a terciální.

- Primární péče - Zajišťuje poskytování základní zdravotní péče lidem. Tuto zdravotní službu poskytují praktičtí lékaři, gynekologové a stomatologové. Odpovědnost za primární zdravotní péči nese zdravotnický odbor krajského úřadu, který je povinen zajistit zdravotní službu obyvatelstvu v určité oblasti. Zdravotní péče je hrazena z veřejných zdrojů a poskytovatelé jsou u nás soukromí. Cílem primární péče je prevence a kurativa. Praktičtí lékaři zajišťují všeobecnou lékařskou péči, gynekologickou péči, péči o matku a dítě, zubní péči. V případě potřeby lékaři primární péče odesílají pacienty do sekundární péče (ambulance specialistů, ambulance v nemocnicích). Součástí primární péče jsou preventivní prohlídky, očkování, domácí péče a screening určitých onemocnění.
- Sekundární péče - Zahrnuje poskytování zdravotní péče ve specializovaných ambulancích a odbornou nemocniční péči. Nemocnice.

- Terciární péče - Tuto péči lze charakterizovat jako vysoce odbornou a specializovanou službu, kam jsou pacienti odesíláni ze sekundární péče. Zahrnuje složitou diagnostickou a léčebnou péči.

(Gladkij, 2003, 46-54)

### ***2.1.11 Role plátce zdravotní péče ve zdravotnickém systému***

Plátcem zdravotní péče v České republice jsou veřejné zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovna je veřejnoprávní, nezisková instituce, jejíž činnost vychází ze zákonů. Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ve znění pozdějších předpisů č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Upravuje podmínky pro zřízení zdravotní pojišťovny. Ministerstvo zdravotnictví uděluje povolení k zahájení činnosti zdravotním pojišťovnám. Hlavním úkolem této finanční instituce je provádět všeobecné zdravotní pojištění. Ze zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče. Hlavním principem veřejného zdravotního pojištění je solidarita, příspěvky plátců jsou rozdílné a přesto mají všichni pojištěnci garantováno stejné právo na poskytnutí zdravotní péče. Pojištění se zřizuje za účelem tlumení dopadů škodlivé události. Jedná se o závazek pojistitele k pojištěnci, který je potvrzen pojistnou smlouvou (pojistkou). Tato smlouva je ve prospěch pojištěnce a pojistník se zavazuje hradit pojistné pojištěnci. Zdravotní pojištění je sjednáváno pro případ nemoci a pojištěnci je hrazena zdravotní péče v rozsahu stanoveném zákonem. Zdravotní pojištění v České republice bylo znovu zavedeno v letech 1992-1993 a základ tvoří čtyři zákony. Zákon č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění, zákon č 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, zákon 551/ 1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákon o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách č.280/1992 Sb. Veřejné zdravotní pojištění v ČR je založeno na principu povinného pojištění pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a pro všechny cizince zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem v ČR za určité skupiny osob hradí pojistné stát, jedná se o osoby bez vlastního příjmu.(Němec, 2008)

Zdravotní pojišťovna má za úkol vybrat pojistné na všeobecné zdravotní pojištění a zajistit úhradu zdravotní péče zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči pojištěncům. Plátcem zdravotního pojištění je zaměstnavatel, stát a občan, který je buď v pracovním poměru se zaměstnavatelem, nebo je osobou samostatně výdělečně činnou- OSVČ. OSVČ bez zdanitelných příjmů si hradí své pojistné samostatně formou

měsíčních záloh a ročního doplatku, podle stanoveného zákona č. 592/1992 Sb. (zákon určuje způsob a výši pojistného). Výše pojistného zaměstnance činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Na úhradě pojistného se významnou měrou podílí zaměstnavatel. Zaměstnavatel uhradí 9 % a zbývající část 4,5 % uhradí zaměstnanec. Zaměstnavatel bez souhlasu zaměstnance odvádí obě části pojistného. Část, kterou je povinen hradit za zaměstnance, i část pojistného zaměstnance, která je mu sražena ze mzdy. Stát hradí pojistné za určité kategorie osob, které pojištění nemohou platit. Zejména se jedná o nezaopatřené děti, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti, osoby v důchodovém věku, osoby pobírající sociální dávky, uchazeči o zaměstnání atd. (Zákon č 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění)

Vybrané zdravotní pojištění je shromažďováno na účtech zdravotních pojišťoven a převedeno do speciálního fondu, jehož správcem je Všeobecná zdravotní pojišťovna. Do tohoto fondu putuje pojistné za pojištěnce, které hradí stát a je vyplaceno Ministerstvem zdravotnictví. Podle Dolanského (2008) je základní fond zdravotního pojištění *„tvořen především platbami pojistného a slouží k úhradě zdravotní péče zdravotnickým zařízením a dále ke krytí nákladů na činnost pojišťovny, jejichž výše je právní normou regulována“* (Dolanský, 2008, s. 182). Čerpání zdravotního pojištění je podle potřeby a bez ohledu na výši placeného pojistného a je principem solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými.

Zdravotní pojišťovny se největší mírou podílejí na financování zdravotní péče. Mezi další zdroje patří:

- Státní rozpočet
- Z prostředků obcí a měst, z daní komunálních a podnikatelské činnosti
- Z prostředků charitativních organizací, nadací (dary, granty)
- Z prostředků podniků dodatečné platby do fondu zdravotního pojištění, pokuty za znečištěné životní prostředí.

(Strejčková, 2007, s. 9)

### 3 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části práce jsou definovány cíle práce a stanoveny hypotézy vztahující se k řešení problematice. Tato část obsahuje popis metodiky šetření, vlastní organizaci šetření, analýzu dat a její statistické zpracování. Následuje charakteristika zvoleného vzorku a prezentace výsledků vlastního šetření. Diskuse je tvořena popisem testování stanovených hypotéz a jejich ověření. Dále diskuse zahrnuje porovnávání výsledků vlastního šetření s šetřením Sociologického ústavu AV, který každý rok provádí pravidelný výzkum spokojenosti občanů se zdravotnickým systémem v ČR. Samotné šetření provádí CVVM.

#### 3.1 Cíle a hypotézy

Jak již vyplývá, byly stanoveny tyto cíle:

1. Vytvořit dotazník, který bude doplněn o charakteristiku vzorku a následně zadán cílové skupině sester.
2. Zjištěná data roztřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu.
3. Komparovat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma.
4. Zobecnit výsledky vlastního šetření a navrhnout změny v oblasti pregraduálního vzdělávání sester, případně specializačního vzdělávání vztahující se k výuce problematiky zdravotnického systému a organizaci zdravotnických služeb v České republice.

K naplnění shora uvedených cílů byly stanoveny následující pracovní hypotézy:

H 1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle jejich věku.

H 2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle stupně jejich dosaženého vzdělání.

H 3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle toho, zda získali specializovanou způsobilost.

H 4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle délky jejich praxe.

## 3.2 Metodika šetření

K naplnění záměrů práce byl sestaven dotazník. Sestavený dotazník je složen ze dvou částí - dotazů, které vychází z pravidelného šetření, jež každoročně provádí CVVM (u populace ČR), a dále vlastních dotazů.

Farkašová uvádí, že dotazník je explorační výzkumnou metodou, která získává informace na základě subjektivních odpovědí respondentů (zkoumaných osob). (Farkašová et al., 2006, s. 45). K výzkumnému šetření bylo použito anonymního strukturovaného dotazníku. Jedním z cílů bylo porovnat názory sester s názory veřejnosti a zjistit, zda se liší či nikoliv. Pilotní studie výzkumu nebyla provedena, protože věcnost projektu je ověřena CVVM, který provádí šetření každoročně. Dotazník je tvořen oslovením respondentů a seznámením se záměrem a cílem práce, motivací respondentů k vyplnění dotazníků, a dále obsahuje instrukce, jak dotazník vyplnit. Konec dotazníku je tvořen poděkováním. Dotazník obsahoval otázky zjišťovací, které ověřovaly sociální demografickou charakteristiku vzorku, týkající se věku, pohlaví, vzdělání, specializační způsobilosti, typu zdravotnického pracoviště a délky praxe. Další zjišťovací otázky naplňovaly vlastní záměr práce, zahrnovaly dotazy související se zdravotnickým systémem a zdravotní péče. Zdrojem těchto otázek bylo CVVM. Struktura dotazníku je dána otázkami zjišťovacími, přičemž jednotlivé položky jsou tvořeny formou otevřených, uzavřených a dichotomických položek. Položka je podnět a odpověď, zavřená položka nabízí respondentovi dané odpovědi, ze kterých si vybírá. Zavřená položka nám umožňuje určit intenzitu postoje. Uvádím příklad z šetření: otázka zní: „Jste spokojen se zdravotním systémem v ČR?“ a respondent má na výběr z pětibodové škály: 1. Rozhodně spokojen, 2. Spíše spokojen, 3. Ani spokojen, ani nespokojen, 4. Spíše nespokojen, 5. Rozhodně nespokojen. Respondent pak volí odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňuje. Dichotomické položky, kdy je odpověď volena ze dvou možných variant. Jako příklad je uveden dotaz na pohlaví a specializovanou způsobilost. Forma otevřené položky dává respondentovi prostor pro vyjádření svého názoru. Součástí dotazníku jsou dvě otevřené položky. Obě položky se týkají otázek, co zlepšit ve zdravotnickém systému, a zní „Co by se, dle Vašeho názoru, mělo zlepšit ve prospěch pacienta ve zdravotnickém systému?“ a „Co by se, dle Vašeho názoru, mělo zlepšit ve prospěch zdravotníků ve zdravotnickém systému?“ Cílem je umožnit respondentům vyjádřit vlastní názor a zmapovat nejčastější odpovědi. (Farkašová et al, 2006, s. 45-50)

### 3.3 Organizace šetření a zpracování dat

#### 3.3.1 Organizace šetření

Vlastní šetření proběhlo v Oblastní nemocnici Kladno dále jen ONK. Za cílovou skupinu respondentů byly zvoleny všeobecné sestry. Během léta a podzimu 2016 byl vytvořen dotazník. V ONK, kde pracuje cca 480 sester, byl vybrán k šetření výzkumný vzorek 218 všeobecných sester. Výzkumný vzorek je výběrový soubor, který je zmenšeninou základního souboru a má všechny jeho náležitosti. Tento výzkumný vzorek byl vybrán záměrně. Záměrný výběr umožňuje, aby výzkumný vzorek měl podstatné znaky, které má základní soubor. Dotazníky byly distribuovány na standardní oddělení, ambulantní pracoviště, oddělení JIP/ARO a sestry zařazené v perioperační péči. Volba byla dána snahou oslovit co nejširší skupiny všeobecných sester, které pracují na různých typech zdravotnických pracovišť. Před započítáním realizace výzkumného šetření bylo nutné získat souhlas od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v ONK. Vlastní výzkumné šetření proběhlo v termínu 12. 12. 2016 až 6. 1. 2017, kdy byly osloveny vrchní sestry vybraných pracovišť a požádány o distribuci dotazníku na daná pracoviště. Na vybraná pracoviště bylo dodáno potřebné množství dotazníku podle toho, kolik sester pracovalo na daném pracovišti. Vrchní a staniční sestry měly k dispozici dotazníky s přiloženými obálkami, které následně distribuovaly na své oddělení. Úvodní část dotazníku obsahovala instrukce, jak naložit s vyplněným dotazníkem. Respondent měl vyplněný dotazník vložit do přiložené obálky, zalepit a předat své vrchní sestře. Tím byla zajištěna anonymita vlastního šetření. Z celkového počtu 218 dotazníků jsem obdržela 163 řádně vyplněných, které jsem použila v empirické části své práce. Procentuální vyjádření činí 74,77 %. Zkoumaný vzorek byl dostačující ke zpracování dat a následně k primární a statistické analýze.

