

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



**Ing., Bc. Pavla Břízová**

*Hodnocení spokojenosti pacientů s perioperační anesteziologickou péčí*

*Evaluation of patient satisfaction with perioperative anesthetic care*

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: prof. MUDr. Vladimír Černý, PhD., FCCM

3. září

Praha, 2013

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 07. 2013

Jméno – Příjmení (hůlkovým písmem)

Ing., Bc. Pavla Břízová

Podpis

**Identifikační záznam:**

BŘÍZOVÁ, Pavla. Hodnocení spokojenosti pacientů s perioperační anesteziologickou péčí. [*Evaluation of patient satisfaction with perioperative anesthetic care*]. Praha, 2013. 93 stran, 2 přílohy. Diplomová práce (Mgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK 2013. Vedoucí práce prof. MUDr. Vladimír Černý, PhD., FCCM.

**Abstrakt:**

Tématem této diplomové práce je „Hodnocení spokojenosti pacientů s perioperační anesteziologickou péčí“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsou popsány definice spokojenosti z více hledisek, jaké faktory mohou spokojenost ovlivňovat a psychosociální potřeby, které mají významný vliv na prožívání období v nemocnici. Praktická část se zabývá dotazníkovým průzkumem. Dotazník je zaměřen na zhodnocení spokojenosti pacientů s perioperační anesteziologickou péčí. Na základě získaných informací je provedeno statistické zhodnocení výsledků.

Cílem této práce je zjištění míry spokojenosti pacientů v předoperačním a pooperačním období. Dále zjistit z dotazníkového průzkumu konkrétní oblasti při poskytování péče, na které je třeba se zaměřit ke zvýšení spokojenosti a kvality péče.

**Abstract:**

The topic of this thesis is "Evaluation of patient satisfaction with perioperative anaesthesia care." The work is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical section describes the definition of satisfaction from multiple points of view and analyses factors affected satisfaction of patients and psychosocial needs that have a significant impact on the experience of the hospital care.

The practical part deals with the questionnaire survey. The questionnaire is focused on the evaluation of patient satisfaction with perioperative anaesthesia care. Questionnaire results are statistically analysed.

The aim of this work is to determine the level of satisfaction of patients in the preoperative and postoperative period.

**Klíčová slova:** předoperační, perioperační, péče, anesteziologická péče, spokojenost, hodnocení spokojenosti

**Key words:** perioperative, care, anesthesia care, satisfaction, score

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu profesorovi MUDr. Vladimíru Černému, PhD., FCCM za vedení této diplomové práce a odborné rady, kterými přispěl k jejímu vypracování a paní MUDr. Kateřině Vítkové za cenné připomínky. Dále pacientům FN HK bez kterých by tato práce nemohla vzniknout a kteří byli ochotni podílet se na dotazníkovém průzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mojí rodině za trpělivost a podporu ve studiu.



# OBSAH

ÚVOD .....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1. Spokojenost .....	7
1.1 Definice spokojenosti .....	7
1.2 Spokojenost - indikátor kvality .....	8
2. Management kvality .....	9
2.1 Zdravotní péče a její kvalita .....	9
2.1.1 Definice kvality .....	10
2.1.2 Činnosti k zajištění kvality zdravotní péče .....	11
2.1.3 Systémy kvality ve zdravotnictví .....	11
2.2 Měření kvality .....	12
3. Psychologie nemocného .....	13
4. Faktory ovlivňující spokojenost pacienta .....	16
4.1 Psychosociální potřeby .....	16
4.1.1 Fyziologické potřeby .....	18
4.1.1.1 Bolest .....	18
4.1.1.2 Spánek a odpočinek .....	20
4.1.1.3 Výživa .....	20
4.1.1.4 Vyprazdňování moče a stolice .....	22
4.1.2 Potřeba jistoty a bezpečí .....	22
4.1.3 Potřeba lásky a sounáležitosti .....	23
4.1.4 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty .....	23
4.1.5 Potřeba seberealizace .....	23
4.2 Informovanost pacienta .....	24
4.2.1 Informovaný souhlas .....	25
4.2.2 Odvolání, zpochybnění a neposkytnutí informovaného souhlasu .....	26
4.3 Komunikace .....	27
4.3.1 Komunikace s nemocným .....	27
4.3.2 Komunikace s rodinou .....	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST .....	30
1. Úvod do problematiky .....	30
2. Metodika výzkumu .....	30
3. Výsledky dotazníkového průzkumu .....	32
A. Osobní údaje .....	32
B. Informovanost o průběhu anesteziologické péče .....	35
C. Pocit komfortu/dyskomfortu pacienta .....	43
D. Vztah personál - pacient .....	54
E. Organizace perioperační péče .....	59
4. Zhodnocení výsledků .....	62
5. Shrnutí a diskuze .....	64
ZÁVĚR .....	69
POUŽITÁ LITERATURA .....	71
SEZNAM GRAFŮ .....	76
SEZNAM TABULEK .....	78
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	80
PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Sledování kvality poskytovaných služeb ve zdravotnickém zařízení je důležitou, ale velmi citlivou součástí správného uskutečňování a plnění základních strategií při plnění dané politiky jakosti. Jedná se také o velmi diskutované téma a to jak veřejností, tak i zdravotníky. Tato diplomová práce se zabývá na základě dotazníkového šetření zhodnocením spokojenosti pacientů v období před a po operaci. Cílem je zjistit míru spokojenosti pacientů s perioperační péčí a dále konkrétní oblasti poskytovaných služeb, na které je třeba se zaměřit, zlepšit a tím zvýšit kvalitu dané péče pro větší spokojenost klientů se zdravotníky a zdravotnickým zařízením.

V teoretické části diplomové práce je popsána definice spokojenosti, co je vlastně spokojenost, jaké faktory mohou spokojenost ovlivnit a to jak pozitivně, tak i negativně. Dále je zaměřena na management kvality.

Praktická část se zabývá zhodnocením dotazníkového průzkumu, který probíhal v období listopad 2012 až únor 2013 ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Dotazník je zaměřen na zhodnocení spokojenosti pacientů s perioperační anesteziologickou péčí. Dotazník je rozdělen do šesti oddílů otázek a to na osobní údaje, informovanost o průběhu anesteziologické péče, pocity komfortu/dyskomfortu pacienta, vztah personál-pacient, organizace perioperační péče a návrhy, připomínky pacienta. Na otázky odpovídali pacienti chirurgického, urologického a gynekologického oddělení.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Spokojenost

Co je vlastně spokojenost? Můžeme říci, že spokojenost je velmi subjektivní pojem a každý z nás si pod ním představí něco jiného. Předpokládá se, že tento pojem je všem tak nějak intuitivně jasný. Ale je také známo více přístupů k vymezení spokojenosti.

### 1.1 Definice spokojenosti

Český Psychologický slovník definuje spokojenost jako příjemný pocit z dobře vykonané činnosti a z dobrých vztahů.  
(HARTL, HARTLOVÁ, 2000)

V normě ISO 9000 můžeme najít tuto definici spokojenosti:  
*„Spokojenost je vnímání zákazníka týkající se stupně splnění jeho požadavků.“*

Ze zdravotnického hlediska je spokojenost v medicínském slovníku definována, jako postoj, který zaujímá pacient vůči zdravotní péči, poskytnuté službě a to všechno vnímá jako prospěšné, užitečné a účelné.

Spokojenost je tedy určitý postoj člověka, kterým reaguje na danou a vzniklou situaci. Je ovlivněna charakterovými vlastnostmi, povahou, fyzickým stavem, náladou, prostředím a dalšími faktory, které působí na jedince.

## 1.2 Spokojenost - indikátor kvality

Spokojenost pacientů je velmi důležitým indikátorem kvality zdravotní péče a má vztah k výsledkům péče. Bártlová vyzdvihuje: „Je to jeden z velmi důležitých výstupů zdravotní péče.“ Sledování spokojenosti pacientů je výbornou zpětnou vazbou pro management a ošetřující personál. Cílem opakovaných měření je získávání podkladů pro zvyšování kvality zdravotnické péče, ale také zjišťování v jaké oblasti služeb je zlepšení již patrné.

Výsledky zjištěné spokojenosti můžeme použít i pro srovnání s ostatními odděleními, klinikami a nebo zdravotnickými zařízeními u nás i ve světě.

Pacienti/klienti jsou schopni posoudit kvalitativně strukturu, proces a výsledky zdravotní péče. V první řadě si především všímají komunikačních schopností zdravotnického personálu, dále to jak se k pacientům personál chová a jak s nimi jedná. Pacienti si také všímají a hodnotí nemocniční prostředí – ambulance, oddělení, čistotu a hygienické zázemí zdravotnického zařízení atd.. Bezprostředně se pacientů týká organizace práce a služeb ve zdravotnickém zařízení, sledují jak rychle byli ošetřeni při příjmu, čekací dobu na plánovaná vyšetření, postupy léčby a informovanost o daných vyšetřeních. Dále pacienti velmi vnímají i výsledky své vlastní léčby.

S průběhem léčby spokojení pacienti jsou důvěřivější ke zdravotnickému personálu a více ochotni spolupracovat při vyšetřeních a léčbě, tím lze dosáhnout lepších klinických výsledků.

Pravidelné hodnocení spokojenosti umožňuje předcházet vzniku problémů a také případným stížnostem ze strany pacientů.

K hodnocení spokojenosti pacientů/klientů se využívají kvantitativní a kvalitativní metody, které musí splňovat znaky objektivního vědeckého výzkumu.

## 2. Management kvality

### 2.1 Zdravotní péče a její kvalita

Mezi tradiční hodnoty zdravotní péče se bezpochyby řadí i kvalita zdravotní péče. Dochází k rozvoji medicínských technologií a univerzálnosti zdravotní péče, proto tato hodnota nabývá nových rozměrů a rysů. S nárůstem nových atributů vzrůstají i finanční náklady na zdravotní péči a služby.

Avedis Donabedian je zakladatelem nového celostního chápání kvality zdravotní péče. Teoretické práce, které Donabedian napsal vyvolaly zájem o vyhodnocování kvality a spotřeby zdravotnické péče. (GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L., 1999)

Existují tři pravidla pro řízení kvality zdravotní péče:

- kvalita znamená dodržení a splnění požadavků,
- pacient rozhoduje o požadavcích,
- požadavky na poskytovanou zdravotní péči se neustále zvyšují.

(ŠKRLOVI, P. a M., 2003)

Důležitou složkou zvyšování kvality zdravotní péče je hodnocení ošetrovatelské péče. Pacient, hodnotící kvalitu, určuje rozdílné priority zdravotní péče a její způsoby, kterým dává přednost nebo očekávané výsledky.

Kvalitu zdravotní péče můžeme rozdělit do tří rozměrů:

- kvalita péče, služeb z hlediska pacienta/klienta – jaké jsou jejich potřeby a očekávání,
- kvalita péče z profesionálního hlediska – zda je péče poskytována, tak jak je definována profesionály,
- kvalita péče z hlediska řízení – produktivní a ekonomické nakládání se zdroji.

Nezbytnou součástí kvality péče je její dostupnost, přiměřenost, účinnost, soustavnost, hospodárnost a spokojenost pacienta/klienta. Dále bezpečné prostředí ve kterém je péče poskytována a včasnost zdravotní péče. (GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L., 1999)

### **2.1.1 Definice kvality**

Kvalita zdravotní péče je intuitivně vnímaný pojem, který přesto vyžaduje definici. Je možné v literaturách najít mnoho definic, což evokuje nelehkost definovatelnosti tohoto pojmu. Kvalita je pojem dynamický s velkým rozsahem. Definice je závislá jak na pohledu jedince, tak na kontextu organizačního a společenského prostředí, mění se také při vzniku a přijetí nejnovějších poznatků.

Donabedian kvalitu definoval jako „péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“. (GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L., 1999)

V roce 1966 Světová zdravotnická organizace kvalitu zdravotní péče definovala, jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“. A nebo také jako „stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje“. (WHO)

Qvretveit definoval kvalitu zdravotní péče jako schopnost naplňovat potřeby lidí, kteří jsou na zdravotní péči závislí. Je to schopnost odstraňovat bolest, navracet funkce, prodlužovat smysluplný a produktivní život, respektovat lidskou důstojnost, odpovídat na otázky atd.

(GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L., 1999)

## **2.1.2 Činnosti k zajištění kvality zdravotní péče**

Mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními byly do roku 1989 značné rozdíly. Rozdíly v technickém vybavení, personálním zajištění, financování a také v úrovni poskytované zdravotní péče. Problematika kvality zdravotní péče a služeb se stala aktuální v souvislosti s transformačním procesem, který ve zdravotnictví nastal. Zkušenosti se zvyšováním a rozvojem kvality byly převzaty hlavně z vyspělejších demokratických států. Během času se mnoho zdravotnických institucí rozhodlo pro souhrnné zlepšování zavedením systému kvality získáním akreditace nebo certifikace.

## **2.1.3 Systémy kvality ve zdravotnictví**

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme formulovat například jako soubor struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procesů, procedur a zdrojů, které jsou potřebné k neustálému zlepšování a zvyšování kvality dostupné zdravotní péče a služeb, jejichž hlavním cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta/ů, navyšování kvality života a spokojenost obyvatelstva. Systém kvality obsahuje tedy celý proces vytváření postupů, sbírání informací, stanovení standardů a zhodnocení výsledků všeho co se ve zdravotnictví uskutečňuje tedy zdravotní péče a zdravotní služby. (GLADKIJ, I a kol., 2003)

Cílem systému kvality je zvyšování a zlepšování zdravotní péče, skýtané v souladu s požadavky a potřebami klientů a dalších vnitřních a vnějších jedinců. Cílem zvyšování kvality zdravotní péče je i zabránit nebo omezit chyby, špatné, nežádoucí výsledky, promarněný čas a možné náklady vzniklé špatnou jakostí daného zdravotnického výkonu nebo služby. (GLADKIJ, I a kol., 2003)

## 2.2 Měření kvality

K měření kvality se využívá dvou hlavních metodologických postojů. Jsou to studie jednotlivých případů a statistických metod. Objektem studie jednotlivých případů mohou být například reoperace, opakovaná přijetí, náhlá smrt nebo diagnózy samotné atd.. Pro statistický přístup můžeme využít informace získané z běžně prováděných statistik nebo formou plánovaných výzkumů nebo klinických experimentů.

(GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L., 1999)

Donabedian a jiní používají tři základní pojmy při měření kvality:

- prvek,
- kritérium,
- standard.

*Prvek* je pojem, který představuje základní údaj, jehož množina umožňuje popsat poškození zdraví nebo poskytovanou zdravotní službu, péči.

Přesně definovaný prvek péče či nemoci je *kritérium*, který popisuje strukturu, proces nebo výsledek služby či péče, má specifický vztah ke kvalitě a je měřitelný. Kritérium máme strukturální, procesuální a výsledkové. Musí být přesně popsáno, tak aby bylo možné ho jednoznačně a vhodně použít pro měření kvality zdravotní péče nebo nemoci. Kritérium by mělo být validní, objektivní a konstantní při opakovaných měřeních. V poslední době je kritérium nahrazováno pojmem „indikátor kvality“.

(GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L., 1999)

Zdravotnická zařízení používají celou řadu všemožných indikátorů kvality a to buď generických nebo vytvořených tzv. na míru. Tyto indikátory kvality zdravotnické péče, služeb mohou být nazvány měřitelnými kritérii, které ve srovnání s daným standardem, požadavkem nebo směrnici poukazují na to, jak daleko bylo daného standardu docíleno.

(ŠKRLOVI, P. a M., 2003)



### 3. Psychologie nemocného

Jak již bylo zmíněno první stresová situace s kterou se musí pacient vyrovnat je samotný fakt podstoupení operace. Musíme si uvědomit, že psychika pacienta může silně ovlivnit a narušit samotný průběh operačního výkonu a následnou rekonvalescenci. Mohou se objevit existenční obavy vzhledem k délce rekonvalescence. Strach ze ztráty zaměstnání, u žen o chod domácnosti, o děti atd.

Cílem psychologického přístupu k pacientovi je ovlivnění jeho postoje k onemocnění, způsobu léčby a získání jeho jako aktivního spolupracujícího člena v tomto procesu. Působení se odvíjí ve třech základních psychologických rovinách, které se vzájemně propojují a je důležitá jejich komplexnost. (KONDÁŠ, 1978)

*1. Racionální působení na nemocného:* Základem je dostatečná a vhodná informovanost pacienta o nadcházející léčbě a plánované ošetrovatelské péči. Nedostatečná informovanost může vést k iatrogenii a může nutit pacienty k získávání informací od jiných zdravotnických pracovníků nebo od spolupacientů. Tyto informace mohou být zveličené, zkreslené a nedostačující. Důležité je i naslouchání, které neznamena jen slyšet, ale hlavně plně chápat a porozumět. (ZACHAROVÁ et al., 2007)

*2. Sugestivní působení na city a představy pacienta:* Pokud pacient nepřijímá naše racionální vysvětlení a zdůvodnění využíváme tohoto působení. Základem je změnit pacientovu citovou reakci a postoj k diagnostickým a terapeutickým postupům. Doporučuje se upřít pozornost pacienta na jeho rodinu a blízké osoby, které očekávají pozitivní výsledek operačního zákroku. Právě tyto osoby mohou změnit a ovlivnit reakce pacienta. Sugestivní působení je náročné na sebekontrolu a využívání komunikačních dovedností zdravotníků v porovnání s vysvětlováním.

3. *Návštěva příbuzných*: Pozitivní rodinné vztahy mohou pacientovi usnadnit překonat strach, lhostejnost a apatii k onemocnění a léčbě. (BERAN, 1992)

Rodina a blízké osoby dávají pacientovi pocit, že jim záleží na jeho uzdravení. Ale pozor rodina může na pacienta působit i negativně, pokud je nerozhodná, projevují lítost, soucit a pacientovi podávají mylné informace.

Strach v předoperačním období se může projevit změnou fyziologických funkcí a to zrychlením pulzu, zvýšením krevního tlaku, studenou pokožkou, zimomřivostí, bledostí, zvýšeným pocením, nutkáním na stolicí či močení. Dále mezi projevy strachu můžeme zařadit poruchy pozornosti, projevu, myšlení, roztěkanost, uzavřenost, rozpaky, okusování nehtů, snížená sebedůvěra, pláč, ale i agrese.

Pokud se před operací nevěnuje adekvátní pozornost sledování a zmírnění strachu, mohou se v období po operaci objevit psychické problémy. (HONZÁK, 1995) Patří k nim: mírná apatie, která je běžná v pooperačním období, ale může také signalizovat hlubší depresi po operaci. Dále se může objevit hypochondrizace, která se projevuje obavami pacienta z možných komplikací, které běžnému pooperačnímu průběhu neodpovídají. Strach všeobecně zpomaluje proces hojení a rekonvalescence. Také se můžou objevit projevy dezorientace, euforičnost, vystrašenost atd.

Předpokladem pro zmírnění stresu z operačního výkonu je dobrá komunikace a zkušenost zdravotnického personálu. Dostatek informací, čas na zodpovězení veškerých dotazů a připomínek zvyšuje důvěru a snižuje pacientovy obavy ze samotného operačního výkonu. Dále uplatňovat ošetrovatelský proces, který umožňuje na základě sběru informací a dat o pacientovi sledovat výskyt problémů a následně spolupracovat s pacientem a jeho okolím na jejich řešení a eliminaci vzniku.

Součástí psychologické péče je psychologická příprava pacienta před operací, psychologické vedení pacienta během operace (v případě lokální a svodné anestezie) a psychologická péče po operaci a v době rekonvalescence. Je důležité, aby jednotlivé aspekty psychologické péče byly uváděny do praxe všemi zdravotnickými pracovníky v plném rozsahu.

## **4. Faktory ovlivňující spokojenost pacienta**

Už tedy fakt, že pacient musí podstoupit operační zákrok je pro něho velmi stresující záležitost, která může vést k neadekvátnímu vnímání situace a pocitu nespokojenosti. Vliv prostředí, špatná komunikace, nedostatečná informovanost nebo lhostejnost ze strany zdravotnického personálu také působí na psychiku nemocného a může docházet k neuspokojování psychosociálních potřeb pacienta. Proto by se pracovníci zdravotnického zařízení měli snažit všechny potenciální stresové faktory eliminovat a pacientovi pobyt v nemocnici co nejvíce usnadnit a zpříjemnit.

### **4.1 Psychosociální potřeby**

Nemoc často omezuje pacienty v uspokojování potřeb a sama modifikuje způsob vyjádření a možnosti jejich uspokojení. Zdravotnický personál by měl nemocným napomáhat v uspokojování jejich fyziologických i psychických potřeb. Odezvy na neuspokojené potřeby budou individuální u každého pacienta. Například psychická reakce na neuspokojenou potřebu hygieny nebo výživy bude jiná u nemocného po operaci červovitého výběžku tlustého střeva - apendixu, kde se objevuje přechodná nesoběstačnost v základních aktivitách a jiná u pacienta po odnětí části dolní končetiny - amputaci. Pacient po operačním zákroku na plicích potřebuje mimo jiných intervencí i kyslík, pomoc při pohybové aktivitě a hlavně psychickou podporu bezprostředně po proběhlé operaci a v průběhu rekonvalescence. S postupným zotavováním nemocných klesá potřeba pomoci zdravotnických pracovníků. Jakmile jsou uspokojeny potřeby fyziologické napovrch se dostávají potřeby vyšší úrovně jako jsou potřeby jistoty a bezpečí.

Reakce a způsob prožívání neuspokojených potřeb je dána individualitou člověka, jeho osobnostními vlastnostmi. Určující je typologie člověka (extrovert, introvert), emociální labilita nebo stabilita a odolnost proti zátěži.

Obrázek č. 1: Maslowova hierarchie potřeb  
Upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem: PSYCHOLOGIE. Praha,  
Victoria Publishing 1995



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

Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami.

### 4.1.1 Fyziologické potřeby

Objevují se při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, slouží k přežití. Většinou děláme všechno proto, aby byly uspokojeny fyziologické potřeby dříve než se stanou aktuální. Pokud jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantní a ovlivňují celkové jednání a chování jedince. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

Mezi fyziologické potřeby patří potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, tepla, potřeba být bez bolesti a jiné. Vyjadřují narušenou homeostázu.

#### 4.1.1.1 Bolest

*„Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození... Bolest je vždy subjektivní... „ (definice WHO)*

Bolest je nejkompexnější lidskou zkušeností, její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, sociálními a emočními. Je stavem tísně, stresem až šokujícím momentem. Spouští mediátorové kaskády s dalekosáhlými změnami v orgánech, celém organismu. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

Bolest pacienta může být intenzivnější a stále se zvětšovat, pokud nemocný neví, co se s ním bude dít, nevím proč ho něco bolí nebo jak bude léčba dlouho trvat. Nejistota, strach a obavy zhoršují celkový stav nemocného. Zdravotnický personál může svým chováním a jednáním obavy zmírnit nebo naopak zvýšit.

Pozitivní vliv zdravotnického personálu na tlumení bolesti:

- Compliance vyznačuje harmonický vztah mezi lékařem a pacientem, vzájemné porozumění, souznění.
- Empatie je schopnost vžít se do pocitů nemocného, chápat jeho problémy, je obrazem psychického stavu pacienta.
- Sugestivní působení jako přesvědčování pacienta, že o jeho bolesti víme, posilujeme pacientovo sebevědomí.

- Haptický kontakt pacientovi sděluje, že jsme mu nablízku a o jeho bolesti víme. (pohlazení, podání ruky)
- Ochota vyslechnout pacienta a akceptovat ho.

(TRACHTOVÁ et al., 2006)

Pro zhodnocení bolesti je důležité získat anamnézu bolesti a udělat fyzikální vyšetření se zaměřením na klientovy fyziologické a behaviorální odpovědi na bolest. Z anamnézy je nutné získat informace o lokalizaci, intenzitě, typu a kvalitě bolesti. Zjišťujeme faktory, které bolest vyvolávají, doprovodné symptomy nebo předcházející zkušenosti.

K léčbě akutní bolesti využíváme rychle působící formy léků podle potřeby, nejlépe v začátku (nástupu) bolesti. Nejčastěji využíváme intravenózní, subkutánní nebo perorální podání léků. Cílem léčby akutní bolesti je odstranění bolesti, její příčiny, včasná mobilizace pacienta a prevence přechodu akutní bolesti do chronické podoby.

Mezi výhody potlačení bolesti bezpochyby patří komfort pacienta a jeho vyšší spokojenost, zamezení vzniku stresové reakce, možnost dřívější mobilizace, zkrácení doby hospitalizace a snížení nákladů na hospitalizaci.

V perioperačním období a nejen v něm je možné využít tzv. preemptivní analgezie. Jedná se o podání analgetik před okamžikem nociceptivní (bolestivé) stimulace, tedy před operací nebo vyšetřením. Principem je zvýšení prahu bolesti, zamezení funkčních změn na míšňí receptorové úrovni, zamezení senzitivace CNS a vzniku primární a sekundární hyperalgezie.

#### **4.1.1.2 Spánek a odpočinek**

Každé psychické i somatické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou. Spánek a odpočinek má pro organismus regenerační a ochranný význam. Dostatečný odpočinek je obraným mechanismem proti vyčerpání organismu. Nemocný člověk má větší nároky na spánek a odpočinek než člověk zdravý a to je potřeba respektovat.

Narušený spánek se řadí mezi nejčastější stížnosti pacienta v nemocnici. Příčinou může být samotná hospitalizace, změna prostředí, nedostatek intimity, soukromý, klidu nebo nadměrný hluk atd. K nedostatečnému uspokojení potřeby spánku vedou i obavy, úzkost, stres a to všechno narušuje pohodu a spokojenost pacienta.

Zdravotnický personál by měl nemocnému pomáhat nacházet způsob řešení spánkových problémů. Upravit prostředí, podpořit spánkové návyky, zabezpečit pohodu, relaxaci, dle možností plánovat aktivity, po dohodě s lékařem zvolit vhodnou medikaci – hypnotika, sedativa, anxiolytika. Léky mohou být podány v premedikaci, která je podávána večer před operací a má zajistit kvalitní spánek a odpočinek a nebo také v premedikaci, která zklidní pacienta a tlumí účinky autonomního nervového systému. Premedikace je podávána před operačním výkonem. Velmi důležitá je i psychická podpora, vysvětlování, trpělivost zvláště u bojácných a úzkostných pacientů. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

#### **4.1.1.3 Výživa**

Příjem potravy, stravování, jídlo jsou příjemnou věcí v životě člověka. Stravováním neuspokojujeme pouze hlad, ale příjem jídla a pocit sytosti u člověka vyvolává i pozitivní emoce. Potrava ovlivňuje nejen zdraví a duševní harmonii, ale i celkový zdravotní stav a průběh některých onemocnění.



Jak již bylo řečeno jídlo navozuje pocit libosti, spokojenosti. Potřeba výživy je biologickou, primární potřebou jedince a je nezbytným předpokladem pro udržení biologické homeostázy organismu, můžeme říci i předpokladem k zachování životaschopnosti. Pro zdraví a život je nezbytný příjem odpovídajícího množství tekuté a pevné stravy.

Faktory ovlivňující výživu:

1. Fyziologicko – biologické faktory

- funkce zažívacího systému,
- věk, růst, vývoj,
- pohlaví,
- zdravotní stav.

2. Psychicko – duchovní faktory

- zvyklosti, potřeby,
- osobnost,
- emocionální ladění.

3. Sociálně – kulturní faktory

- kulturní zvyky a obyčeje,
- způsob života,
- ekonomická situace,
- religiózní hodnoty.

4. Faktory životního prostředí

- klima a geografická poloha,
- stav životního prostředí,
- kvalita vzduchu, vody, půdy.

(TRACHTOVÁ et al., 2006)

#### **4.1.1.4 Vyprazdňování moče a stolice**

Potřeba vyprazdňování patří mezi základní biologické potřeby člověka a je fyziologickou funkcí organismu. Vyprazdňování zasahuje do intimní oblasti jedince a lidé mívají často zábrany o problémech s vyprazdňováním hovořit. Uspokojení této potřeby vede k rovnováze v organismu a navozuje pocity spokojenosti, naopak neuspokojení potřeby vede k somatickým obtížím (bolesti, nadýmání, pocit plnosti) a k negativním emocionálním stavům (napětí, nervozita, špatná nálada, strach, úzkost atd.).