#### 3.3.2 Zpracování dat

K základnímu třídění a zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2007. Byla vytvořena tabulka, do které byla vložena data. Takto upravená data byla následně exportována do programu Statistika CZ 12. Pomocí statistického programu byla vypracována popisná statistika věku a délky praxe a vytvořeny histogramy a výsečové diagramy. Ze statistických nástrojů byl použit test nezávislosti chí kvadrát. Tento test významnosti se používá pro zjištění závislosti mezi dvěma jevy,

které byly zachyceny pomocí nominálního (popř. ordinálního) měření. (Chráska, 2007, s. 76)

### 3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

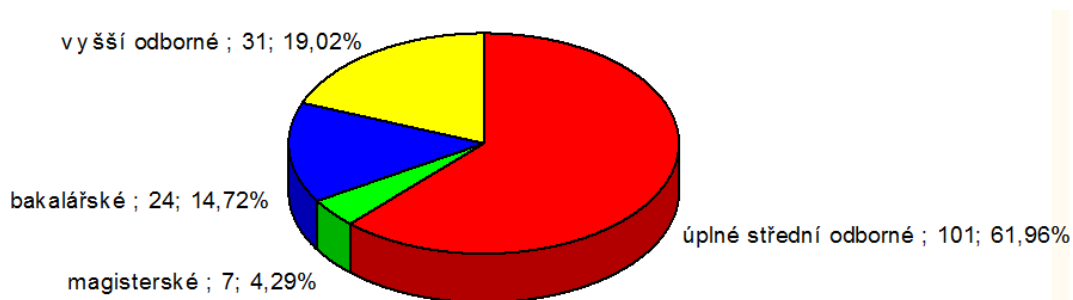
Cílem je popsat soubor respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření. Charakteristika zahrnuje rozdělení respondentů podle pohlaví, nejvyššího ukončeného vzdělání, specializované způsobilosti, typu pracoviště, věku a délky praxe. Dotazníkového šetření se celkem účastnilo 163 všeobecných sester z ONK.

**Tab. 1: Pohlaví respondentů**

Pohlaví respondentů	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Ženské	156	95,71
Mužské	7	4,29
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Tab. 1 zobrazuje poměr žen a mužů, kteří se účastnili šetření. Ve výzkumném vzorku bylo 156 (95,71 %) žen. Účast mužů byla symbolická, z celkového počtu 163 respondentů jich bylo 7 (4,29 %). Tato skutečnost je pochopitelná vzhledem k tomu, že profesi všeobecné sestry si častěji volí ženy.

**Obrázek č. 3: Nejvyšší odborné vzdělání**



Nejvyšší odborné vzdělání

Obrázek č. 3 graficky znázorňuje nejvyšší ukončené odborné vzdělání sester. Nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry s úplným středním vzděláním, kterých bylo 101 (61,96 %). Menší skupinu tvořily sestry s vyšším vzděláním, kterých bylo 31



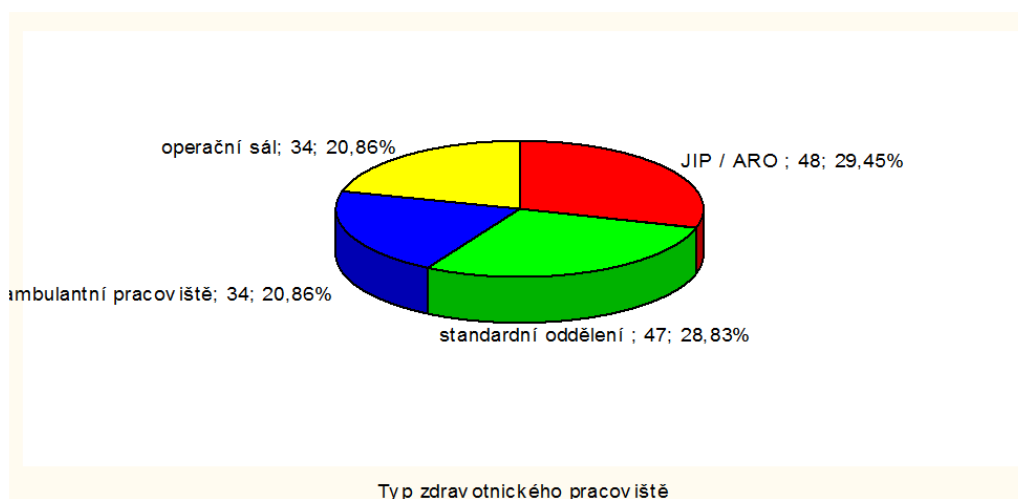
(19,02 %). Sester s bakalářským vzděláním se účastnilo 24 (14,72 %) a pouze 7 (4,29 %) sester bylo s magisterským vzděláním.

**Tab. 2: Specializovaná způsobilost respondentů**

Specializovaná způsobilost respondentů	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Ano	98	60,12
Ne	65	39,88
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Tab. 2 zachycuje počet sester, které během své praxe získaly specializovanou způsobilost k výkonu práce. Z celkového počtu 163 sester má specializovanou způsobilost 98 (60,12 %) sester.

**Obrázek č. 4: Zdravotnické pracoviště**

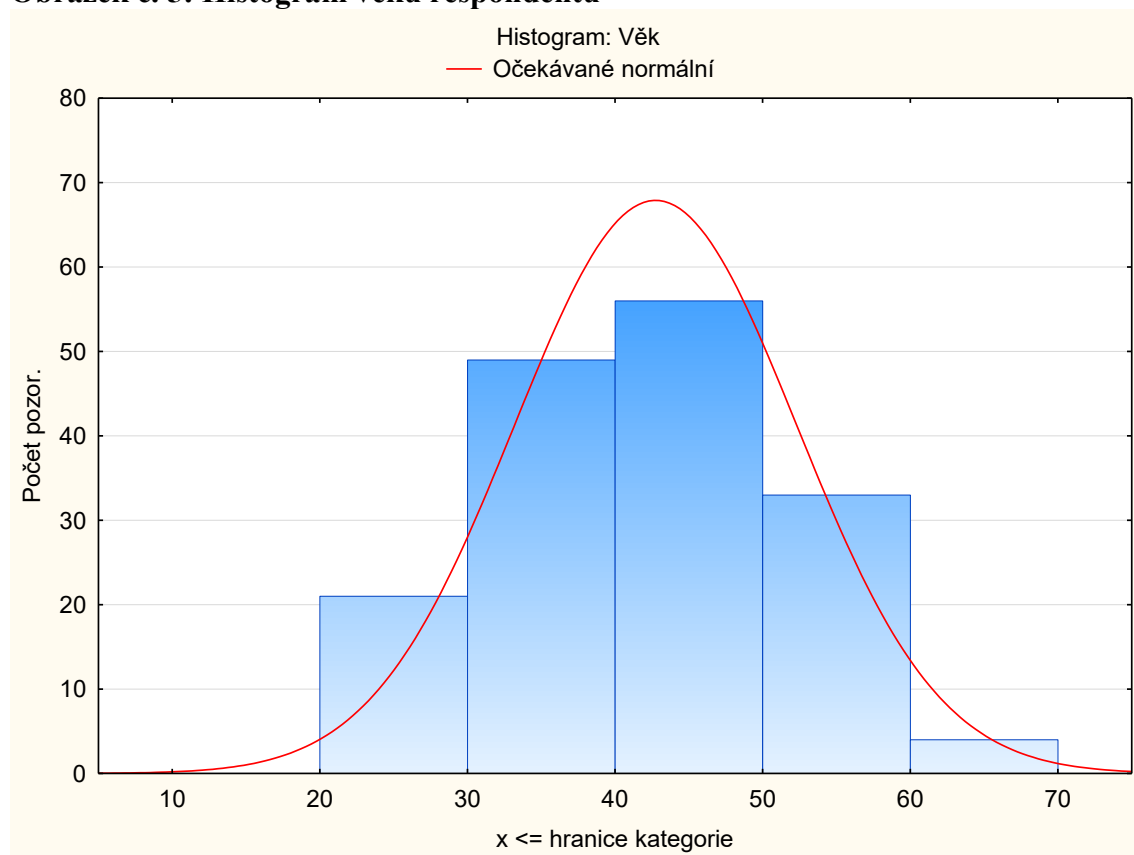


Obrázek č. 4 graficky znázorňuje rozložení respondentů podle typu pracoviště. Zastoupení sester z ambulantních pracovišť a sester pracujících na operačním sále je identické, z obou typů pracovišť se zúčastnilo 34 (20,86%) sester. Standardní oddělení je zastoupeno 47 (28,83 %) sestry, přibližně stejnou skupinu tvořily sestry z oddělení intenzivní péče, jichž bylo 48 (29,45 %).

**Tab. 3 Popisná statistika věku respondentů**

Proměnná	Popisné statistiky věku respondentů							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Sm. odch.
Věk (roky)	163	42,75	42	40	13	21	68	9,58

Tab. 3 zachycuje popisnou statistiku věku respondentů. Průměrný věk respondentů byl 42,75 roků. Nejmladší respondent byl ve věku 21 let a nejstarší respondent byl ve věku 68 let. Mediánní hodnota věku byla 42. Nejčastěji vyskytující se věk ve výzkumném vzorku byl 40 let a vyskytl se celkem 13krát (modus). Směrodatná odchylka hodnot, korelující s jejich rozptylem okolo průměru, byla 9,58.

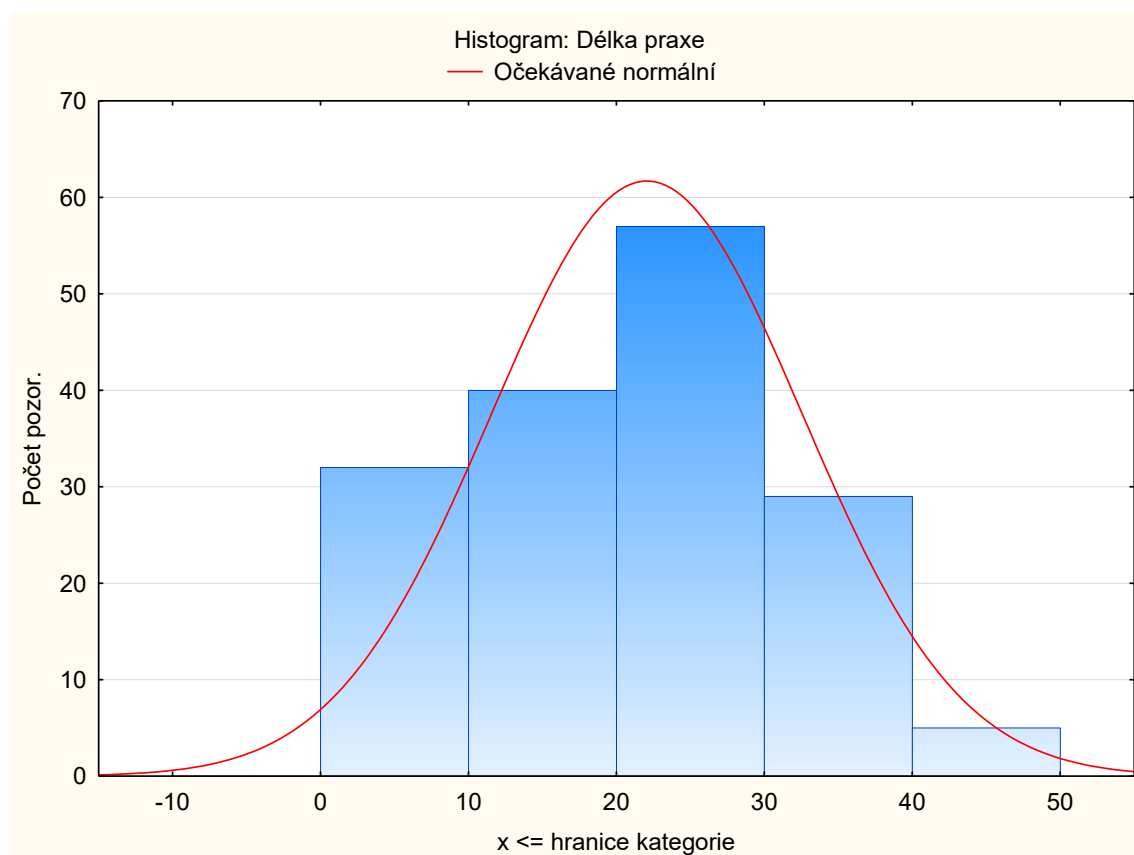
**Obrázek č. 5: Histogram věku respondentů**

Z histogramu četnosti je patrné, že věk respondentů nabývá přibližně normálního rozdělení podle Gaussovy křivky, avšak jeho parametrů ještě nedosahuje.

**Tab. 4: Popisná statistika délky praxe respondentů**

Proměnná	Popisné statistiky věku respondentů							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Sm. odch.
Délka praxe (roky)	163	22,06	22	20	15	1	45	10,54

Tab. 4 popisuje délku praxe respondentů. Průměrná délka praxe respondentů byla 22,06 roku. Nejkratší doba praxe respondenta byla 1 rok a nejdelší praxe byla 45 let. Nejčastější proměnná v souboru respondentů, podle délky praxe, byla 20 let (modus). Respondentů s délkou praxe 20 let bylo celkem 15 (četnost modu). Mediánní hodnota byla 22 let. Směrodatná odchylka hodnot, korelující s jejich rozptylem okolo průměru, byla 10,54.

**Obrázek č. 6: Histogram délky praxe respondentů**

Z histogramu četnosti je patrné, že délky praxe respondentů nabývají přibližně normálního rozdělení podle Gaussovy křivky, avšak jeho parametrů ještě nedosahují.

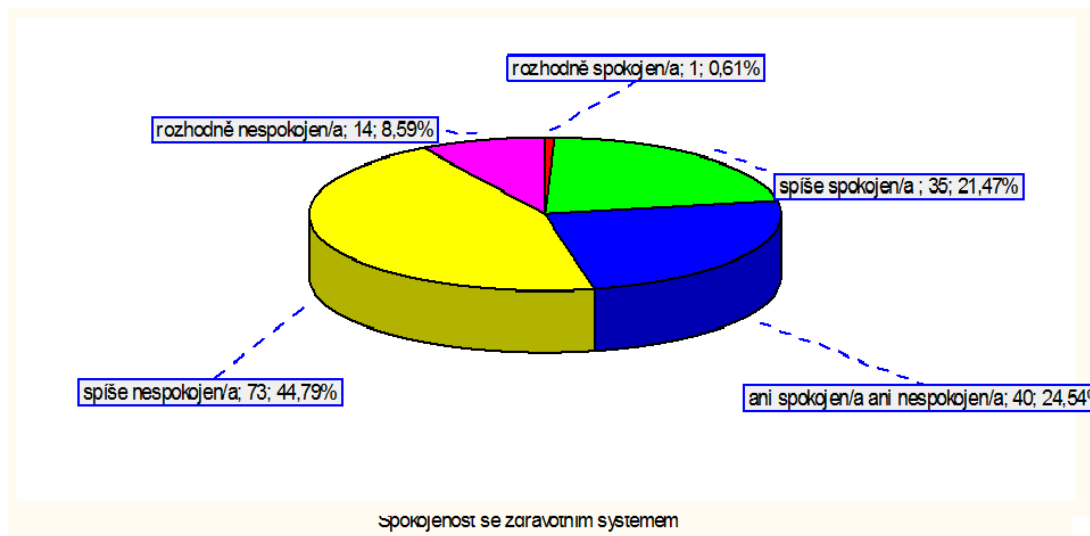
### 3.5 Výsledky šetření

Výsledky mého šetření budou popsány v následující části práce. Nejprve se zabývám celkovou spokojeností sester se zdravotnickým systémem. Následuje hodnocení problematiky v různých oblastech zdravotnického systému. Názory respondentů na zlepšení kvality zdravotní péče v poslední době, množství informací podávané nemocným ze strany zdravotnického personálu, účast pacienta na léčbě. Vyhodnocení opatření a názorů z možných návrhů.

#### 3.5.1 Analýza uzavřených výběrových položek

Tato část práce bude věnována prezentaci výsledků otevřených položek šetření. Jednotlivé tabulky a obrázek obsahují položky s relativní a s absolutní četností odpovědí respondentů podle škály možností.

Obrázek č. 7 Spokojenost se zdravotnickým systémem



Obrázek č. 7 obsahuje základní informace respondentů na otázku „Jste spokojeni se zdravotnickým systémem?“ odpovědělo 36 (22,08 %) respondentů, že jsou spíše nebo rozhodně spokojeni se zdravotnickým systémem. Rozhodně spokojen však byl pouze jeden respondent. V pásmu nespokojenosti se pohybuje 87 (53,38 %) respondentů, které můžeme rozdělit do dvou skupin podle míry nespokojenosti. Rozhodně nespokojeno je 14 (8,59 %) sester a spíše nespokojeno je 73 (44,79 %) sester. Neutrální postoj zaujímá 40 (24,54 %) respondentů, kteří nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni.

**Tab. 5- 10** zobrazuje problémy ve vybraných oblastech zdravotnictví**Tab. 5: Financování veřejného zdravotnictví**

Jaké problémy jsou ve financování veřejného zdravotnictví?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	63	38,65
Velké	71	43,56
Malé	28	17,18
Žádné	1	0,61
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 6: Hospodaření v oblasti léků**

Jaké problémy jsou v hospodaření v oblasti léků?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	25	15,34
Velké	85	52,15
Malé	48	29,45
Žádné	5	3,07
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 7: Fungování pojišťoven**

Jaké problémy jsou ve fungování pojišťoven?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	57	34,97
Velké	66	40,49
Malé	34	20,86
Žádné	6	3,68
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 8: Objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím**

Jaké problémy jsou s objemem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	18	11,04
Velké	63	38,65
Malé	78	47,85
Žádné	4	2,45
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 9: Dostupnost zdravotní péče**

Jaké problémy jsou s dostupností zdravotní péče?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	11	6,75
Velké	50	30,67
Malé	72	44,17
Žádné	30	18,40
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 10: Kvalita poskytované péče**

Jaké problémy jsou s kvalitou poskytované zdravotní péče?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	9	5,52
Velké	53	32,52
Malé	85	52,15
Žádné	16	9,82
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Předchozí tabulky zobrazují postoje respondentů k jednotlivým problémům ve zdravotnickém systému. Největší problém respondenti vidí ve financování zdravotnického systému, kdy udalo 134 (82,21 %) respondentů velký až velmi velký problém a pouze jeden respondent nevidí žádný problém. Dalším velkým problémem ve zdravotnictví je fungování pojišťoven podle 123 (75,46 %) respondentů. V oblasti hospodaření léků vidí velký až velmi velký problém 110 (67,49 %) respondentů, malé problémy vidí 48 (29,45 %) respondentů a žádný problém pouze 5 (3,07 %) respondentů. V oblasti objemu poskytovaných služeb můžeme respondenty rozdělit na dvě části, zhruba polovina 81 (49,69 %) respondentů uvádí velké až velmi velké problémy, 78 (47,85 %) respondentů uvádí malé problémy a 4 (2,48 %) žádné. Mezi oblastmi, ve kterých respondenti nevidí takový problém, patří dostupnost a kvalita zdravotní péče. Velké a velmi velké problémy v dostupnosti uvádí 61 (37,42 %) respondentů, v kvalitě poskytované péče 62 respondentů, což není ani polovina z celkového počtu 163. Malé problémy uvádí 72 (44,17 %) respondentů v dostupnosti a 85 (52,15 %) respondentů v kvalitě. Žádné problémy v kvalitě udává 16 (9,82 %) respondentů a až 30 (18,40 %) respondentů nevidí problém v dostupnosti.

**Tab. 11 – 12: Vztahy ve zdravotnickém zařízení****Tab. 11: Vztahy mezi sestrami a pacienty**

Jaké problémy jsou se vztahy mezi sestrami a pacienty?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	10	6,13
Velké	45	27,61
Malé	100	61,35
Žádné	8	4,91
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 12: Vztahy mezi lékaři a sestrami**

Jaké problémy jsou se vztahy mezi lékaři a sestrami?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Velmi velké	3	1,84
Velké	44	26,99
Malé	101	61,96
Žádné	15	9,20
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Vztahy mezi zdravotnickým personálem a pacientem (tab. 11 a 12) nejsou hodnoceny respondenty obecně negativně oproti předchozím problémům v oblastech zdravotnického systému. Vztah mezi sestrami a pacienty je vnímá kladně 108 (66,26 %), ale přesto zde vidí velké nebo velmi velké problémy 55 (33,74 %) respondentů. Podobné je hodnocení vztahů mezi lékaři a sestrami. Přestože 116 (71,16 %) respondentů uvádí, že nevidí žádný nebo spíše malý problém mezi lékaři a sestrami, je zde nemalý podíl respondentů 47 (28,83 %) udávajících velký nebo velký problém.

**Tab. 13: Kvalita zdravotní péče v ČR v poslední době**

Jak byste hodnotil(a) kvalitu zdravotní péče v ČR v poslední době?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Došlo k zlepšení	28	17,18
Spíše se zlepšila	62	38,04
Nezměnila se	30	18,40
Spíše se zhoršila	36	22,09
Velmi se zhoršila	7	4,29
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Z tab. 13 je patrné, že kvalita péče v poslední době je respondenty hodnocena kladně. Z celkového počtu 163 respondentů odpovědělo 90 (55,22 %) respondentů, že došlo ke zlepšení. Zhoršení kvality zdravotní péče uvádí 43 (26,38 %) respondentů. Žádné změny v kvalitě zdravotní péče nevidí 30 (18,40 %) respondentů.

#### Tab. 14 – 15: Podávání informací

**Tab. 14: Informace podávané nemocným ze strany lékařů**

Jak byste hodnotil(a) množství informací podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany lékařů?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně dostatečné	21	12,88
Spíše dostatečné	99	60,74
Spíše nedostatečné	38	23,31
Rozhodně nedostatečné	5	3,07
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 15: Informace podávané nemocným ze strany sester**

Jak byste hodnotil(a) množství informací podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany sester?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně dostatečné	45	27,61
Spíše dostatečné	95	58,28
Spíše nedostatečné	15	9,20
Rozhodně nedostatečné	8	4,91
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Tab. 14 a 15 zobrazuje informace podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany lékařů a sester. Obě položky jsou respondenty hodnoceny kladně. Respondenti uvádí, že informace jsou ve větší míře dostačující. Jako dostatečné nebo spíše dostatečné podávání informací pacientům ze strany lékařů uvádí 120 (73,62 %) respondentů a ze strany sester dokonce 140 (85,59 %) respondentů. Jako nedostatečné podávání informací pacientům ze strany lékařů uvádí 5 (3,07 %) respondentů a ze strany sester 8 (4,91 %) respondentů.