Při hodnocení vyprazdňování se musí k nemocnému přistupovat citlivě, s respektem a hlavně diskrétně. Vedení konverzace na toto téma vyžaduje vysokou profesionální úroveň, znalost psychiky nemocného a vysoké komunikační dovednosti.

(TRACHTOVÁ et al., 2006)

#### **4.1.2 Potřeba jistoty a bezpečí**

Nemoc a hospitalizace pacienta v nemocnici je provázána nepříjemnými pocity nejistoty, strachu a úzkosti. Absence v zaměstnání, pobyt v nemocnici, izolace od příbuzných, to vše bere pacientovi pocity jistoty a bezpečí. Nejistota působí jako stresor a ten ovlivňuje adaptační mechanismy organismu.

Jestliže nejsou potřeby bezpečí a jistoty dostatečně uspokojeny, pacient fyzicky a psychicky strádá a neuspokojení potřeb pociťuje jako ohrožení své existence. Veškeré chování a jednání sester a lékařů by mělo ve svém důsledku vést ke snížení nebo odstranění nejistoty, úzkosti a strachu. Komunikace s pacientem musí být srozumitelná a jasná. Informace, které dostává by měly být přiměřené jeho věku, vzdělání, předešlým zkušenostem. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

### **4.1.3 Potřeba lásky a sounáležitosti**

Potřeba lásky a sounáležitosti je také nazývána jako potřeba afiliační. Tato potřeba označuje potřebu milovat a být milován, potřebu sounáležitosti, náklonnosti a sociální integrace. Potřeba vystupuje napovrch v situacích, kdy pacient začne pociťovat samotu a opuštění. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

### **4.1.4 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty**

Potřeba sebeúcty vyjadřuje touhu po respektu od ostatních lidí, uvnitř sociální skupiny. Neuspokojení potřeby se dostavuje v situacích ztráty respektu, důvěry, kompetence a projevuje se snahou znovu nabýt ztracené sociální hodnoty.

Potřeba uznání a ocenění vyjadřuje přání kompetence, výkonu, nezávislost na mínění druhých a důvěry v okolní svět. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

### **4.1.5 Potřeba seberealizace**

Potřeba vyjadřující realizovat své schopnosti a záměry. Jedince chce být tím, kým podle svého úsudku může být. Člověk musí nacházet z práce, činnosti uspokojení a být přesvědčen, že danou práci dělá dobře. (TRACHTOVÁ et al., 2006)

## 4.2 Informovanost pacienta

Nespokojenost pacienta může vzniknout nejen z nedostatku informací, ale i z přístupu lékaře k pacientovi. Například lhostejným přístupem nebo nevhodným způsobem podání informací – spěch, strohost, velká odbornost, nesrozumitelnost. Vzniká nepříjemná atmosféra a pacienta zužují obavy klást otázky, které ho zajímají nebo trápí. To vše má dopad na psychiku nemocného, která má význam při spolupráci a celkové léčbě pacienta – vzniká psychická iatrogenie.

Základem vztahu nemocného s lékařem je efektivní komunikace. Lékař by měl při komunikaci dodržovat úctu a respekt k pacientovi, porozumění pro jeho zdravotní a psychický stav. Očekává se od něho autorita a pravdivost. Špatný je direktivní přístup, nedostatek empatie a přetvařování se. K vymizení úzkosti a strachu pacienta přispěje vlídný, trpělivý a zdvořilý přístup lékaře i ostatního zdravotnického personálu. V jednání budí důvěru i věcnost. (KLIPMR, 1998)

Informovanost je jedním ze základních práv pacientů. *„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.“* Výjimku tvoří případy akutního ohrožení života.

Informace musí být podána pacientovi formou pro něho srozumitelnou, aby splnila účel porozumění, což bývá velmi často porušováno. Lékaři často používají odborné výrazy, kterým pacient nerozumí a poučení se tím stává neefektivní. Pokud jde o informace v písemné podobě je třeba výrazy a pojmy méně známé definovat.

Poučení podávané pacientovi musí splňovat informační funkci musí být pravdivé, jednoznačné, jasně formulované, dostatečné, odpovídat objektivním skutečnostem a měla by být dodržena zásada stručnosti a věcnosti.

Informace pacientovi může podávat zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podaná informace týká. Informace se podávají vždy při přijetí pacienta do péče a dále vždy, je-li to s ohledem na poskytované zdravotní služby nebo zdravotní stav klienta vhodné. Obsah informací je vždy závislý na druhu poskytnuté péče např. příčině a původu nemoci (jsou-li známy), jejím stádiu a předpokládaném vývoji, dále účelu, povaze, přínosu a možných rizicích navrhované zdravotní péče nebo výkonů. Pacient by měl být dále informován o možnosti poskytnutí péče jiným způsobem, o jeho vhodnosti a možných rizicích, další potřebné léčbě a nebo o omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na stav. Informace jsou poskytovány pacientovi, zákonnému zástupci nebo osobě určené pacientem, eventuelně neurčí-li a určit už nemůže osobě blízké. Informace se poskytují i osobám, které budou o pacienta pečovat, ale pouze v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění takové péče nebo pro ochranu jejich zdraví.

#### **4.2.1 Informovaný souhlas**

*„Aby mohl pacient před každým lékařským zákrokem vyjádřit souhlas, musí získat od lékaře potřebné údaje. Tak se praví v etickém kodexu práv pacientů vyhlášeném Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992“ (VONDRÁČEK; LUDVÍK, 2003, s. 32)*

Výrazem „informovaný souhlas“ se v teorii míní pohodlná a běžně užívaná zkratka pro situaci, ve které se pacient, jemuž byl objasněn mimo jiné účel, povaha, rizika zamýšleného zákroku a následky v případě neléčení, mohl svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na promyšlení a možností kladení doplňujících otázek rozhodnout, zda navrhovaný zákrok podstoupí. (ŠUSTEK, HOLČAPEK, 2007)

Prameny práva:

- Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (1997, v ČR č. 96/2001 Sb. m.s.)
- Listina základních práv a svobod (2/1993 Sb.)
- Zákon č. 66/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
- Úmluva o právech dítěte (104/1991 Sb. m.s.)
- Etický kodex Práv pacientů
- Charta práv hospitalizovaných dětí
- Občanský zákoník (40/1964 Sb.)

#### **4.2.2 Odvolání, zpochybnění a neposkytnutí informovaného souhlasu**

Vždy by mělo být respektováno rozhodnutí pacienta a ten nemusí sdělovat důvody rozhodnutí, které učinil. Odvolání informovaného souhlasu se týká plánovaných výkonů a lékař v tomto případě nenesे odpovědnost za následky spojené s odmítnutím péče pacientem. Pacientovo prohlášení neboli revers má důkazní význam, nemůže-li pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu prohlášení podepsat nebo pokud odmítá revers podepsat musí rozhodnutí podepsat svědek, který je u této situace přítomen. U prohlášení musí být zaznamenány důvody proč nemocný nepodepsal. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Ke zpochybnění informovaného souhlasu a prohlášení za neplatný může dojít z důvodů podpisu pod vlivem alkoholu, drog, premedikace nebo pokud je podpis pořízen v časové tísní. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

Poskytnutí diagnostického nebo léčebného výkonu bez informovaného souhlasu je považováno za protiprávní. Výjimku tvoří stav nouze, kdy se jedná o intoxikované osoby, osoby jevící známky duševní choroby, které ohrožují sebe a své okolí a v případě neodkladného řešení.

## 4.3 Komunikace

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím prostředků a signálů: ústně, písemně, gesty, mimikou a dalším neverbálním chováním. Uskutečňuje se mezi dvěma nebo více lidmi. Probíhá i pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií. (JANÁČKOVÁ; WEISS, 2008) V komunikaci je důležité vyjadřování takovým způsobem, aby si obě strany porozuměli. Musí se zvolit stejný přenos informací (komunikační kanál) a jazyk (psaný i mluvený).

(ŠPATENKOVÁ; KRÁLOVÁ, 2009)

Mezi hlavní funkce komunikace patří:

- funkce informativní – sdělit, oznámit, prohlásit
- funkce instruktážní – navést, dát recept, naučit
- funkce zábavní – rozveselit, rozptýlit sebe, druhého
- funkce persuasivní - získat někoho na druhou stranu, zmanipulovat, ovlivnit

(VYBÍRAL, 2000)

### 4.3.1 Komunikace s nemocným

Komunikace s nemocným je velice složitá a různorodá neboť je každý jiný. Jinak bude lékař nebo sestra komunikovat s pacientem v akutním stavu, dítětem nebo postiženým. Ne však každý zdravotník má takové komunikační schopnosti. Při prvním setkání je důležité udělat na pacienta dobrý dojem a navázat pozitivní vztah. Jedná se především o prvních 20 vteřin, kdy nemocný uvidí náš obličej s mimikou, oblečení a celkové postavení vůči němu. V literatuře se můžeme setkat s užitím tzv. „*Zlatých pravidel*“.

10 „Zlatých pravidel“ komunikace s nemocným:

- být slušný – vždy pozdrav a představení nemocnému
- respektovat pacientovo soukromí, důstojnost a komfort
- respektovat pacienta jako lidskou bytost, jeho rozhodnutí, hodnoty a reakce (nemusíme s nimi vždy souhlasit)
- nenutit pacienta do komunikace
- používat vhodnou formu komunikace
- pozitivita – ocenit své kolegy, pochválit nemocného
- nepoužívat naučené, mechanické odpovědi
- podpora nezávislosti pacienta
- sledovat vše co se říká, i neříká (to co není řečeno může být stejně důležité, jako slova)
- používat úsměv, laskavý humor k vyjádření optimismu, naděje (ŠPATENKOVÁ; KRÁLOVÁ, 2009)

Do komunikace řadíme i ticho. Ticho dovoluje získat čas na promyšlení odpovědi nebo dodává důležitost probíranému tématu. Dalším prvkem komunikace je humor. Humor je tzv. prolamovač ledů, který může uvolnit napětí nebo pozvednout náladu při navazování vztahu s nemocným.

#### **4.3.2 Komunikace s rodinou**

Rodina a blízké osoby představují důležité komunikační partnery pro zdravotnický personál. Navázání kontaktu s příbuznými je důležité zejména k rozvoji spolupráce při léčbě a k psychické podpoře jejich nejbližšího.

Podle zákona č. 111/2007 Sb., má každý nemocný právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu nebo naopak vyslovit zákaz, kdo informace získat nemá. Důležité je věnovat pozornost v jakém rozsahu a jaké informace může daný zdravotník poskytnout v rámci své kompetence. Například sestra může podat informace pouze ohledně ošetrovatelské péče.



Komunikace s rodinou je velmi důležitá při plánování návratu nemocného do domácího prostředí, kdy by rodina měla převzít péči o pacienta. Sestra pomáhá blízkým osobám připravit se na péči o pacienta v jejich prostředí a poskytuje informace o možných dalších pečovatelských službách, která může rodina využít.

(ŠPATENKOVÁ; KRÁLOVÁ, 2009)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **1. Úvod do problematiky**

Sledování kvality poskytovaných služeb v nemocnicích je významnou a zároveň velmi citlivou součástí správného uskutečňování a plnění základních strategií při plnění dané politiky jakosti. Cílem výzkumu je zjistit oblasti poskytovaných služeb, na které je třeba se zaměřit a zvýšit kvalitu dané péče pro větší spokojenost klientů se zdravotníky a zdravotnickým zařízením.

### **2. Metodika výzkumu**

Sběr dat probíhal dotazníkovým průzkumem. Dotazníky byly sbírány v období listopad 2012 – únor 2013 ve FN Hradec Králové. Dotazník vznikl na podkladě podobné akce proběhlé v USA. Otázky vymýšlela skupina zdravotníků z kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Hradec Králové. Poté byl dotazník předán etické komisi, která navrhla úpravy a následně schválila jeho použití.

Respondenti byli z řad pacientů přijatých na oddělení chirurgie, urologie, gynekologie a podstupujících elektivní operační zákrok. Dotazníkové šetření bylo limitováno pouze věkem pacientů a to od 18 let a více a dotazníky byly rozdávány při přijetí pacientů k operaci a to náhodně, spíše dle lucidity pacientů.

Ohledně dotazníkového průzkumu a dotazníků samotných byl edukován lékařkou kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny personál kliniky, a to sestry a lékaři v celém rozsahu a staniční sestry na jednotlivých pracovištích. Edukace proběhla osobním rozhovorem, tak i písemnou formou.

Dotazník byl rozdělen do šesti oddílů, a to osobní údaje, informovanost o průběhu anesteziologické péče, pocit komfortu/dyskomfortu pacienta, vztah personál – pacient, organizace perioperační péče a návrhy, připomínky, postřehy.

Bylo vytvořeno 500 kopií dotazníku a návratnost byla 214 tedy 43%. Pacienti byli dotazováni na období perioperační a brzké pooperační. Vyplněné dotazníky byly sbírány průběžně z jednotlivých oddělení a to v období již zmíněném listopad 2012 až únor 2013, poslední sběr dotazníků proběhl koncem prvního březnového týdne. Dotazníky jsem sbírala osobně.

### 3. Výsledky dotazníkového průzkumu

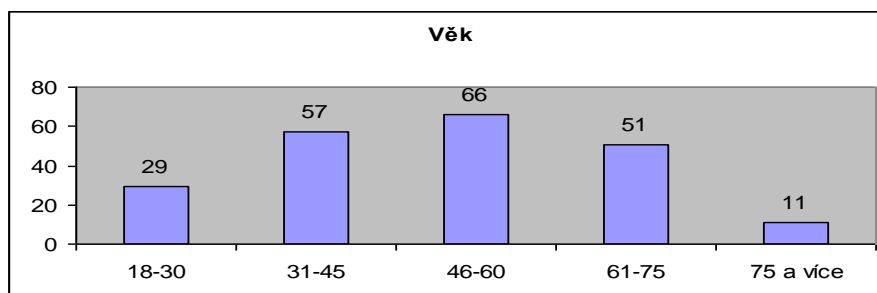
#### A. Osobní údaje

Průzkumu se zúčastnilo 214 respondentů, dotazník byl limitován věkem a to od 18 let. Skutečný věkový rozptyl pacientů byl 19 až 84 let a průměrný věk pacientů byl 50 let.