**Tab. 16: Účast pacienta na rozhodování o léčbě jeho nemoci**

Jaký je Váš názor na účast pacienta na rozhodování o léčbě jeho nemoci?	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně by se měl účastnit	114	69,94
Spíše měl	43	26,38
Spíše neměl	6	3,68
Rozhodně neměl		
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Tab. 16 zachycuje názor respondentů na účast pacienta při rozhodování o léčbě jeho nemoci, který je ve větší míře jednotný. Většina respondentů souhlasí s účastí na rozhodování o léčbě ze 163 respondentů 157 (96,32 %) a pouze 6 (3,68 %) respondentů zastávají názor, že by pacient spíše neměl rozhodovat o své léčbě.

**Tab. 17: Návrhy a opatření I**

Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Více připlácet na léky.	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně souhlasím	16	9,82
Spíše souhlasím	38	23,31
Rozhodně nesouhlasím	63	38,65
Spíše nesouhlasím	46	28,22
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 18: Návrhy a opatření II**

Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Platit příplatek za návštěvu u lékaře.	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně souhlasím	38	23,31
Spíše souhlasím	57	34,97
Rozhodně nesouhlasím	33	20,25
Spíše nesouhlasím	35	21,47
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 19: Návrhy a opatření III**

Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Platit příplatek za recept.	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně souhlasím	12	7,36
Spíše souhlasím	36	22,09
Rozhodně nesouhlasím	63	38,65
Spíše nesouhlasím	52	31,90
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 20: Návrhy a opatření IV**

Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Navýšení zdravotního pojištění.	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně souhlasím	21	12,88
Spíše souhlasím	58	35,58
Rozhodně nesouhlasím	47	28,83
Spíše nesouhlasím	37	22,70
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

**Tab. 21: Návrhy a opatření V**

Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Zvýšení plateb ze státního rozpočtu.	Četnost (n)	Rel. četnost (v %)
Rozhodně souhlasím	86	52,76
Spíše souhlasím	63	38,65
Rozhodně nesouhlasím	7	4,29
Spíše nesouhlasím	7	4,29
<b>Celkem:</b>	<b>163</b>	<b>100,00</b>

Tabulky č. 16 - 21 zahrnují návrhy a opatření, se kterými se více či méně respondenti ztotožňují. Nejvíce respondentů souhlasí s návrhem zvýšení plateb ze státního rozpočtu celkem 149 (91,41 %) respondentů, nesouhlasí pouhých 14 (8,58 %) respondentů. Jako druhé opatření, se kterým se respondenti ztotožňují, je příplatek nemocného u lékaře. S tímto návrhem rozhodně nebo spíše souhlasí 95 (58,25 %) respondentů a 68 (41,72 %) rozhodně nebo spíše nesouhlasí. Návrh navýšení zdravotního pojištění rozděluje respondenty zhruba na polovinu, kdy 79 (48,46 %) respondentů rozhodně nebo spíše souhlasí a 84 (51,53 %) rozhodně nebo spíše nesouhlasí. Spíše odmítavý postoj zauímají respondenti k příplatku za recept a více připlácet za léky. S tímto návrhem rozhodně nebo spíše souhlasí pouze 48 (29,45 %),

v případě příplatku za recept a 54 (33,13 %) respondentů s příplatkem za léky. Rozhodně nebo spíše nesouhlasí s návrhem příplácet za léky až 115 (70,55 %) respondentů a s návrhem 109 (66,87 %) respondentů s příplatkem za léky.

### 3.5.2 *Analýza otevřených položek*

V této části se věnuji prezentaci názorů sester, co zlepšit ve zdravotnickém systému ve prospěch pacientů a sester. Součástí strukturovaného dotazníku byly dvě otevřené položky, ke kterým měli respondenti možnost vyjádřit svůj názor. Z výzkumného vzorku 163 respondentů se k dotazům vyjádřilo zhruba 90 %.

Znění položek:

- Co by se, dle Vašeho názoru, mělo zlepšit ve prospěch pacienta ve zdravotnickém systému?
- Co by se, dle Vašeho názoru, mělo zlepšit ve prospěch zdravotníků ve zdravotnickém systému?

Jaké byly nejčastější návrhy sester, co zlepšit ve prospěch pacienta? Sestry nejvíce zmiňovaly dostatek času na ošetrovatelskou péči o pacienta. Dále uváděly zlepšení informovanosti pacienta ze strany lékaře, zkrácení termínu čekání pacientů na vyšetření a operaci, větší důraz na prevenci onemocnění, dostupnost zdravotní péče. Sestry nejčastěji uvádí jako důvod nedostatku času na pacienta náročnou administrativní činnost. Tento názor byl uváděn nejčastěji, ztotožňuje se s ním 56 sester. Jako další důvod nedostatku času při péči o pacienta uvádí sestry nedostatek personálu. Tento názor vyjádřilo 21 sester. K názoru zlepšit informovanost pacienta ze strany lékaře se přiklání 15 sester. Zlepšit termín čekání na vyšetření a operaci pacientů navrhovalo 19 sester. Sestry se také často vyjadřovaly k prevenci onemocnění, kdy uvádějí, že by pacienti měli předcházet onemocnění a být informováni o důsledcích kouření a obezity. Tento názor uvedlo 8 sester. Zlepšení dostupnosti zdravotní péče uvádí 8 sester. Některé sestry měly názor, že není potřeba žádných změn ve prospěch pacienta a jejich odpověď zněla nic. Takto odpovědělo 10 sester.

Jaké byly návrhy sester, co zlepšit ve prospěch zdravotníků? Nejčastěji sestry navrhují zvýšení finančního ohodnocení zdravotníků. Tento návrh uvádí 107 sester. Často sestry uvádí problém s nedostatkem personálu na pracovišti a následným zvýšením pracovních nároků na zdravotníky. S tímto problémem úzce souvisí názor

sester na zkrácení pracovní doby, který navrhuje 15 sester a 10 sester chce zlepšit podmínky sestrám formou benefitů a hrazené rehabilitační a lázeňské péče pro zdravotníky. Jako důvod uvádějí prevenci burnout. Ochranu zdravotníku před agresi navrhuje 6 sester. Některé sestry uvádí zvýšení společenského uznání a dostatek úcty od nadřízených.

## 3.6 Diskuse

Nejprve budou diskutovány výsledky vlastního šetření ve vztahu ke stanoveným hypotézám. Druhou část diskuse tvoří komparace výsledků vlastního šetření s výsledky realizovaných studií CVVM na stejné téma u obecné populace ČR.

### 3.6.1 Diskuse k výsledkům vlastního šetření

Získaná data byla testována podle stanovených hypotéz. Níže uvedené hypotézy byly testovány podle statistického testu významnosti Pearsonova  $\chi$ -kvadrátu. Výsledky výpočtu Pearsonova  $\chi$ -kvadrátu, p hodnoty, jsou uvedeny v následující tabulce. Statisticky významné položky, to jsou hodnoty, kde p je menší než stanovená hladina významnosti 0,05 jsou uvedeny v tab. 22. (Chráška, 2007, s. 76)

Hypotézy:

H 1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle jejich věku.

H 2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle stupně jejich dosaženého vzdělání.

H 3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle toho, zda získali specializovanou způsobilost.

H 4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle délky jejich praxe.

Vzhledem k malému množství respondentů bylo nutné samotné kategorie spojit tak, aby bylo možné výše uvedené hypotézy testovat. Pro účely statistické analýzy byli respondenti rozděleni na mladší účastníky šetření do 42 let a starší respondenty 43 a více. Také u vzdělání bylo nutné kategorie sloučit. Soubor byl rozdělen na respondenty se sekundárním vzděláním a dále na sestry s terciárním vzděláním. Délka praxe respondentů byla rozdělena na kategorie respondentů s délkou praxe do 20 let a 21 a více let.

1. Věk respondentů byl sloučen do dvou kategorií, které byly rozděleny podle mediánu. Hodnota mediánu je 42 a rozděluje respondenty na kategorii 1 věk respondentů od 21 do 42 let (n=82), kategorie 2 věk respondentů od 43 do 68 let (n=81).

2. Vzdělání respondentů je rozděleno na dvě kategorie podle stupně dosaženého vzdělání. Kategorie 1 sestry s úplným středním vzděláním (n=101) a kategorií 2 sestry s vyšším vzděláním a vysokoškolským vzděláním (n=62).
3. Specializovaná způsobilost rozděluje respondenty na kategorii 1 se specializovanou způsobilostí (n=98) a kategorií 2 bez specializované způsobilosti (n=65)
4. Proměnná délka praxe je sloučená do kategorií 1 sestry s délkou praxe do 20 let (n=72) a kategorií 2 sestry s délkou praxe 20 a více let (n=91).

V následující Tabulce 22 je uveden přehled p hodnot pro jednotlivé položky dotazníku ve vztahu k uvedeným hypotézám. Tučně zvýrazněné hodnoty jsou nižší než stanovená hladina významnosti 0,05.

Tab. 22: Statistický test významnosti

Proměnné	kategorie			
	věk	nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání	specializovaná způsobilost	délka odborné praxe
Jste spokojen(a) se zdravotním systémem v ČR?	p=,20343	p=,33669	p=,27613	p=,33724
Jaké problémy jsou ve financování veřejného zdravotnictví?	p=,07357	p=,42586	p=,43786	p=,10865
Jaké problémy jsou v hospodaření v oblasti léků?	p=,62645	p=,91211	p=,60818	p=,55723
Jaké problémy jsou ve fungování pojišťoven?	p=,43263	p=,11401	p=,94856	<b>p=,00670</b>
Jaké problémy jsou s objemem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím?	p=,74475	p=,50052	<b>p=,00278</b>	p=,09960
Jaké problémy jsou s dostupností zdravotní péče?	p=,61305	p=,40380	p=,47262	p=,65382
Jaké problémy jsou s kvalitou poskytované zdravotní péče?	p=,56357	p=,50193	p=,08414	p=,35942
Jaké problémy jsou se vztahy mezi sestrami a pacienty?	p=,51226	p=,18159	p=,04215	p=,78994
Jaké problémy jsou se vztahy mezi lékaři a sestrami?	p=,85963	p=,85130	p=,10701	p=,46898
Jak byste hodnotil(a) kvalitu zdravotní péče v ČR v poslední době?	p=,65945	p=,60739	p=,19251	p=,33025
Jak byste hodnotil(a) svůj zdravotní stav?	p=,46045	p=,09769	p=,06416	p=,21394
Jak byste hodnotil(a) množství informací podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany lékařů?	p=,88763	p=,26426	p=,17883	p=,64836

proměnné	kategorie			
	věk	nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání	specializovaná způsobilost	délka odborné praxe
Jak byste hodnotil(a) množství informací podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany sester?	p=,57516	p=,56048	p=,79452	p=,65810
Jaký je Váš názor na účast pacienta na rozhodování o léčbě jeho nemoci?	p=,96132	p=,44866	p=,05539	p=,52026
Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Více připlácet na léky.	p=,27040	p=,73030	p=,80769	p=,63423
Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Platit příplatek za návštěvu u lékaře.	p=,17828	p=,08573	p=,58006	p=,51721
Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Platit příplatek za recept.	p=,10571	p=,12697	p=,86555	p=,17426
Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Navýšení zdravotního pojištění.	p=,63037	p=,87992	p=,73688	p=,63819
Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete? Zvýšení plateb ze státního rozpočtu.	p=,59041	p=,36418	p=,25724	p=,60477



**Testování hypotéz:**

**H 1:** *Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit ve vztahu k věku respondentů.*

Ze shora uvedené tab. 22 vyplývá, že všechny položky dotazníku podle věku respondentů mají vyšší hodnotu než zvolenou hodnotu statistické významnosti 0,05. Z toho usuzujeme, že nebyl zjištěn žádný statistický rozdíl. Lze tedy vyvodit závěr, že splatností pro vlastní soubor respondentů a zvolenou metodu šetření mezi odpovědi respondentů a jejich věkem neexistuje statisticky významný rozdíl. Hypotézu lze přijmout.