Tabulka číslo 1 Věk pacientů

Věk	Počet respondentů
18-30	29
31-45	57
46-60	66
61-75	51
75 a více	11

Graf číslo 1 Věk pacientů

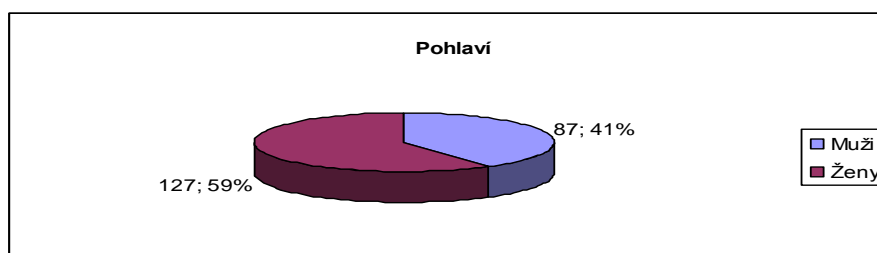


Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo 87 mužů a 127 žen.

Tabulka číslo 2 Pohlaví respondentů

Muži	87	40,65 %
Ženy	127	59,35 %

Graf číslo 2 Pohlaví respondentů

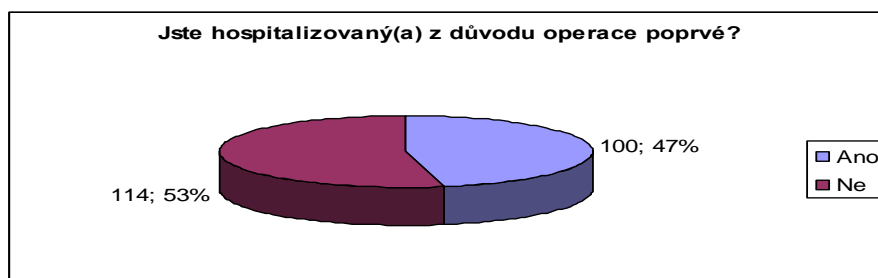


Z důvodů operace bylo poprvé hospitalizováno 100 pacientů (47%) a 114 (53%) už v dřívějšku nějak operační výkon podstoupili.

Tabulka číslo 3 Hospitalizace z důvodů operace

První hospitalizace z důvodů operace?	Počet respondentů	%
Ano	100	46,73
Ne	114	53,27

Graf číslo 3 Hospitalizace z důvodů operace

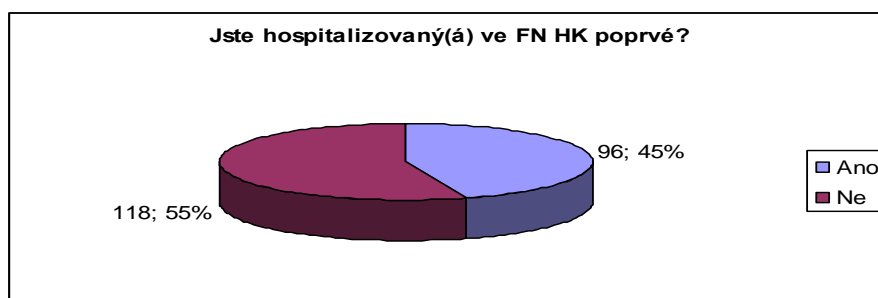


Ve FN Hradec Králové bylo poprvé hospitalizováno 96 respondentů (45%) a zbylých 118 (55%) zde již hospitalizováno v minulosti bylo.

Tabulka číslo 4 První hospitalizace

První hospitalizace ve FN HK?	Počet respondentů	%
Ano	96	44,86
Ne	118	55,14

Graf číslo 4 První hospitalizace

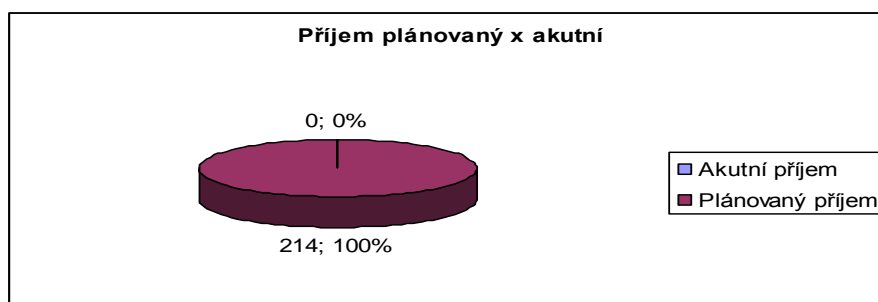


Všechny výkony byly elektivní – plánované, aby umožnily adekvátní přípravu pacienta. Následující graf tedy znázorňuje 100% plánovaných operací a žádné akutní.

Tabulka číslo 5 Plánovaný X akutní příjem

Příjem plánovaný x akutní	Počet respondentů	%
Akutní příjem	0	0,00
Plánovaný příjem	214	100,00

Graf číslo 5 Plánovaný X akutní příjem



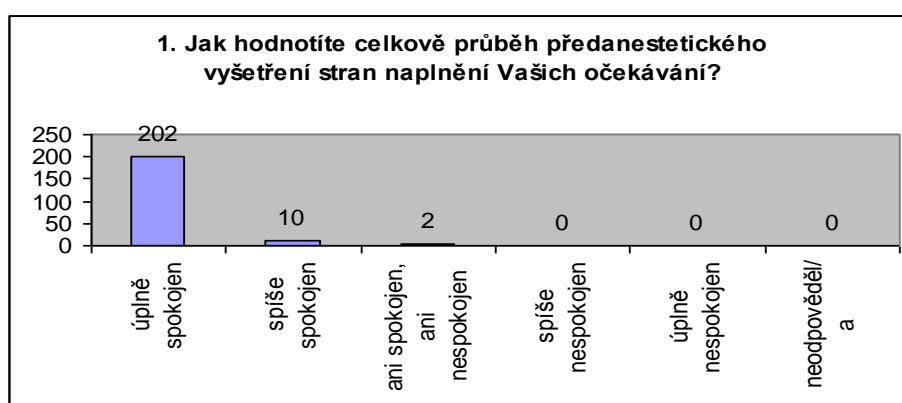
## B. Informovanost o průběhu anesteziologické péče

S celkovým průběhem předanestetického vyšetření bylo plně spokojeno 202 klientů (94%), 10 klientů (5%) bylo spokojeno až na malé drobnosti a pouze 2 pacienti (1%) odpověděli neutrálně. Nenašel se žádný nespokojený pacient.

Tabulka číslo 6 Průběh předanestetického vyšetření

Celkový průběh předanestetického vyš.	Počet respondentů	%
úplně spokojen	202	94,39
spíše spokojen	10	4,67
ani spokojen, ani nespokojen	2	0,93
spíše nespokojen	0	
úplně nespokojen	0	
neodpověděl/a	0	

Graf číslo 6 Průběh předanestetického vyšetření

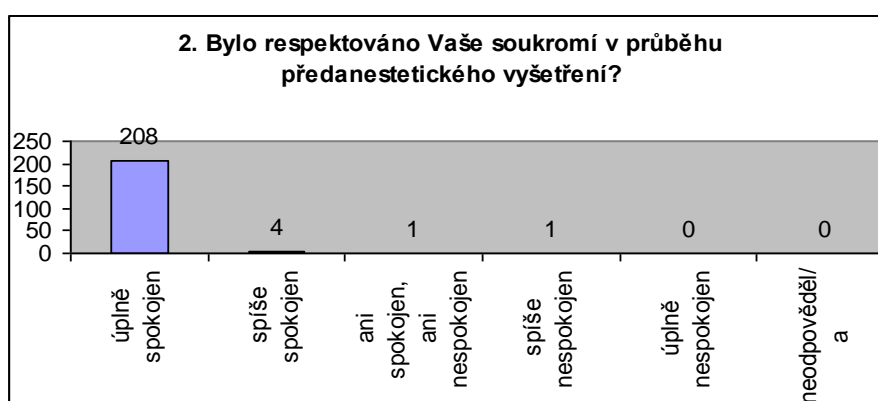


Soukromí je velmi citlivá záležitost každého z nás a v nemocnici na to může být velmi často zapomínáno. Z našeho průzkumu vyplývá, že u 208 pacientů (97%) bylo v průběhu vyšetření soukromí plně respektováno, 4 (2%) byli relativně spokojeni, 1 (0,5%) odpověděl neutrálně a 1 pacient (0,5%) se cítil spíše nespokojen a jeho soukromí se mu zdálo být narušeno.

Tabulka číslo 7 Respektování soukromí

Respektování soukromí	Počet respondentů	%
úplně spokojen	208	97,20
spíše spokojen	4	1,87
ani spokojen, ani nespokojen	1	0,47
spíše nespokojen	1	0,47
úplně nespokojen	0	
neodpověděl/a	0	

Graf číslo 7 Respektování soukromí



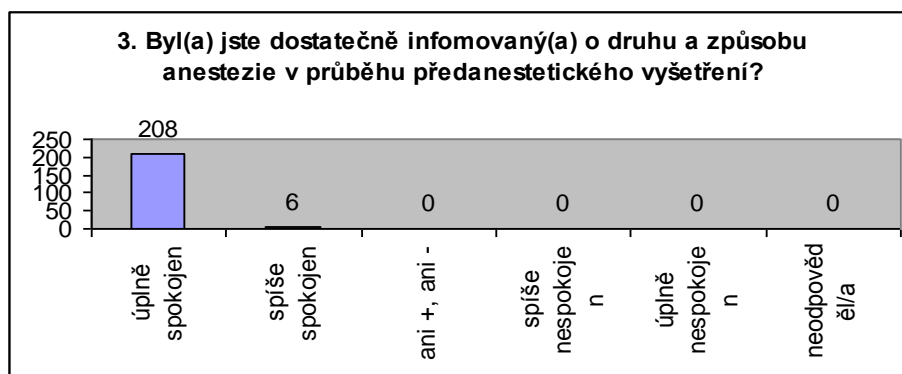
Níže zobrazený graf nám udává spokojenost klientů s informovaností o druhu a způsobu anestezie, která byla použita během jejich operačního výkonu. 208 pacientů (97%) bylo dle jejich představ plně informováno a vyjádřili plnou spokojenost, 6 pacientů (3%) bylo s informacemi relativně spokojeno.

Tabulka číslo 8 Informovanost o druhu anestezie

Informovanost o druhu anestezie	Počet respondentů	%
úplně spokojen	208	97,20
spíše spokojen	6	2,80
ani +, ani -	0	
spíše nespokojen	0	
úplně nespokojen	0	
neodpověděl/a	0	



Graf číslo 8 Informovanost o druhu anestezie

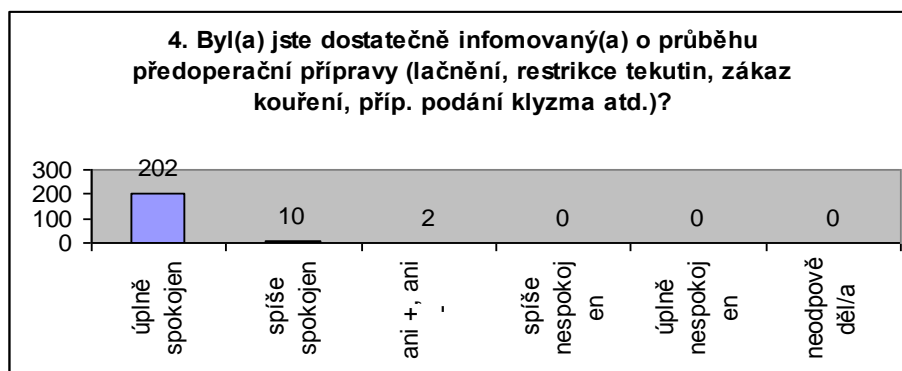


Předoperační příprava a její průběh obsahuje mnoho informací, které by měl pacient dostat. S informovaností o přípravě před operací bylo spokojeno 202 pacientů (94%) a dle jejich mínění byli plně informováni, 10 pacientů (5%) s poskytnutými informacemi bylo spíše spokojeno než ne a 2 (1%) se vyjádřili jako ani spokojeni, ani nespokojeni.

Graf číslo 9 Informovanost o předoperační přípravě

Informovanost o předoperační přípravě	Počet respondentů	%
úplně spokojen	202	94,39
spíše spokojen	10	4,67
ani +, ani -	2	0,93
spíše nespokojen	0	
úplně nespokojen	0	
neodpověděl/a	0	

Graf číslo 9 Informovanost o předoperační přípravě

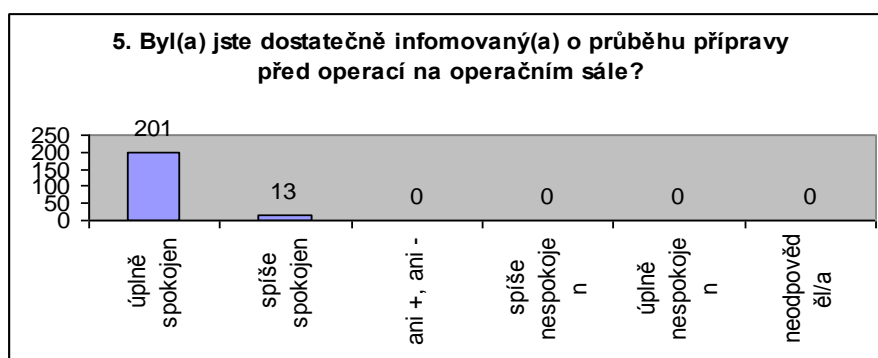


Spokojenost s informovaností o průběhu přípravy, která probíhá již na operačním sále bylo plně spokojeno 201 pacientů (94%), 13 pacientů (6%) spokojenost udalo s možností získání ještě více informací. Žádný pacient nebyl nespokojen.