**H 2:** *Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit ve vztahu k nejvyššímu odbornému vzdělání.*

Stejně jako u předchozí hypotézy nebyla ani v jednom případě zjištěna souvislost mezi jednotlivými položkami a dosaženým vzděláním respondentů. Všechny p hodnoty v tab. 22 jsou vyšší než hodnota statistické významnosti 0,05. Lze tedy konstatovat s platností pro vlastní soubor a metodiku šetření neexistuje závislost. Také tuto hypotézu lze přijmout.

**H 3:** *Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit ve vztahu k jejich specializované způsobilosti.*

Tuto hypotézu lze přijmout, avšak s výjimkou následujících položek *1. Jaké problémy jsou se vztahy mezi lékaři a sestrami?; Jaké problémy jsou s objemem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím?* Pro ostatní položky dotazníku však můžeme tvrdit, že nezávisí na specializované způsobilosti respondentů, jelikož p hodnoty příslušných testů jsou vyšší než zvolená hladina významnosti. Nejprve bude podrobněji analyzována položka dotazníku: *1. Jaké problémy jsou ve vztahu mezi sestrami a pacienty?*

**Tab. 23: Pozorovaná četnost – Vztah mezi sestrami a pacienty**

Vztah mezi S a P	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Specializovaná způsobilost mají	Specializovaná způsobilost nemají	Řádk. součty
Velmi velké problémy	6	4	10
Sloupcově	6,12%	6,15%	
Řádkově	60,00%	40,00%	
Velké problémy	27	18	45
Sloupcově	27,55%	27,69%	
Řádkově	60,00%	40,00%	
Malé problémy	64	36	100
Sloupcově	65,31%	55,38%	
Řádkově	64,00%	36,00%	
Žádné problémy	1	7	8
Sloupcově	1,02%	10,77%	
Řádkově	12,50%	87,50%	
Celkem	98	65	163

Ze shora uvedené tab. 23 vyplývá, že sestry se specializovanou způsobilostí méně často uvedly, že nemají žádné problémy ve vztahu sestry s pacienty ( $n=1$ ; 1,02 %) než sestry bez specializované způsobilosti ( $n=7$ ; 10,74 %). Tento více než (9%) rozdíl v odpovědích respondentů je statisticky významný na hladině 0,05 (0,0421). Sestry bez specializované způsobilosti využily celou škálu odpovědí na rozdíl od sester se specializovanou způsobilostí.

**Tab. 24: Pozorovaná četnost – Objem služeb poskytovaných VZ**

Objem služeb poskytovaných VZ	2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Spec. způsobilost 1 mají	Spec. způsobilost 2 nemají	Řádk. součty
Velmi velké problémy	11	7	18
Sloupcová	11,22%	10,77%	
Řádková	61,11%	38,89%	
Velké problémy	47	16	63
Sloupcová	47,96%	24,62%	
Řádková	74,60%	25,40%	
Malé problémy	40	38	78
Sloupcová	40,82%	58,46%	
Řádková	51,28%	48,72%	
Žádné problémy	0	4	4
Sloupcová	0,00%	6,15%	
Řádková	0,00%	100,00%	
Celkem	98	65	163

Dále bude analyzována položka dotazníku: Jaké problémy jsou s objemem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím. Kontingenční tab. 24 nám zobrazuje druhou položku, jejíž hodnota byla nižší než zvolená hodnota statistické významnosti 0,05.

V závislosti na specializované způsobilosti z výsledků vyplývá, že sestry se specializovanou způsobilostí vidí větší problémy v objemu poskytovaných služeb veřejným zdravotnictvím (n=58; 59,18 %) než sestry bez specializované způsobilosti (n=23; 35,31 %). Tento rozdíl (23,79 %) je statisticky signifikantní na hladině významnosti 0.05 (p=0,00278).

**H 4:** *Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit ve vztahu k délce praxe respondentů.*

Mezi odpovědi respondentů a délkou praxe nebyla zjištěna statistická významnost, výjimkou byla položka - problémy ve fungování pojišťoven. Hypotézu lze tedy přijmout.

**Tab. 25: Pozorovaná četnost – Fungování pojišťoven**

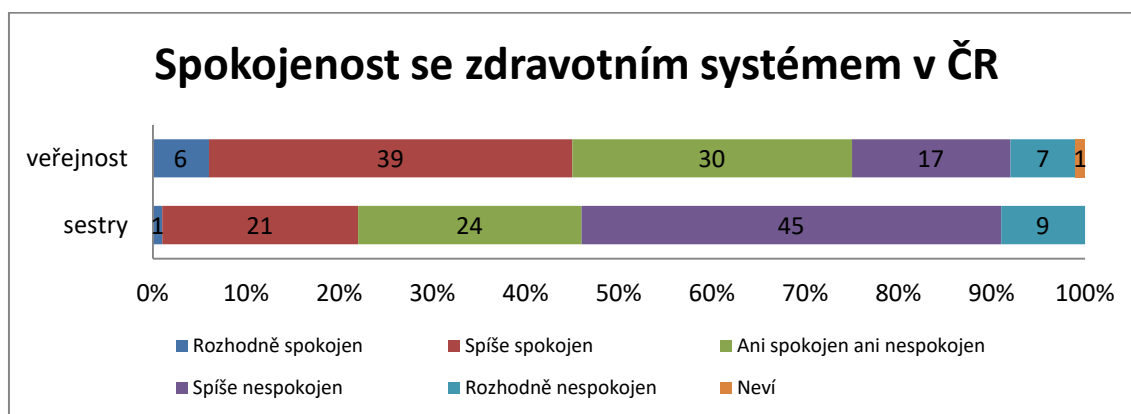
Fungování pojišťoven	2- rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Délka praxe, ktg 1 (do 20 let)	Délka praxe, ktg 2 (nad 20 let)	Řádk. součty
Velmi velké problémy	12	45	57
Sloupcově	21,05%	42,45%	
Řádkově	21,05%	78,95%	
Velké problémy	27	39	66
Sloupcově	47,37%	36,79%	
Řádkově	40,91%	59,09%	
Malé problémy	13	21	34
Sloupcově	22,81%	19,81%	
Řádkově	38,24%	61,76%	
Žádné problémy	5	1	6
Sloupcově	8,77%	0,94%	
Řádkově	83,33%	16,67%	
Celkem	57	106	163

Následující kontingenční tab. 25 zobrazuje statisticky významné rozdíly. Rozdíly byly zjištěny u položek problémy s financováním pojišťoven ve vztahu k délce praxe respondentů. Účastníci šetření s praxí delší než 20 let uvádějí velmi velké problémy častěji (n=84; 79,24 %) než respondenti s praxí do 20 let (n=39; 68,41 %). Jak již bylo uvedeno, tento rozdíl je statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05 (p=0,00670). Hodnota p = 0,0067. Sestry s délkou praxe nad 20 let mají kritičtější hodnocení k fungování pojišťoven. Celkem 84 sester hodnotí tuto položku jako problémovou nebo velmi problémovou. Sestry s delší praxí mají větší životní zkušenosti se zdravotnickým systémem.

### 3.6.2 Komparace výsledků s CVVM

Tato část práce obsahuje komparaci výsledků šetření a výzkumu, který provádí každoročně CVVM. Poslední výzkum proběhl v prosinci 2016. V rámci tohoto šetření byla zjišťována spokojenost občanů se zdravotnickým systémem v ČR a názory na problematičnost jednotlivých oblastí zdravotnictví, dále byly zjišťovány postoje veřejnosti k vybraným opatřením v systému zdravotní péče v ČR. Vlastní výzkumné šetření proběhlo v termínu 12. 12. 2016 až 6. 1. 2017 a účastnilo se ho 163 respondentů.

**Obrázek č. 8: Spokojenost se zdravotním systémem v ČR (komparace v %)**

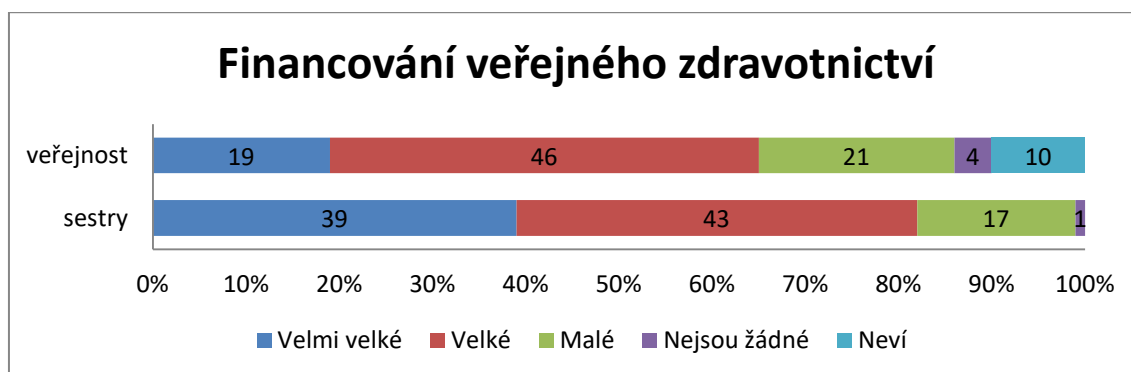


Z obrázku č. 8 vyplývá, že sestry jsou kritičtější v hodnocení spokojenost se ZS v ČR než obecná veřejnost. Nespokojenost vyjadřuje až 54 % sester, rozhodně nespokojeno je 9 % u sester a 45 % spíše nespokojeno oproti obyvatelům, kteří jsou nespokojeni pouze ve 24 %. Spokojenost se zdravotním systémem v ČR deklaruje 45 % veřejnosti a v pásmu spokojenosti se pohybuje 22 % sester, přičemž spíše spokojeno je 21 % sester a 1 % označilo rozhodně spokojen.

### Komparace položek týkající se problematičnosti vybraných oblastí zdravotnictví.

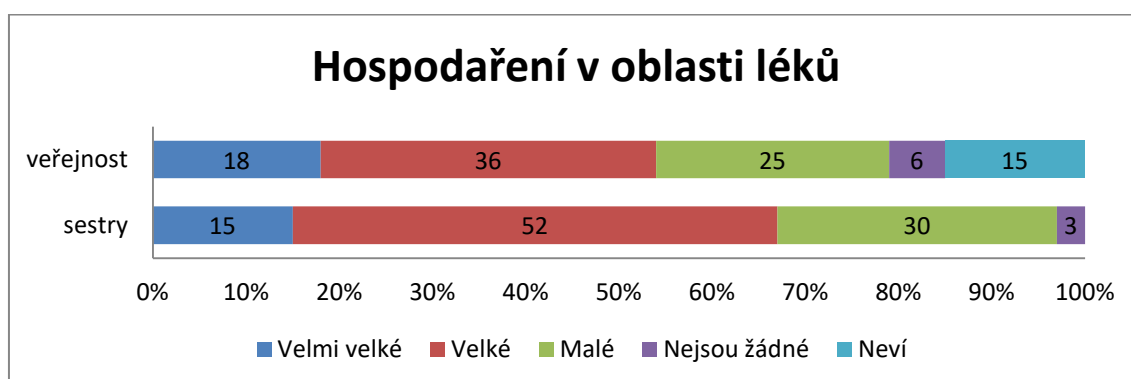
Následuje komparace problematičnosti vybraných oblastí zdravotnictví mezi sestrami a obyvatelstvem.

**Obrázek č. 9: Financování veřejného zdravotnictví v %**

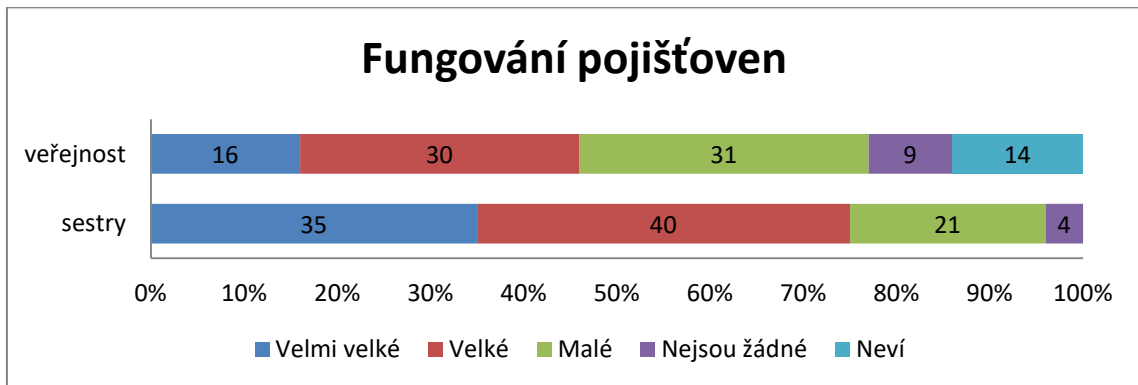


Financování veřejného zdravotnictví bylo hodnoceno veřejností i sestrami jako nejvíce problematickou oblastí zdravotnictví. Z obrázku č. 9 je patrné, že sestry zauímají ještě kritičtější pohled na oblast financování, než obyvatelstvo. Sestry vidí velké až velmi velké problémy v 82 % a obyvatelstvo v 65 %. Jen 18 % sester a 25 % obyvatel vidí malé nebo žádné problémy ve financování. 10 % veřejnosti se vyjádřilo, že neví.

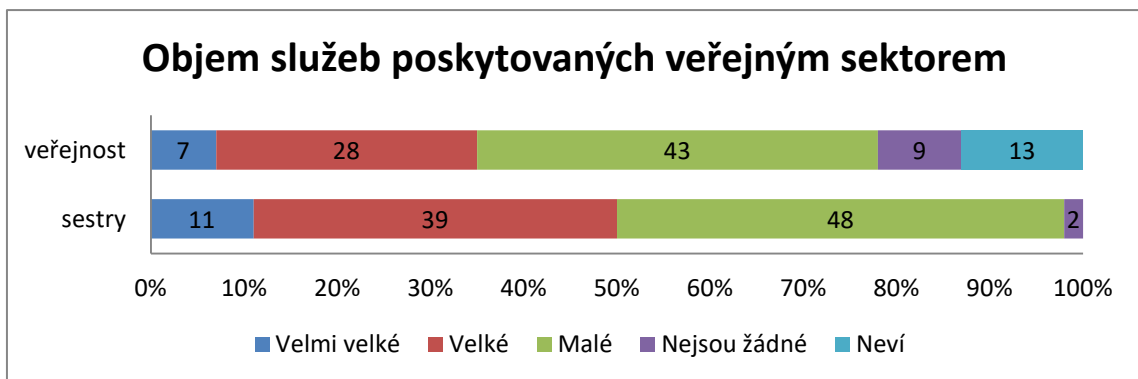
**Obrázek č. 10: Hospodaření v oblasti léků %**



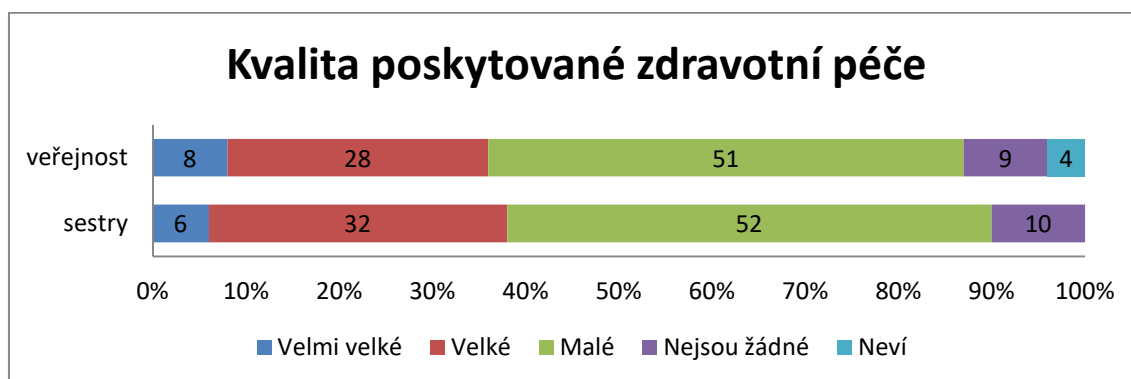
Obrázek č. 10 hospodaření v oblasti léků nám zobrazuje druhou nejproblematictější oblast vnímanou veřejností, kdy uvádí velké až velmi velké problémy 54 % obyvatel. Sestry hodnotí problém v oblasti hospodaření jako třetí nejproblematictější oblast, přestože vidí velké až velmi velké problémy v 67 %.

**Obrázek č. 11: Fungování pojišťoven %**

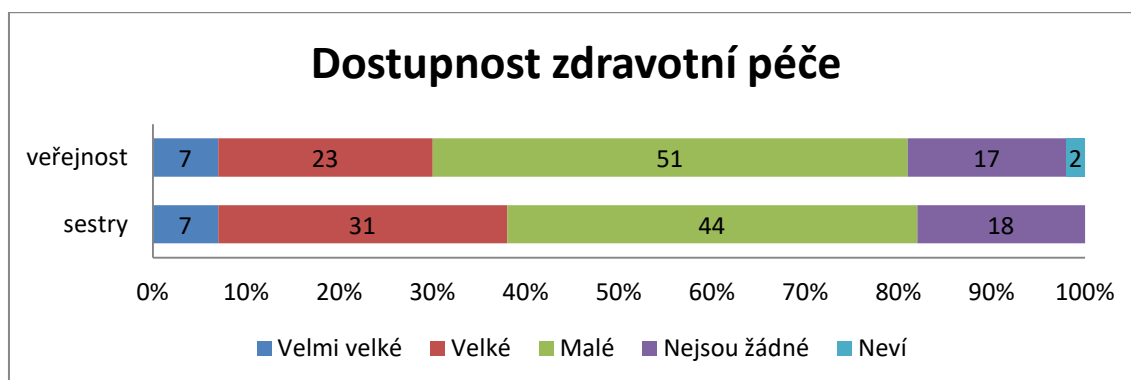
Fungování pojišťoven je hodnoceno veřejností jako třetí v pořadí problematických oblastí. Podle tabulky č. 11 se k tomuto názoru se přiklání 46 % občanů a hodnotí ho jako oblast s velmi velkými nebo velkými problémy. Malé problémy deklaruje 31% a pouze 9 % občanů nevidí problém žádný. Sestry mají podobný názor na tuto oblast, ale na rozdíl od občanů hodnotí tuto oblast jako druhou v pořadí problematických oblastí. Pohled sester je kritičtější až 75 % shledává fungování pojišťoven jako problematickou. Jen 4 % sester neshledává žádné problémy v této oblasti.

**Obrázek č. 12: Objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím %**

Z obrázku č. 12 je patrné, že v případě objemu služeb veřejným zdravotnictvím je pohled veřejnosti méně kritický a hodnocení veřejnosti je spíše kladné. Jako problematická je oblast hodnocena v 35 %, malé problémy shledává 43 %. Zbývající třetina se k názoru buď nevyjadřuje, nebo problémy nevidí. Na rozdíl od sester, které shledávají tuto oblast problematickou v 50 % a 48 % sester jako oblast s malými problémy.

**Obrázek č. 13: Kvalita poskytované péče**

Obrázek č. 13 zachycuje hodnocení kvality poskytované zdravotní péče, která je hodnocena veřejností i sestrami převážně kladně, kdy veřejnost a sestry se ve větší míře shodují. Spokojenost uvádí 60 % obyvatel a 62 % sester. Nespokojenost uvádí 36 % obyvatel a 38 % sester.

**Obrázek č. 14: Dostupnost zdravotní péče v %**

Obrázek č. 14 demonstruje dostupnost zdravotní péče, která je považována za nejméně problematickou oblast. Veřejnost nevidí problém v 17 % podobně jako sestry v 18 %. Sestry hodnotí dostupnost v 41 % jako problematickou a toto mínění je u 30 % veřejnosti.

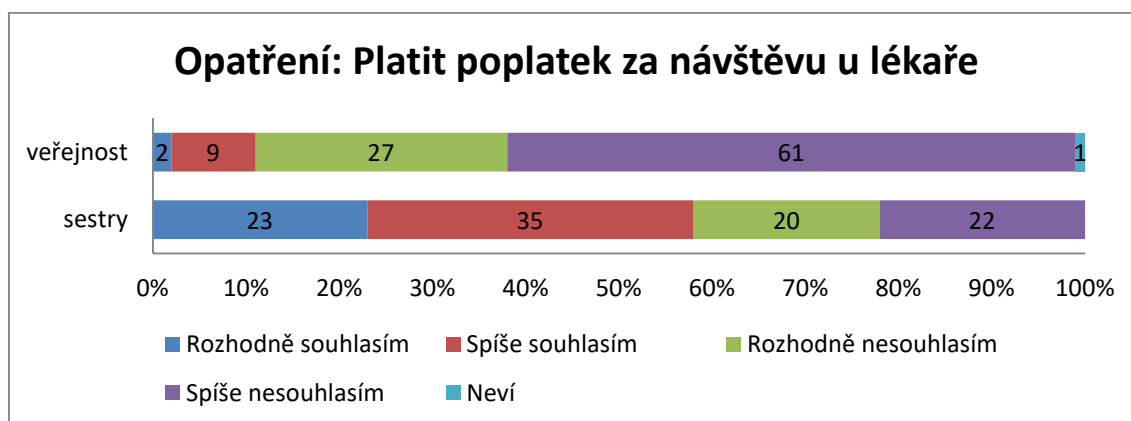
Jako nejvíce problematické oblasti jsou vnímány financování veřejného zdravotnictví, hospodaření v oblasti léků a fungování pojišťoven. Názory veřejnosti a sester na problematičnost vybrané oblasti zdravotnictví se výrazně neliší. Jak občané, tak sestry vidí největší problém ve financování veřejného zdravotnictví. Za druhou nejproblematictější oblast považuje veřejnost hospodaření v oblasti léků a na třetím místě je fungování pojišťoven. Sestry mají tyto oblasti v jiném pořadí. Za druhou

nejproblematictější oblast považují fungování pojišťoven a na třetím místě je hospodaření v oblasti léků. Zatímco veřejnost hodnotí objem služeb jako méně problematickou, sestry jí hodnotí více kriticky. Jako nejméně problematické oblasti deklaruje veřejnost i sestry dostupnost zdravotní péče. Kvalita poskytované péče je hodnocena kladně ze strany veřejnosti i občanů.