Graf číslo 10 Informovanost o předoperační přípravě na sále

Informovanost o předoperační přípravě na sále	Počet respondentů	%
úplně spokojen	201	93,93
spíše spokojen	13	6,07
ani +, ani -	0	
spíše nespokojen	0	
úplně nespokojen	0	
neodpověděl/a	0	

Graf číslo 10 Informovanost o předoperační přípravě na sále

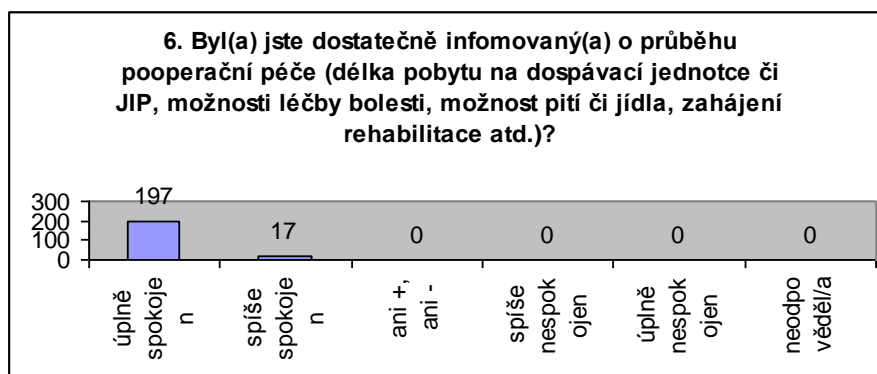


S dostatkem informací o průběhu pooperační péče bylo maximálně spokojeno 197 pacientů (92%), 17 (8%) bylo spokojeno.

Tabulka číslo 11 Informovanost o průběhu pooperační péče

Informovanost u pooperační péči	Počet respondentů	%
úplně spokojen	197	92,06
spíše spokojen	17	7,94
ani +, ani -	0	
spíše nespokojen	0	
úplně nespokojen	0	

Graf číslo 11 Informovanost o průběhu pooperační péče

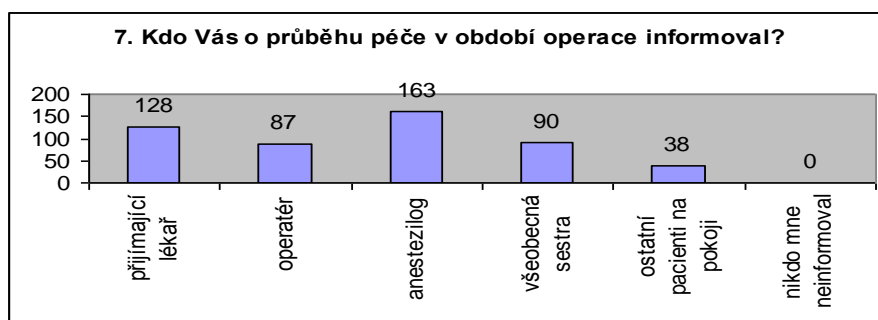


Velmi důležité v průběhu péče v období operace je to, kdo poskytuje pacientovi potřebné informace. Poskytované informace by měly být všeho druhu od průběhu operace, podané premedikace, způsobu zavedení periferního katétru až po režim na oddělení a době podávání večeří. Každý zdravotník má předem vymezené rozmezí informací, které může na základě své kompetence pacientovi podat. Z našeho dotazníkového průzkumu vyplývá, že nejvíce informací poskytnuli pacientovi anesteziologové (163), přijímací lékaři (128), všeobecné sestry (90), poté operatéri (87) a informace poskytují i pacienti na pokojích (38).

Tabulka číslo 12 Kdo podával informace

Kdo podával informace?	Počet respondentů	%
<b>přijímací lékař</b>	128	59,81
<b>operatér</b>	87	40,65
<b>anesteziolog</b>	163	76,17
<b>všeobecná sestra</b>	90	42,06
<b>ostatní pacienti na pokoji</b>	38	17,76
<b>nikdo mne neinformoval</b>	0	

Graf číslo 12 Kdo podával informace

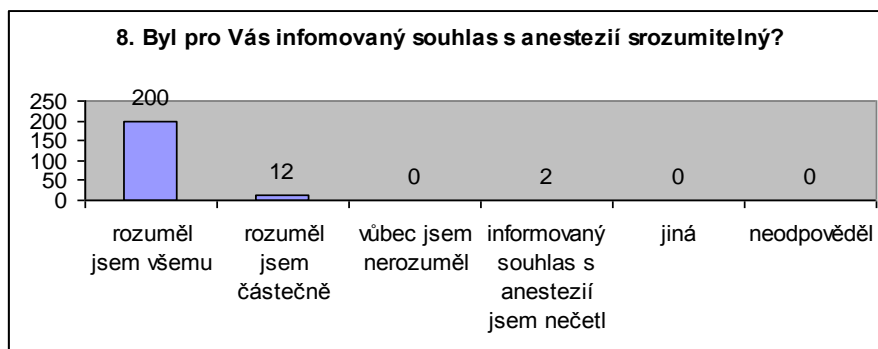


Každý pacient musí dostat písemný informovaný souhlas s anestezií. Měl by mít dostatek času na přečtení, pochopení a vznesení případných dotazů. Pro 200 respondentů (93%) byl informovaný souhlas plně srozumitelný, 12 pacientů (6%) rozumělo částečně a některé věci by potřebovali upřesnit, povysvětlit a 2 pacienti (1%) informovaný souhlas vůbec nečetli.

Tabulka číslo 13 Srozumitelnost informovaného souhlasu

Informovaný souhlas	Počet respondentů	%
rozuměl jsem všemu	200	93,46
rozuměl jsem částečně	12	5,61
vůbec jsem nerozuměl	0	0,00
informovaný souhlas s anestezií jsem nečetl	2	0,93
jiná	0	
neodpověděl	0	

Graf číslo 13 Srozumitelnost informovaného souhlasu

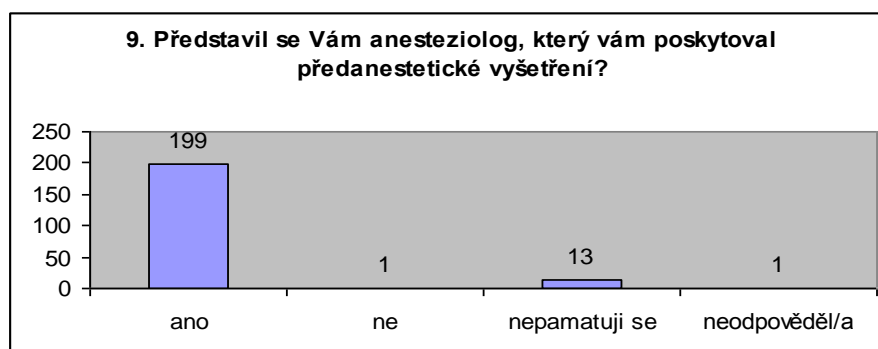


Každý pro nás neznámý člověk, který s námi chce spolupracovat, diskutovat atd. by se nejprve měl představit. To je všeobecné pravidlo, které by mělo platit všude, nejen v nemocnici. 199 pacientům (93%) se anesteziolog představil, u 1 pacienta (0,5%) představení neproběhlo, 13 klientů (6%) si to nepamatuje a 1 pacient (0,5%) nám na tuto otázku neodpověděl.

Tabulka číslo 14 Představení anesteziologa

Představení anesteziologa	Počet respondentů	%
ano	199	92,99
ne	1	0,47
nepamatuji se	13	6,07
neodpověděl/a	1	0,47

Graf číslo 14 Představení anesteziologa

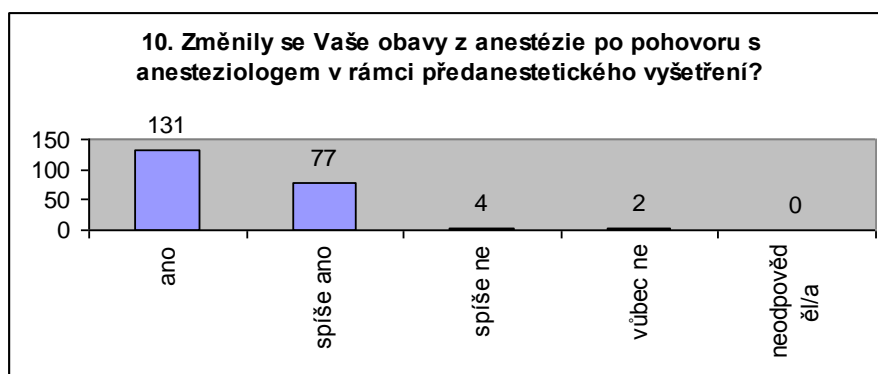


Další otázka v dotazníku byla, zda po rozhovoru s anesteziologem v rámci předanestetického vyšetření se zmenšily obavy pacienta z anestezie. U 131 pacientů (61%) se obavy opravdu zmenšily, u 77 (36%) obavy přetrvávají, ale již ne v takové míře, u 4 pacientů (2%) se strach spíše nezměnil a u 2 (1%) obavy zůstaly stále stejné a strach nezmizel.

Tabulka číslo 15 Změna obav z anestézie

Změna obav z anestezie	Počet respondentů	%
<b>ano</b>	131	61,21
<b>spíše ano</b>	77	35,98
<b>spíše ne</b>	4	1,87
<b>vůbec ne</b>	2	0,93
<b>neodpověděl/a</b>	0	

Graf číslo 15 Změna obav z anestézie



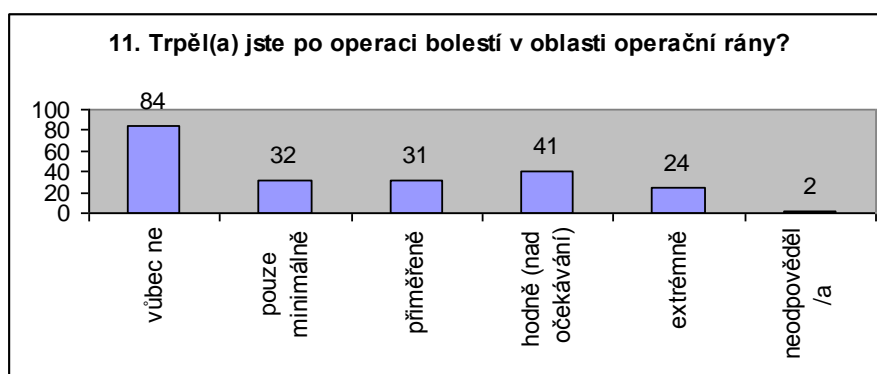
## C. Pocit komfortu/dyskomfortu pacienta

Bolest je subjektivní a velmi nepříjemný pocit, který může prodělaný operační výkon následně doprovázet. V dnešní době stále se rozvíjející medicíny a dostatku možností, jak bolest tlumit by tomu, ale tak již nemuselo být a snahou většiny zdravotníků je bolesti předcházet. Z našeho grafu vyplývá, že bolestí v oblasti operační rány vůbec netrpělo 84 pacientů (39%), 32 pacientů (15%) udalo bolest minimální, 31 (14%) bolest přiměřenou, 41 (19%) trpělo bolestí nad jejich očekávání, 24 pacientů (11%) svoji bolest označilo jako extrémní a 2 klienti (1%) nám na tuto otázku neodpověděli.

Tabulka číslo 16 Bolest po operaci

Pocit bolesti po operaci	Počet respondentů	%
vůbec ne	84	39,25
pouze minimálně	32	14,95
přiměřeně	31	14,49
hodně (nad očekávání)	41	19,16
extrémně	24	11,21
neodpověděl/a	2	0,93

Graf číslo 16 Bolest po operaci

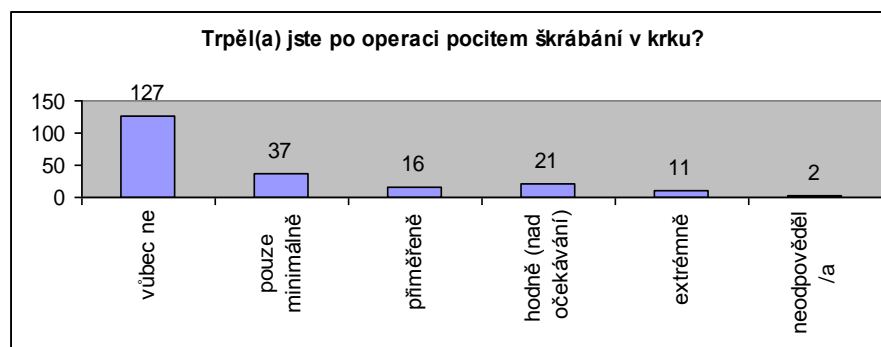


Pocitem škrábání v krku po operaci vůbec netrpělo 127 pacientů (59%), 37 respondentů (17%) udalo pouze minimální škrábání, 16 (7%) tento pocit označilo za přiměřený, 21 pacientů (10%) škrábalo v krku nad jejich očekávání, 11 (5%) trpělo pro ně extrémním škrábáním a 2 (1%) nám na tento dotaz neodpověděli.

Tabulka číslo 17 Pocit škrábání v krku

Pocit škrábání v krku	Počet respondentů	%
vůbec ne	127	59,35
pouze minimálně	37	17,29
přiměřeně	16	7,48
hodně (nad očekávání)	21	9,81
extrémně	11	5,14
neodpověděl/a	2	0,93

Graf číslo 17 Pocit škrábání v krku



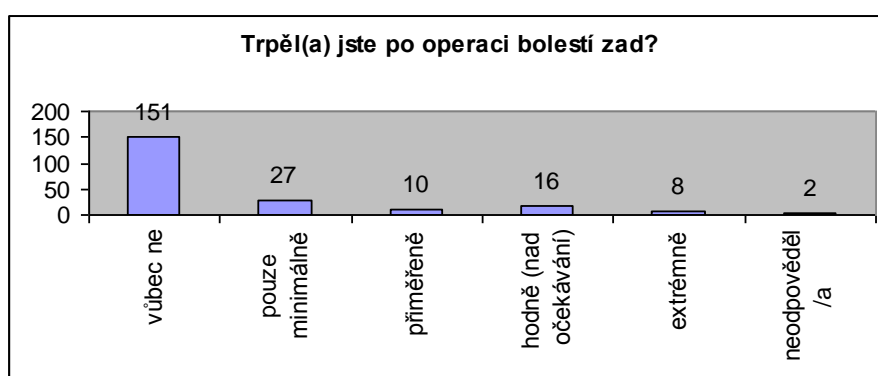
Bolestí zad po operačním výkonu netrpělo 151 respondentů (70%), pouze minimální bolesti trpělo 27 pacientů (13%), přiměřenou bolest uvedlo 10 klientů (5%), 16 (7%) uvedlo pocit bolesti, který byl nad jejich očekávání, 8 pacientů (4%) bolest prožívalo extrémně a 2 (1%) neodpověděli.