### Komparace postojů veřejnosti a sester k návrhům z následujících opatření

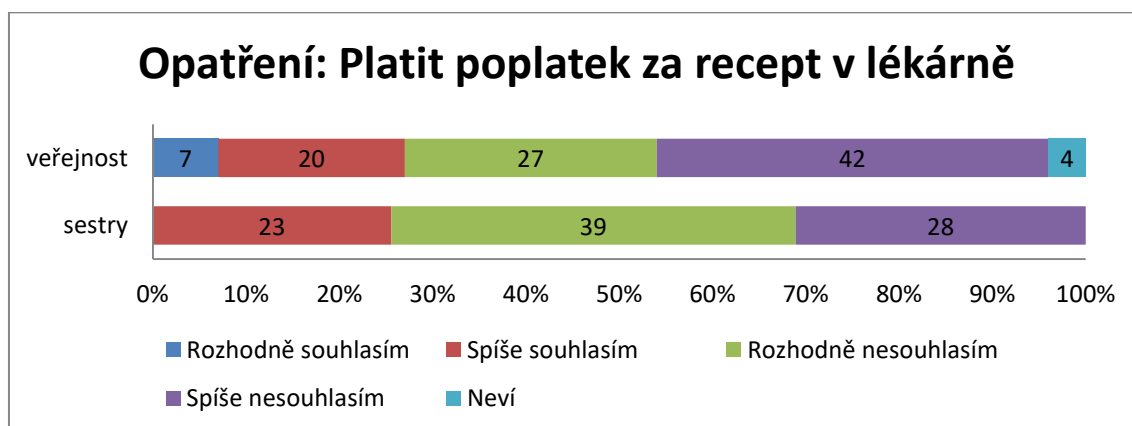
CVVM každoročně provádí výzkum veřejnosti, kterým zjišťuje postoje a názory občanů na některá opatření ve zdravotnictví. Respondenti se vyjadřovali k příplatku za návštěvu u lékaře, poplatku za recept v lékárně a větších příplatcích za léky. Některé návrhy se shodovaly s položkami vlastního dotazníkového šetření. Shodné návrhy opatření budou komparovány v následující části práce.

Obrázek č. 15: Platit poplatek za návštěvu u lékaře v %

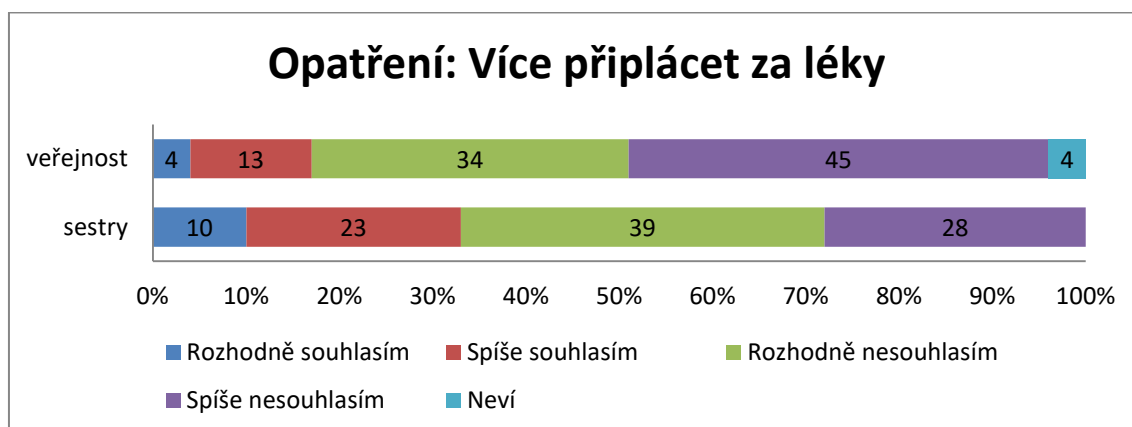


Obrázek č. 12 komparuje rozdíly mezi názory sester a veřejnosti na opatření platit poplatek za návštěvu u lékaře. S navrženým opatřením rozhodně nebo spíše nesouhlasí 88 % veřejnosti, souhlas vyjadřuje pouhých 11 % veřejnosti. Naopak sestry se s tímto návrhem rozhodně nebo spíše souhlasí v 58 %, odmítavý postoj zaujímá 42 % sester. Toto opatření veřejnost odmítá více než sestry.



**Obrázek č. 16: Platit poplatek za recept v lékárně v %**

Obrázek č. 16 porovnává postoje sester a veřejnosti k opatření platit poplatky za recept v lékárně. Většina sester se staví k tomuto návrhu odmítavě 67 %, podobně jako veřejnost, která odmítá opatření v 69 %. S návrhem souhlasí jen 23 % sester a 27 % obyvatel. Veřejnost i sestry se shodují v názoru na toto opatření.

**Obrázek č. 17: Více připlácet za léky v %**

Obrázek č. 17 zachycuje komparaci názorů na opatření více připlácet za léky. Rozhodně nebo spíše nesouhlasí s tímto návrhem 79 % obyvatel. Pásmo stejných odpovědí volí 67 % sester. Dá se říci, že postoj veřejnosti je k návrhu více odmítavý. Sestry v 33 % rozhodně nebo spíše souhlasí s návrhem, na rozdíl od veřejnosti, kterých je pouze 17 %.

Obecně lze konstatovat, že postoje všeobecných sester a veřejnosti jsou k navrženým opatřením převážně negativní a odmítavé. Veřejnost vyjadřuje ke všem opatřením větší nesouhlas, na rozdíl od sester.

## 4 ZÁVĚR

Záměrem bakalářská práce bylo přinést poznatky o mínění sester o zdravotnickém systému v ČR a zjištěné informace porovnat s výsledky podobného šetření prováděného CVVM. Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny následující cíle.

1. Vytvořit dotazník, který bude doplněn o charakteristiku vzorku a následně zadán cílové skupině sester.
2. Zjištěná data roztřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu.
3. Komparovat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií na stejné nebo obdobné téma.
4. Zobecnit výsledky vlastního šetření a navrhnout změny v oblasti pregraduálního vzdělávání sester, případně specializačního vzdělávání vztahující se k výuce problematiky zdravotnického systému a organizace zdravotnických služeb v České republice.

Jak vyplývá z předchozích kapitol, následující cíle se podařilo splnit. V teoretické části práce jsou popsány teoretická a praktická východiska řešení problematiky. V empirické části práce jsou uvedeny výsledky vlastního šetření sester z ONK (n=163).

Z vlastního šetření vyplývají následující závěry. Respondenti (všeobecné sestry) projevují relativně malou spokojenost se zdravotnickým systémem (22,08 %). Dále vnímají velké problémy v oblastech financování veřejného zdravotnictví (82,21 %), v oblasti hospodaření s léky (62,49 %) a v oblasti fungování zdravotní péče (75,46 %). Respondenti výrazně lépe hodnotili objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím, kde malé nebo žádné problémy uvedlo 50,30 % respondentů. Sestry méně vnímají problémy s dostupností zdravotní péče (62,57 %) a s kvalitou poskytované péče (61,97 %). Problémy mezi sestrami a pacienty nevnímají tak intenzivně, žádné nebo malé problémy uvedlo 66,26 % účastníků. Stejně tak i problémy ve vztazích mezi lékaři a sestrami nejsou vnímány intenzivně, uvedlo 71,16 % respondentů. Podle 26,38 % respondentů se v poslední době kvalita zdravotní péče spíše nebo hodně zhoršila. Jako spíše nedostatečný nebo rozhodně nedostatečný vnímá rozsah informací podávaných nemocným ze strany lékaře 26,38 % dotazovaných. Na stejnou

otázku zjišťující hodnocení rozsahu poskytovaných informací ze strany sester pacientům je v pásmu nespokojenosti (tzn. spíše nedostatečně nebo rozhodně nedostatečně 14,11 %). V rámci šetření byl zjišťován názor respondentů na účast pacientů při rozhodování o léčbě jeho nemoci. Je potěšující, že pouze 6 (3,68 %) respondentů se domnívá, že by se pacient spíše neměl podílet na rozhodování o léčbě své nemoci. Všichni ostatní respondenti odpověděli, že by se pacient rozhodně měl nebo spíše měl účastnit rozhodování o léčbě jeho nemoci. Většina sester (66,88 %) nesouhlasí nebo spíše nesouhlasí s tím, aby si pacient připlácel za léky, dále aby platil poplatek za recept (70,55 %) a se zvýšením zdravotního pojištění (51,53 %). Z navrhovaných opatření spíše nebo rozhodně souhlasí s úhradou příplatku za návštěvu u lékaře 58,28 % respondentů a se zvýšením plateb ze státního rozpočtu do veřejného zdravotního pojištění a to v 91,41 %.

Jak vyplývá v bakalářské práci z předcházejících kapitol, byly do šetření zařazeny otevřené otázky, zjišťující, co by se mělo zlepšit ve prospěch pacientů a sester ve zdravotnickém systému. Nejčastějším návrhem ve prospěch pacienta je zajištění dostatečného času na poskytování ošetrovatelské péče. Nejčastějším návrhem ve prospěch zdravotníků je zlepšení jejich finančního ohodnocení.

Při řešení bakalářské práce byly výsledky dotazníkového šetření podrobeny statistické analýze s cílem zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v odpovědích respondentů na jednotlivé položky dotazníku v závislosti na jejich věku, stupni dosaženého vzdělání, délky jejich praxe a specializované způsobilosti. Statisticky významné rozdíly byly zaznamenány u položek problémy s objemem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím a problémy ve vztazích mezi sestrami a pacienty. V závislosti na specializované způsobilosti z výsledků vyplývá, že sestry se specializovanou způsobilostí vidí větší problémy v objemu poskytovaných služeb veřejným zdravotnictvím (n=58; 59,18 %), než sestry bez specializované způsobilosti (n=23; 35,31 %). Tento rozdíl (23,79 %) je statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05 ( $p=0,00278$ ). Sestry se specializovanou způsobilostí méně často uvedly, že nemají žádné problémy ve vztahu sestry s pacienty (n=1; 1,02 %), než sestry bez specializované způsobilosti (n=7; 10,74 %). Tento více než (9%) rozdíl v odpovědích respondentů je statisticky významný na hladině 0,05 (0,0421). Další statisticky významné rozdíly byly zjištěny u položek problémy s financováním pojištěn ve vztahu k délce praxe respondentů. Účastníci šetření s praxí delší než 20 let uvádějí velmi velké problémy častěji (n=84; 79,24 %) než respondenti s praxí do 20

let ( $n=39$ ; 68,41 %). Jak již bylo uvedeno tento rozdíl, je statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05 ( $p=0,00670$ ).

Jedním z cílů bakalářské práce byla komparace výsledků vlastního šetření s podobným šetřením prováděným Sociologickým ústavem AV, CVVM v prosinci 2016. Z komparace vyplývá, že sestry jsou při hodnocení zdravotnického systému a jednotlivých problémů v něm výrazně kritičtější než obecná populace v ČR. Je pozoruhodné, že na rozdíl od obecné veřejnosti ČR, by sestry více souhlasily se spoluúčastí pacientů za léky a s úhradou poplatků za návštěvu u lékaře, ale nesouhlasily s navrhovaným opatřením úhrady paušálního poplatku za recept v lékárně.

Ačkoliv jsou sestry součástí zdravotnického systému a měly by mít základní ponětí o jeho financování, jejich odpovědi na jednotlivé položky dotazníku jsou spíše projevem subjektivního vnímání zdravotnického systému, než jeho objektivním posouzením a to především u položek zjišťujících návrhy na financování zdravotnictví, kde názory respondentů nemají oporu v ekonomické realitě ČR. Je proto nutné v oblasti kvalifikační a post kvalifikační přípravy sester věnovat pozornost také základním principům financování a organizaci zdravotnického systému v ČR. A to především z toho důvodu, že dříve nebo později bude nutné české zdravotnictví reformovat. Aby sestry, jako nejpočetnější skupina zdravotnických pracovníků, mohly do takové reformy aktivně zasahovat, musí být seznámeny se základními principy fungování a financování zdravotnického systému tak, aby v budoucnu mohly kvalifikovaně ovlivňovat reformní kroky ku prospěchu profese a pacientů.

Při zpracování bakalářské práce jsem si uvědomila, jak málo sestry o zdravotnickém systému a jeho fungování vědí. Jako svůj první příspěvek k nápravě tohoto stavu bych ráda prezentovala výsledky vlastního šetření na odborné konferenci „Cesta k modernímu ošetrovatelství XIX“, která se uskuteční ve fakultní nemocnici v Motole dne 14. 09. 2017.

Během řešení své práce jsem se setkala s několika problémy, které bych nyní řešila jinak. Zcela jistě bych se současnou zkušeností začala bakalářskou práci dělat dříve a také bych věnovala větší pozornost samostatnému zpracování dat a statistické analýze. Neboť bakalářská práce obsahuje nemalou část statistických analýz, které lze se získanými daty provést. Na druhou stranu si uvědomuji, že detailní statistické zpracování všech získaných dat, by svým rozsahem významně překračovalo požadavky na tento typ kvalifikační práce. V případě potřeby chybějící analýzu ráda dopracuji.

Smyslem práce nebylo vyčerpávajícím způsobem popsat řešenou problematiku, avšak alespoň z části přinést informace o mínění sester o zdravotnickém systému v ČR. Zjistit zda se názory liší či neliší od názorů populace. Je třeba si uvědomit, že sestry jsou nejpočetnější skupinou zdravotnických pracovníků v ČR, a proto by úpravy ve zdravotnickém systému neměly být dány jen požadavky lékařů, ale i sestrami.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *SOCIOLOGIE MEDICÍNY A ZDRAVOTNICTVÍ*. čtvrté přepracované. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-355-4.
- BÁRTLOVÁ, Sylvie et al. *ROLE SESTRY SPECIALISTKY*. BRNO: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-488-7.
- DANĚK, Antonín a Jiří GLET. *Zdravotní pojištění*. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-46-7.
- DETELS, Roger et al. *Oxford Textbook of Public Health*. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0199693474.
- DOLANSKÝ, Hynek. *VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-494-2.
- DRBAL, Ctibor. *ČESKÁ ZDRAVOTNÍ POLITIKA A JEJÍ VYCHODISKA*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-340-0.
- FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelstvo- teoria*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
- FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. Druhé. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-229-4.
- GLADKIJ, Ivan et al. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- GLADKIJ, Ivan. *ÚVOD DO ZDRAVOTNICTVÍ POLITIKY, EKONOMIKY A SOCIOLOGIE ZDRAVOTNICTVÍ*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995. ISBN 80-7067-503-9.
- GLADKIJ, Ivan a Zdenka KOLDOVÁ. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3. uprav. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1120-2.
- GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. *ZDRAVOTNÍ POLITIKA ZDRAVÍ ZDRAVOTNICTVÍ*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0500-8.
- HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *SYSTÉM PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ*. Druhé upravené. Brno: NCONZO, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4.
- CHRÁSKA, Miroslav. *METODY PEDAGOGICKÉHO VÝZKUMU: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- IVANOVÁ, Kateřina, Lubica JUŘIČKOVÁ a Ivan GLADKIJ. *Medicína a společnost*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3446-9.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILCOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-7178-642-X.
- MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. Brno, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.

- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *ÚVOD DO OŠETŘOVATELSTVÍ: II. díl - Systémový přístup*. Praha: Karolínium, 2003. ISBN 80-246-0428-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *ÚVOD DO OŠETŘOVATELSTVÍ: I. díl - Systémový přístup*. Praha: Karolínium, 2004. ISBN 80-246-0429-9.
- MZ ČR. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZ ČR, 2000. ISBN 80-85047-20-9.
- NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotní pojištění*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
- PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PUSTELNÍK, Karel a Darja JAROŠOVÁ. *ÚVOD DO STUDIA ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2003. ISBN 80-7042-346-3.
- STAŇKOVÁ, Marta. *ZÁKLADY TEORIE OŠETŘOVATELSTVÍ*. Praha: Regleta, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
- STREJČKOVÁ, Alice et al. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-943-0.
- ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Druhé upravené. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. ISBN 978-80-7454-135-3.
- ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7213-429-1.
- Linda H, a kol. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD. *Zákony pro lidi.cz* [online]. Zlín: AION CS, 2017 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
- Www.aktualne.cz. *Www.aktualne.cz* [online]. Praha: Economia, 2017 [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <https://www.aktualne.cz/wiki/politika/ministerstvo-zdravotnictvi/r~i:wiki:3570/>
- Zákon č. 372/2011 Sb. *MZ ČR* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2012 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/legislativa/>
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Metodická opatření. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. Praha: MZ ČR, 2004, částka 9.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Zdravotnický systém

Obrázek č. 2: Diamantový model

Obrázek č. 3: Nejvyšší odborné vzdělání

Obrázek č. 4: Zdravotnické pracoviště

Obrázek č. 5: Histogram věku respondentů

Obrázek č. 6: Histogram délky praxe

Obrázek č. 7: Spokojenost se zdravotnickým systémem

Obrázek č. 8: Spokojenost se zdravotním systémem v ČR (komparace)

Obrázek č. 9: Financování veřejného zdravotnictví

Obrázek č. 10: Hospodaření v oblasti léků

Obrázek č. 11: Fungování pojišťoven

Obrázek č. 12: Objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím

Obrázek č. 13: Kvalita poskytované péče

Obrázek č. 14: Dostupnost zdravotní péče

Obrázek č. 15: Platit poplatek za návštěvu u lékaře

Obrázek č. 16: Platit poplatek za recept v lékárně

Obrázek č. 16: Platit poplatek za recept v lékárně



## SEZNAM TABULEK

- Tab. 1: Pohlaví respondentů
- Tab. 2: Specializovaná způsobilost respondentů
- Tab. 3: Popisná statistika věku respondentů
- Tab. 4: Popisná statistika délky praxe respondentů
- Tab. 5: Financování veřejného zdravotnictví
- Tab. 6: Hospodaření v oblasti léků
- Tab. 7: Fungování pojišťoven
- Tab. 8: Objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím
- Tab. 9: Dostupnost zdravotní péče
- Tab. 10: Kvalita poskytované péče
- Tab. 11: Vztahy mezi sestrami a pacienty
- Tab. 12: Vztahy mezi lékaři a sestrami
- Tab. 13: Kvalita zdravotní péče v ČR v poslední době
- Tab. 14: Informace podávané nemocnému ze strany lékařů
- Tab. 15: Informace podávané nemocnému ze strany sester
- Tab. 16: Účast pacienta na rozhodování o léčbě jeho nemoci
- Tab. 17 Návrhy a opatření I
- Tab. 18 Návrhy a opatření II
- Tab. 20 Návrhy a opatření IV
- Tab. 21 Návrhy a opatření V
- Tab. 22: Statistický test významnosti
- Tab. 23: Pozorovaná četnost – Vztah mezi sestrami a pacienty
- Tab. 24: Pozorovaná četnost – Objem služeb poskytovaných VZ
- Tab. 25: Pozorovaná četnost – Fungování pojišťoven

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

## **Mínění sester o zdravotnickém systému v ČR**

### **Dotazník**

Dobrý den,

Jsem studentka 2. LF UK v Praze, bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra. V rámci studia vypracovávám bakalářskou práci na téma „Mínění sester o zdravotnickém systému“. Součástí mé práce je výzkumné šetření.

Ráda bych Vás v této souvislosti požádala o vyplnění následujícího dotazníku, týkajícího se názorů sester na zdravotnický systém v ČR. Dotazník je určen pouze pro všeobecné sestry. Cílem je zjistit Vaše názory a postoje na zdravotnictví a jeho jednotlivé části a porovnat je s názory laické veřejnosti. Dotazník je anonymní, vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky a zalepte. Obálku předejte Vaší staniční sestře.

Předem Vám děkuji za čas, který budete věnovat vyplnění mého dotazníku.

Michaela Drábová

### **B. Uved'te kolik je Vám let?**

Věk.....

### **C. Jaké je Vaše nejvyšší odborné vzdělání?**

1. Úplné střední odborné vzdělání (SZŠ)
2. Vyšší odborné vzdělání (VOŠ)
3. Vysokoškolské vzdělání v bakalářském studijním programu
4. Vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu

**D. Máte specializovanou způsobilost (dříve PSS) ?**

1. Ano
2. Ne

**E. Na jakém typu zdravotnického pracoviště jste zařazena?**

1. Standardní oddělení
2. Ambulantní pracoviště
3. JIP/ ARO
4. Jiné

**F. Uveďte délku Vaší praxe v letech**

Roky.....

**G. Uveďte Vaše pohlaví**

1. Žena
2. Muž

Otázky týkající se názoru na zdravotnický systém a zdravotní péči

**H. Jste spokojen(a) se zdravotním systémem v ČR**

1. Rozhodně spokojen (a)
2. Spíše spokojen (a)
3. Ani spokojen (a), ani nespokojen (a)
4. Spíše nespokojen (a)
5. Rozhodně nespokojen (a)

- **Jaké problémy jsou v následujících oblastech zdravotnictví?**

(Přiřaďte křížek k variantě odpovědi, se kterou souhlasíte)

	1.Velmi velké	2.Velké	3.Malé	4.Žádné
<b>CH.</b> Financování veřejného zdravotnictví				
<b>I.</b> Hospodaření v oblast léků				
<b>J.</b> Fungování pojišťoven				
<b>K.</b> Objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím				
<b>L.</b> Dostupnost zdravotní péče				
<b>M.</b> Kvalita poskytované zdravotní péče				
<b>N.</b> Vztah mezi sestrami a pacienty				
<b>O.</b> Vztah mezi lékaři a sestrami				

**P. Jak byste hodnotil(a) kvalitu zdravotní péče v ČR v poslední době?**

1. Došlo k zlepšení
2. Spíše se zlepšila
3. Nezměnila se
4. Spíše se zhoršila
5. Velmi se zhoršila

**R. Jak byste hodnotil(a) svůj zdravotní stav?**

1. Velmi dobrý
2. Dobrý
3. Průměrný
4. Špatný
5. Velmi špatný

**Ř. Jak byste hodnotil(a) množství informací podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany lékařů?**

1. Rozhodně dostatečné
2. Spíše dostatečné
3. Spíše nedostatečné
4. Rozhodně nedostatečné

**S. Jak byste hodnotil(a) množství informací podávané nemocným o jejich zdravotním stavu ze strany sester?**

1. Rozhodně dostatečné
2. Spíše dostatečné
3. Spíše nedostatečné
4. Rozhodně nedostatečné

**Š. Jaký je Váš názor na účast pacienta na rozhodování o léčbě jeho nemoci?**

1. Rozhodně by se měl účastnit
2. Spíše měl
3. Spíše neměl
4. Rozhodně neměl

- **Se kterým návrhem, z následujících opatření, se ztotožňujete?**

(Přiřaďte křížek k variantě odpovědi, se kterou souhlasíte)

	1.Rozhodně souhlasím	2.Spíše souhlasím	3.Rozhodně nesouhlasím	4.Spíše nesouhlasím
<b>T.</b> Více připlácet na léky				
<b>U.</b> Platit příplatek za návštěvu u lékaře				
<b>V.</b> Platit příplatek za recept				
<b>W.</b> Navýšení zdravotního pojištění				
<b>X.</b> Zvýšení plateb ze státního rozpočtu				

**Y. Co by se, dle Vašeho názoru, mělo zlepšit ve prospěch pacienta ve zdravotnickém systému?**

**Z. Co by se, dle Vašeho názoru, mělo zlepšit ve prospěch zdravotníků ve zdravotnickém systému?**

Dotazník je sestaven na základě šetření provedeného Centrem pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR. Děkuji za Vaší spolupráci při vyplnění dotazníku. Michaela Drábová