Tabulka číslo 18 Bolest zad po operaci

Počet bolesti zad	Počet respondentů	%
vůbec ne	151	70,56
pouze minimálně	27	12,62
přiměřeně	10	4,67
hodně (nad očekávání)	16	7,48
extrémně	8	3,74
neodpověděl/a	2	0,93

Graf číslo 18 Bolest zad po operaci

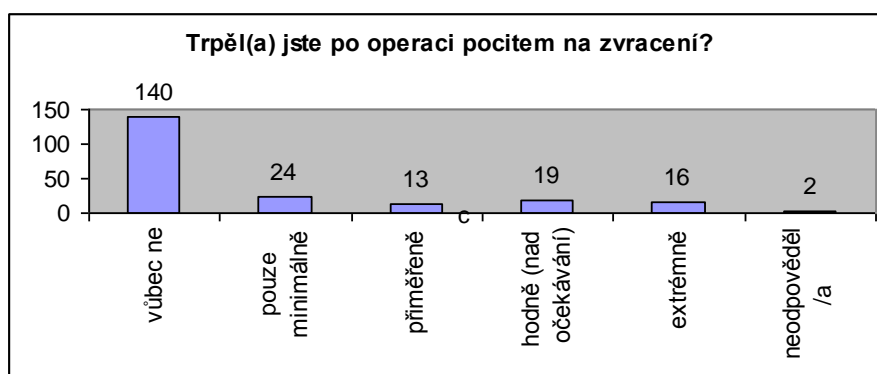


Bez pocitu na zvracení po operaci bylo 140 dotazovaných respondentů (65%), minimálním pocitem trpělo 24 pacientů (11%), 13 pacientů (6%) tento pocit označilo za přiměřený, nad očekávání pacientů se objevil v 19 případech (9%), extrémní nauzeu udalo 16 respondentů (8%) a 2 (1%) neodpověděli.

Tabulka číslo 19 Pocit na zvracení po operaci

Pocit na zvracení	Počet respondentů	%
vůbec ne	140	65,42
pouze minimálně	24	11,21
přiměřeně	13	6,07
hodně (nad očekávání)	19	8,88
extrémně	16	7,48
neodpověděl/a	2	0,93

Graf číslo 19 Pocit na zvracení po operaci

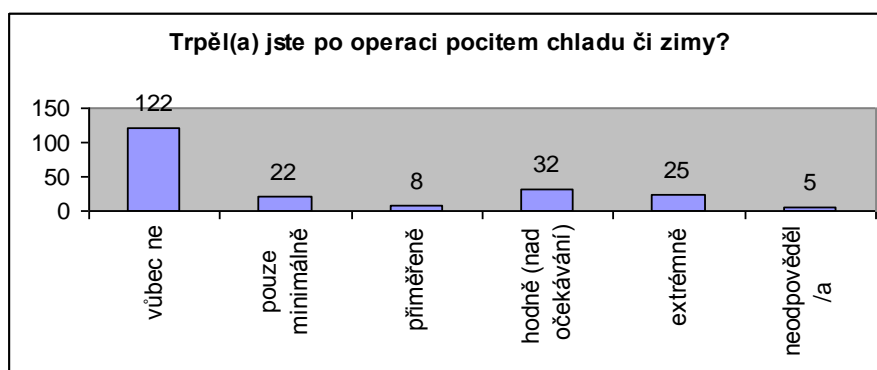


V teple se po operaci cítilo 122 pacientů (57%), minimální chlad pocíťovalo 22 dotazovaných respondentů (10%), 8 (4%) udalo přiměřený pocit chladu, 32 pacientů (15%) pocíťovalo zimu nad jejich očekávání a extrémní zimou trpělo 25 dotazovaných (12%), 5 (2%) neodpovědělo.

Tabulka číslo 20 Pocit chladu či zimy po operaci

Pocit chladu či zimy?	Počet respondentů	%
<b>vůbec ne</b>	122	57,01
<b>pouze minimálně</b>	22	10,28
<b>přiměřeně</b>	8	3,74
<b>hodně (nad očekávání)</b>	32	14,95
<b>extrémně</b>	25	11,68
<b>neodpověděl/a</b>	5	2,34

Graf číslo 20 Pocit chladu či zimy po operaci

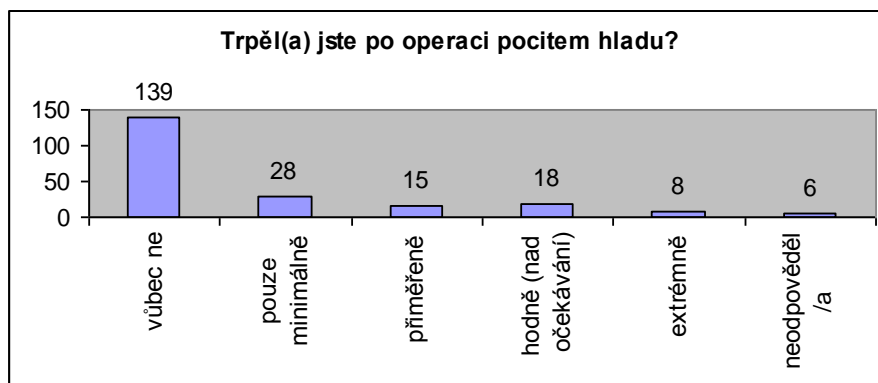


Další otázka v dotazníku se týkala pocit hladu. Hladem netrpělo 139 pacientů (65%), minimální pocit hladu udalo 28 pacientů (13%), za přiměřený ho označilo 15 lidí (7%), nad očekávání se pocit hladu objevil u 18 respondentů (8%) a extrémně ho prožívalo 8 pacientů (4%), 6 neodpovědělo (3%).

Tabulka číslo 21 Pocit hladu po operaci

Pocit hladu?	Počet respondentů	%
vůbec ne	139	64,95
pouze minimálně	28	13,08
přiměřeně	15	7,01
hodně (nad očekávání)	18	8,41
extrémně	8	3,74
neodpověděl/a	6	2,80

Graf číslo 21 Pocit hladu po operaci

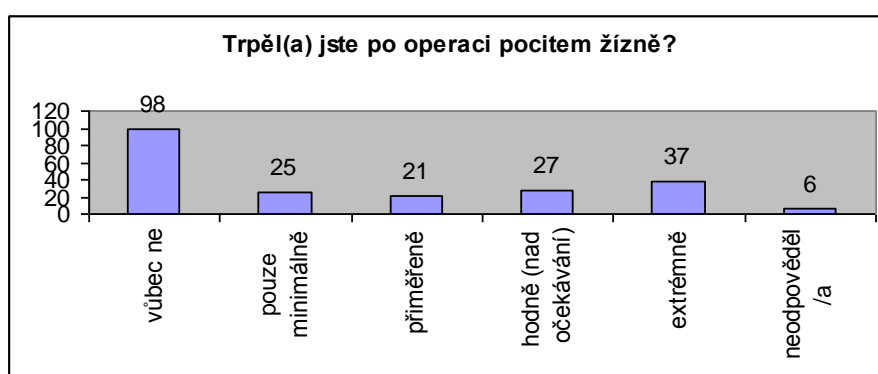


Žízeň neudalo 98 pacientů (46%), minimální pocit žízně prožívalo 25 pacientů (12%), za přiměřený pocit to považovalo 21 pacientů (10%), nad očekávání pocitem žízně trpělo 27 dotazovaných (13%) a extrémní žíznivostí trpělo 37 pacientů (17%), 6 neodpovědělo (2%).

Tabulka číslo 22 Pocit žízně po operaci

Pocite žízně?	Počet respondentů	%
vůbec ne	98	45,79
pouze minimálně	25	11,68
přiměřeně	21	9,81
hodně (nad očekávání)	27	12,62
extrémně	37	17,29
neodpověděl/a	6	2,80

Graf číslo 22 Pocit žízně po operaci

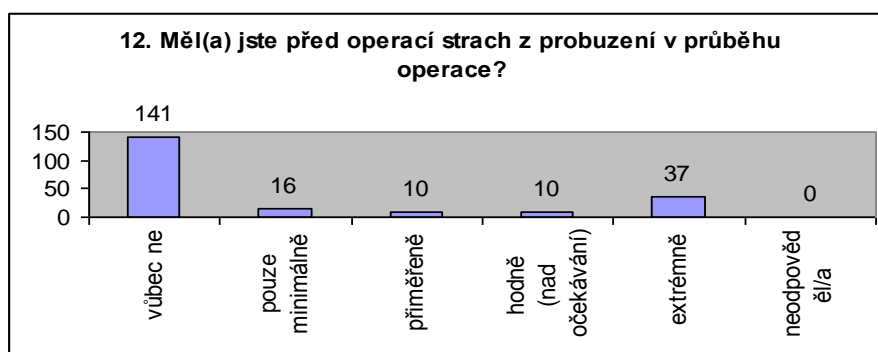


Strach z probuzení v průběhu operace nemělo 141 operovaných (66%), 16 pacientů (7%) prožívalo tuto obavu minimálně, 10 (5%) se přiměřeně bálo, nad očekávání se probuzení bálo 10 pacientů (5%) a extrémní strach prožívalo 37 dotazovaných (17%).

Tabulka číslo 23 Strach z probuzení v průběhu operace

Strach z probuzení v průběhu operace?	Počet respondentů	%
vůbec ne	141	65,89
pouze minimálně	16	7,48
přiměřeně	10	4,67
hodně (nad očekávání)	10	4,67
extrémně	37	17,29

Graf číslo 23 Strach z probuzení v průběhu operace

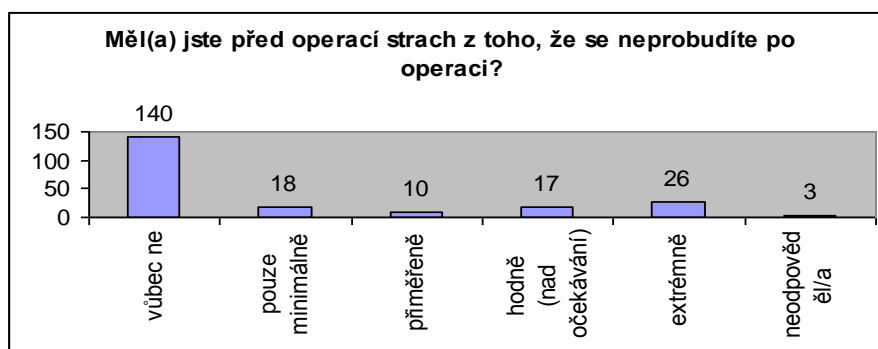


Strachem z neprobuzení po operaci netrpělo 140 pacientů (66%), pouze minimálně se bálo 18 pacientů (8%), 10 (5%) udalo strach za přiměřený, nad očekávání se obávalo 17 dotazovaných (8%) a extrémní strach z neprobuzení po operaci prožívalo 26 pacientů (12%), 3 (1%) neodpověděli.

Tabulka číslo 24 Strach z neprobuzení po operaci

Strach z neprobuzení po operaci	Počet respondentů	%
<b>vůbec ne</b>	140	65,42
<b>pouze minimálně</b>	18	8,41
<b>přiměřeně</b>	10	4,67
<b>hodně (nad očekávání)</b>	17	7,94
<b>extrémně</b>	26	12,15
<b>neodpověděl/a</b>	3	1,40

Graf číslo 24 Strach z neprobuzení po operaci

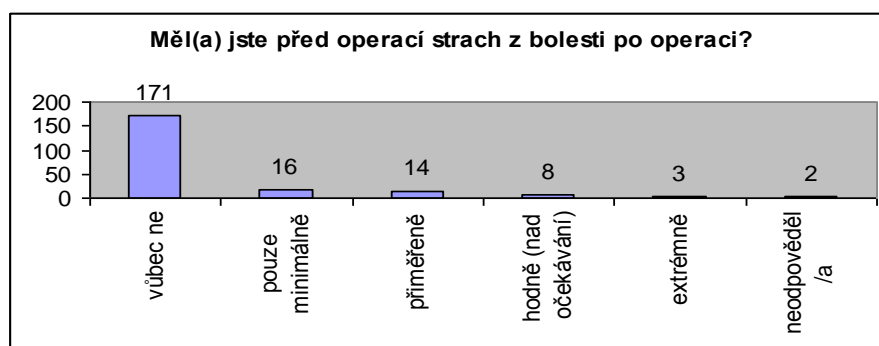


Bolesti po operaci se neobávalo 171 pacientů (80%), pouze minimálně se bálo 16 dotazovaných (8%), přiměřený strach z operace udalo 14 pacientů (6%), nad očekávání se bálo 8 klientů (4%) a extrémní strach z bolesti měli 3 pacienti (1%), 2 neodpověděli (1%).

Tabulka číslo 25 Strach z bolesti po operaci

Strach z bolesti po operaci?	Počet respondentů	%
vůbec ne	171	79,91
pouze minimálně	16	7,48
přiměřeně	14	6,54
hodně (nad očekávání)	8	3,74
extrémně	3	1,40
neodpověděl/a	2	0,93

Graf číslo 25 Strach z bolesti po operaci

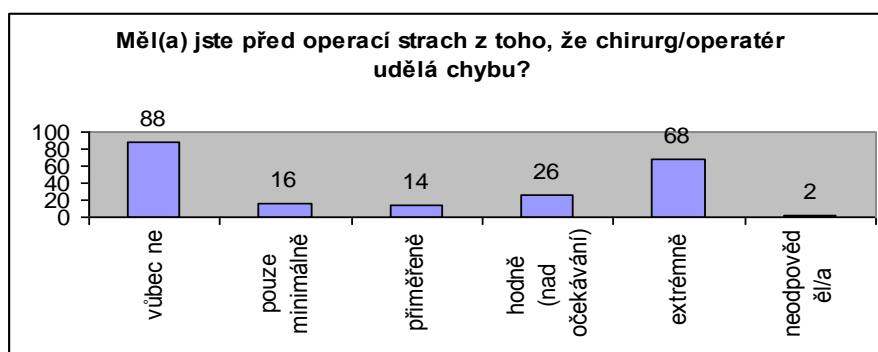


Chirurgovi plně důvěřovalo 88 pacientů (41%), minimální strach z chyby chirurga mělo 16 pacientů (7%), přiměřeně se bálo 14 dotazovaných (7%), strach z chyby mělo 26 pacientů (12%) a extrémně se bálo až 68 dotázaných (32%), neodpověděli 2 (1%).

Tabulka číslo 26 Strach z chyby operátéra

Chyba operátéra	Počet respondentů	%
vůbec ne	88	41,12
pouze minimálně	16	7,48
přiměřeně	14	6,54
hodně (nad očekávání)	26	12,15
extrémně	68	31,78
neodpověděl/a	2	0,93

Graf číslo 26 Strach z chyby operátora

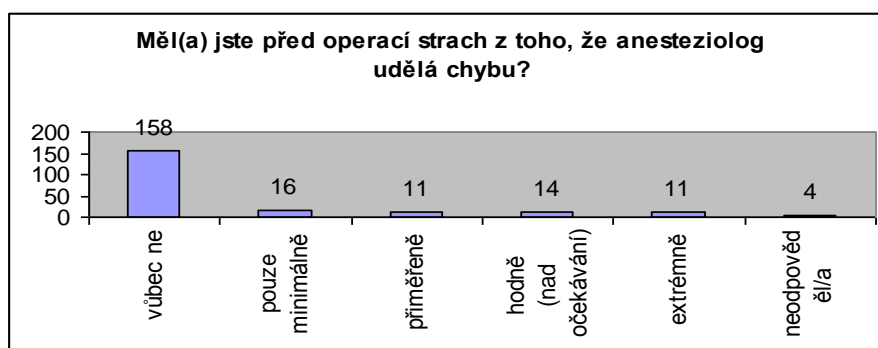


Anesteziologovi plně důvěřovalo 158 pacientů (74%), minimální strach z chyby anesteziologa mělo 16 pacientů (7%), přiměřeně se bálo 11 dotazovaných (5%), strach z chyby mělo 14 pacientů (7%) a extrémně se bálo až 11 dotazovaných (5%), neodpověděli 4 (2%).

Tabulka číslo 27 Strach z chyby anesteziologa

Strach z chyby anesteziologa	Počet respondentů	%
vůbec ne	158	73,83
pouze minimálně	16	7,48
přiměřeně	11	5,14
hodně (nad očekávání)	14	6,54
extrémně	11	5,14
neodpověděl/a	4	1,87

Graf číslo 27 Strach z chyby anesteziologa

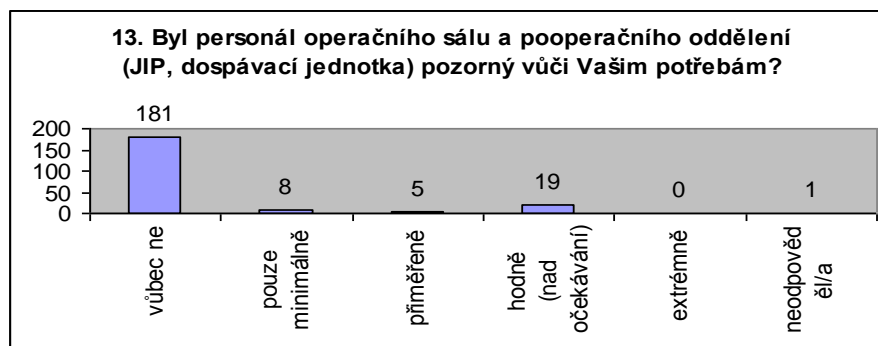


Jedna z otázek byla zaměřena na pozornost personálu vůči potřebám pacienta na operačním sále a pooperačním oddělení. Podle výsledků z dotazníkového průzkumu bylo 181 pacientů (85%) velmi nespokojených z pozornosti personálu, 8 pacientů (3,5%) uvedlo minimální pozornost, 5 (2%) přiměřený zájem o jejich potřeby a 19 respondentů (9%) bylo s pozorností personálu spokojeno nad jejich očekávání, 1 (0,5%) neodpověděl.

Tabulka číslo 28 Pozornost personálu

Pozornost personálu	Počet respondentů	%
vůbec ne	181	84,58
pouze minimálně	8	3,74
přiměřeně	5	2,34
hodně (nad očekávání)	19	8,88
extrémně	0	0,00
neodpověděl/a	1	0,47

Graf číslo 28 Pozornost personálu



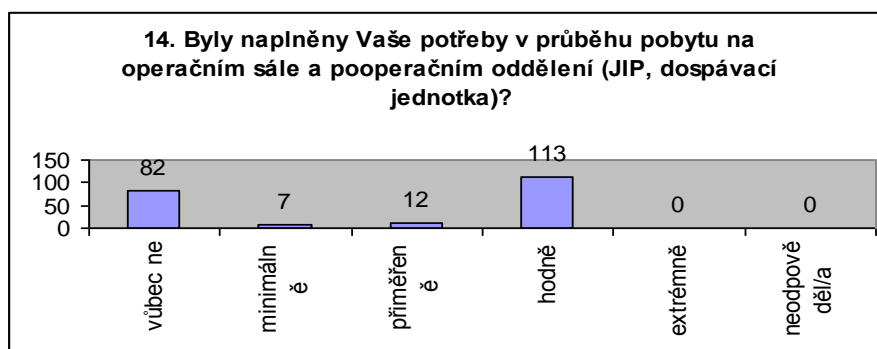
Potřeby pacientů v průběhu pobytu na operačním sále a pooperačním oddělení byly u 113 pacientů (53%) uspokojeny, u 12 pacientů (6%) přiměřeně, minimální uspokojení potřeb proběhlo u 7 respondentů (3%) a zcela nespokojených bylo 82 pacientů (38%).



Tabulka číslo 29 Uspokojení potřeb

Naplnění potřeb během pobytu	Počet respondentů	%
vůbec ne	82	38,32
minimálně	7	3,27
přiměřeně	12	5,61
hodně	113	52,80
extrémně	0	

Graf číslo 29 Uspokojení potřeb



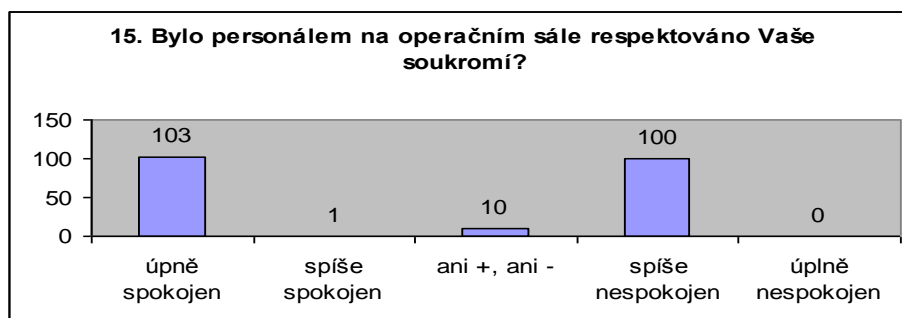
## D. Vztah personál - pacient

S respektování soukromí na operačním sále bylo plně spokojeno 103 pacientů (48%), 1 (0,5%) byl spokojen/a, 10 respondentů (4,5%) odpovědělo neutrálně a 100 pacientů (47%) uvedlo menší nespokojenost.

Tabulka číslo 30 Respektování soukromí na operačním sále

Respektování soukromí	Počet respondentů	%
úplně spokojen	103	48,13
spíše spokojen	1	0,47
ani +, ani -	10	4,67
spíše nespokojen	100	46,73
úplně nespokojen	0	

Graf číslo 30 Respektování soukromí na operačním sále

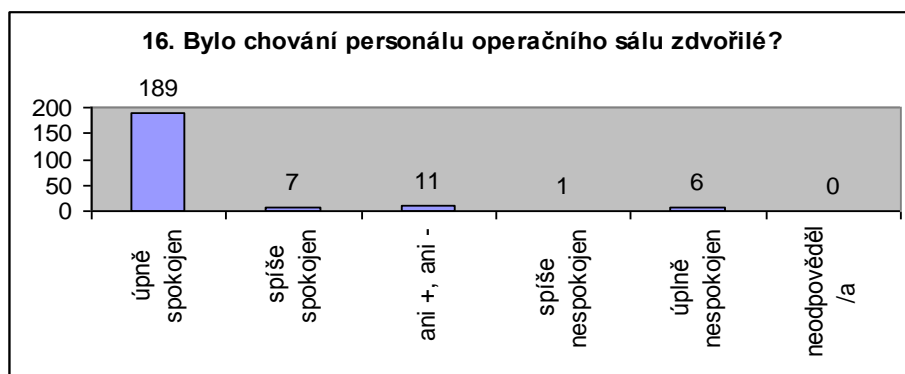


S chováním personálu na operačním sále bylo plně spokojeno 189 pacientů (88%), spokojenost uvedlo 7 pacientů (3%), 11 (5%) odpovědělo nestranně, 1 klient (1%) uvedl spíše nespokojenost a úplně nespokojených bylo 6 pacientů (3%).

Tabulka číslo 31 Zdvořilost chování personálu

Zdvořilé chování personálu	Počet respondentů	%
úplně spokojen	189	88,32
spíše spokojen	7	3,27
ani +, ani -	11	5,14
spíše nespokojen	1	0,47
úplně nespokojen	6	2,80

Graf číslo 31 Zdvořilost chování personálu

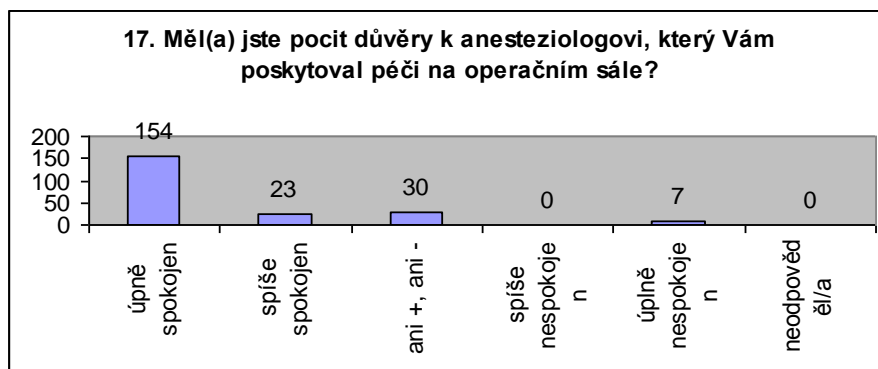


Plnou důvěru k anesteziologovi pociťovalo 154 pacientů (72%), spíše důvěru než opak uvedlo 23 pacientů (11%), neutrálně se vyjádřilo 30 respondentů (14%) a nedůvěru pocítilo 7 klientů (3%).

Tabulka číslo 32 Důvěra k anesteziologovi

Pocit důvěry k anesteziologovi	Počet respondentů	%
úplně spokojen	154	71,96
spíše spokojen	23	10,75
ani +, ani -	30	14,02
spíše nespokojen	0	0,00
úplně nespokojen	7	3,27

Graf číslo 32 Důvěra k anesteziologovi

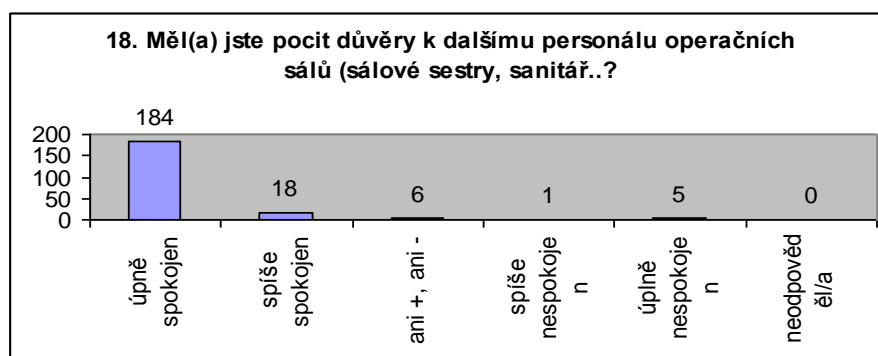


184 pacientů (86%) pocíťovalo absolutní důvěru i k personálu na operačním sále, 18 pacientů (8,5%) uvedlo spíše důvěru než nedůvěru, 6 (3%) zaškrťlo neutrální odpověď, 1 klient (0,5%) personálu spíše nedůvěřoval a 5 pacientů (2%) uvedlo plnou nedůvěru.

Tabulka číslo 33 Důvěra k personálu na operačním sále

Pocit důvěry k personálu	Počet respondentů	%
úpně spokojen	184	85,98
spíše spokojen	18	8,41
ani +, ani -	6	2,80
spíše nespokojen	1	0,47
úplně nespokojen	5	2,34

Graf číslo 33 Důvěra k personálu na operačním sále

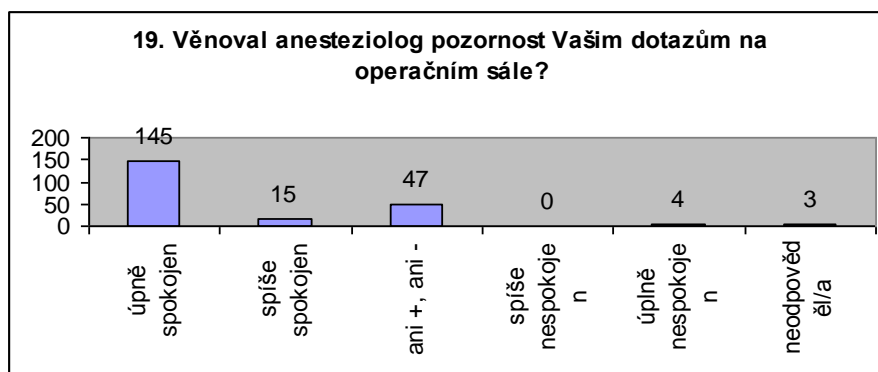


S pozorností anesteziologa k dotazům pacientů na sále bylo plně spokojeno 145 operovaných (68%), spíše spokojenost uvedlo 15 pacientů (7%), neutrální odpověď zaškrťlo 47 respondentů (22%) a nespokojenost uvedli 4 klienti (2%), 3 neodpověděli (1%).

Tabulka číslo 34 Pozornost anesteziologa dotazům

Pozornost anesteziologa k dotazům	Počet respondentů	%
úpně spokojen	145	67,76
spíše spokojen	15	7,01
ani +, ani -	47	21,96
spíše nespokojen	0	0,00
úplně nespokojen	4	1,87
neodpověď/ě/a	3	1,40

Graf číslo 34 Pozornost anesteziologa dotazům

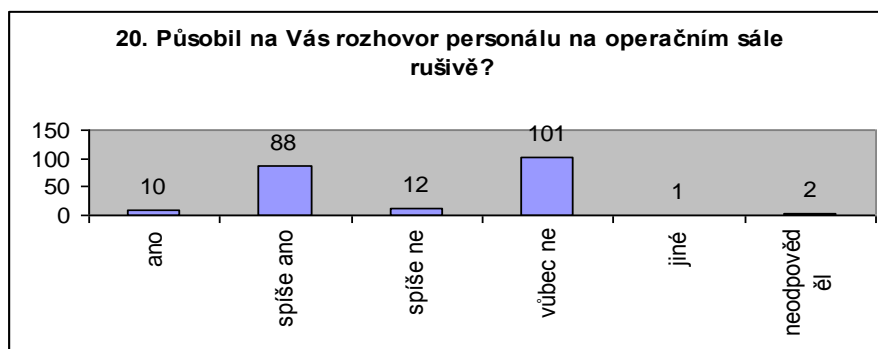


Rozhovor na operačním sále působil rušivě pro 10 pacientů (5%), spíše rušivost rozhovorů uvedlo 88 pacientů (41%), 12 (6%) rozhovory nevadily, 101 respondentům (46,5%) konverzace nepřišla vůbec nepříjemná, 1 (0,5%) uvedl/a jiný důvod a 2 (1%) neodpověděli.

Tabulka číslo 35 Rozhovor personálu na operačním sále

Rušivost rozhovoru na operačním sále	Počet respondentů	%
ano	10	4,67
spíše ano	88	41,12
spíše ne	12	5,61
vůbec ne	101	47,20
jiné	1	0,47
neodpověděl	2	0,93

Graf číslo 35 Rozhovor personálu na operačním sále

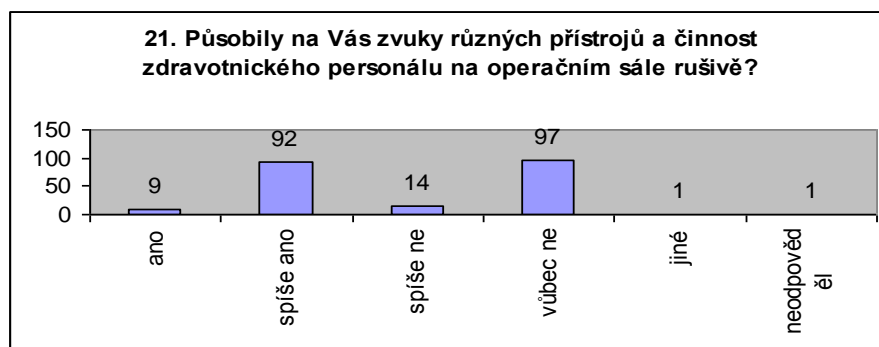


Zvuky přístrojů a činnost zdravotnického personálu na operačním sále pro 9 pacientů (4%) působila rušivě, spíše rušivost uvedlo 92 respondentů (43%), nestranně odpovědělo 14 pacientů (7%), 97 (45%) hluk vůbec nevadil, 1 (0,5%) uvedl/a jiný důvod a 1 (0,5%) pacient neodpověděl.

Tabulka číslo 36 Rušivost zvuků na operačním sále

Rušivost přístrojů na operačním sále	Počet respondentů	%
ano	9	4,21
spíše ano	92	42,99
spíše ne	14	6,54
vůbec ne	97	45,33
jiné	1	0,47
neodpověděl	1	0,47

Graf číslo 36 Rušivost zvuků na operačním sále



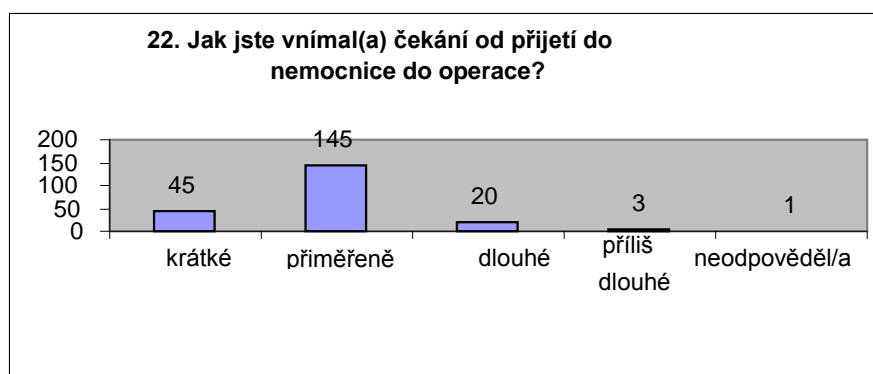
## E. Organizace perioperační péče

Čekání pacientů od přijetí do nemocnice na výkon bylo pro 45 pacientů (21%) krátké, přiměřeně dlouhé se zdálo 145 respondentům (68%), jako dlouhé ho uvedlo 20 pacientů (9%) a příliš dlouhé se zdálo 3 dotazovaným (1,5%), 1 (0,5%) neodpověděl/a.

Tabulka číslo 37 Doba čekání od přijetí do nemocnice na výkon

Vnímání čekání na operaci	Počet respondentů	%
krátké	45	21,03
přiměřeně	145	67,76
dlouhé	20	9,35
příliš dlouhé	3	1,40
neodpověděl	1	0,47

Graf číslo 37 Doba čekání od přijetí do nemocnice na výkon

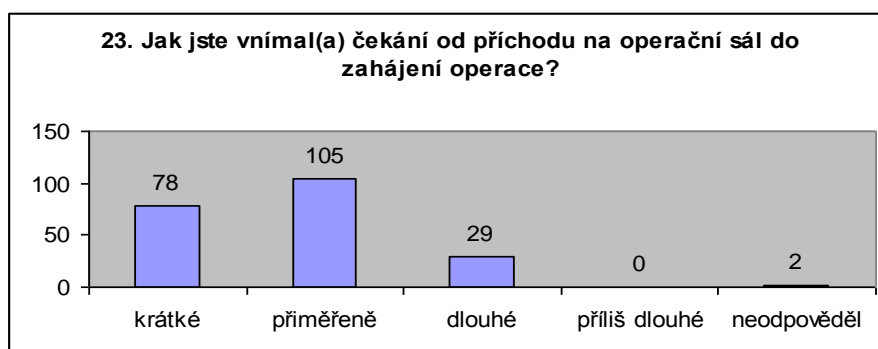


Pro 78 pacientů (36%) bylo čekání od příchodu na operační sál do zahájení operace krátké, přiměřeně dlouhé se zdálo 105 respondentům (49%), jako dlouhé ho uvedlo 29 pacientů (14%) a 2 klienti (1%) neodpověděli.

Tabulka číslo 38 Doba čekání od přijetí na operační sál do výkonu

Vnímání čekání na operačním sále	Počet respondentů	%
krátké	78	36,45
přiměřeně	105	49,07
dlouhé	29	13,55
neodpověděl	2	0,93

Graf číslo 38 Doba čekání od přijetí na operační sál do výkonu

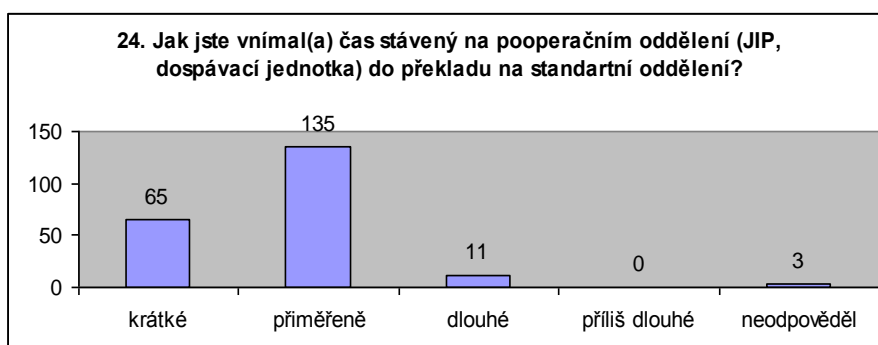


Čas strávený na pooperačním oddělení do překladu na standardní oddělení se zdál dlouhý pro 11 pacientů (5%), přiměřeně dlouhý byl pro 135 pacientů (63%) a krátce ho vnímalo 65 dotazovaných (31%), 3 (1%) neodpověděli.

Tabulka číslo 39 Vnímání času na pooperačním oddělení

Vnímání času po operaci	Počet respondentů	%
krátké	65	30,37
přiměřeně	135	63,08
dlouhé	11	5,14
příliš dlouhé	0	0,00
neodpověděl	3	1,40

Graf číslo 39 Vnímání času na pooperačním oddělení



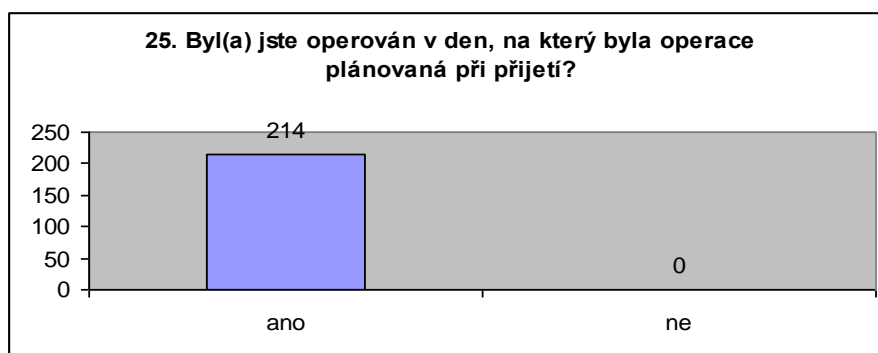


U všech pacientů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili 214 (100%) proběhla operace v den původního plánu.

Tabulka číslo 40 Operace v den plánování

Operace v den plánování	Počet respondentů	%
ano	214	100,00
ne	0	0,00

Graf číslo 40 Operace v den plánování



## 4. Zhodnocení výsledků

Dotazníkový průzkum probíhal v období listopad 2012 až únor 2013, v tomto období bylo rozdáno 500 kopií dotazníku. Zpět se vrátilo 214 plně vyplněných dotazníkových kopií. I přes procentní návratnost pod 50%, přesněji 43% považují konečný počet 214 zúčastněných respondentů za zpracovatelný a hodnotitelný.

Dotazník byl rozdělen do šesti oddílů, a to osobní údaje, informovanost o průběhu anesteziologické péče, pocit komfortu/dyskomfortu pacienta, vztah personál – pacient, organizace perioperační péče a návrhy, připomínky, postřehy.

V části, která se zaměřila na informovanost pacienta o průběhu anesteziologické péče jsem se otázkami zaměřili na to, zda podle pacienta bylo respektováno jeho soukromí, zda byl dostatečně informován o průběhu a způsobu předanestetických vyšetření, o průběhu přípravy před operací, o době po operaci, zda se anesteziolog pacientovi představil a také kdo pacientovi podával informace. Ve všech otázkách druhé části dotazníku panovala více jak devadesát procentní spokojenost pacientů s poskytovanými informacemi.

Další, v pořadí třetí část dotazníku se snažila zmapovat oblast komfortu pacienta. Otázky se zaměřily na to, zda pacient netrpěl po operaci bolestí v místě operační rány, bolestí zad, pocitem na zvracení, chladu či zimy, žízně, hladu, zda se objevil u pacienta strach, obavy a z čeho, zda byl personál pozorný vůči pacientovi a zda byly naplněny jeho potřeby v průběhu před a po operaci. Tato část odhalila stále ještě nedostatky v uspokojování potřeb pacientů ze strany zdravotnického personálu a do budoucna je dobrým podmětem k bližšímu, konkrétnímu zkoumání a následnému zlepšování poskytovaných služeb. Bude třeba se zaměřit více na individuální přístup k pacientům a na dostatek času a pozornosti v péči o ně.

Čtvrtá část dotazníku kladla pacientů otázky zacílené na personál. Otázky typu, zda bylo personálem operačního sálu respektováno soukromí pacienta, zda byli zdravotničtí pracovníci zdvořilí a měli pochopení k nastalé situaci pacienta, zda pacient pociťoval důvěru k anesteziologovi, zda věnoval lékař pozornost jeho dotazům, ale také na to zda rozhovory mezi pracovníky operačního sálu na pacienta působil rušivě a hlučně. Více soukromí během doby strávené na operačním sále by se líbilo 48 % pacientů, což je skoro každému druhému pacientovi. Podle 88 % dotázaných pacientů byl personál na sále zdvořilý a důvěru k anesteziologovi pociťovalo 72 % dotázaných.

V pátém oddíle dotazníku jsme se otázkami zaměřili na organizaci perioperační péče. V této části jsou pouze čtyři otázky, které zjišťovali, jak pacienti vnímali čekání. Čekání jednak do dne samotné operace, tak i čekání na operačním sále. Většině pacientů se čekání zdálo odpovídající a všichni podstoupili operaci v den, který jim byl předem naplánován.

Poslední část dotazníku byla určena pro individuální připomínky a sdělení pacientů. V této části se objevovala hlavně poděkování a to jak všeobecná, tak určená i konkrétním osobám. Viz. příloha číslo 2.

## 5. Shrnutí a diskuze

Míra spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech zdravotní péče představuje informaci o úrovni celkové kvality v daném zdravotnickém zařízení. Pacient má pro kvalitu nejen objektivní, ale hlavně subjektivní kritéria. Kvalitu zdravotní péče pacient posuzuje zpravidla podle míry uspokojení psychosociálních potřeb v průběhu hospitalizace, výše profesionality a všímatosti zdravotnického personálu k jeho problémům, chování a aktivity sester, ale i úpravy jejich zevnějšku a kultivovanosti projevu.

Kvalita neznamená pouze schopnost zdravotnického personálu poskytovat nejlepší péči, ale hlavně uspokojovat potřeby a očekávání pacienta. Pacienty v nemocnici musíme chápat hlavně jako aktivní účastníky procesu uzdravování a ne pouze jako pasivní příjemce zdravotní péče. Poskytovaná péče by měla být chápána jako služba a pacient vystupovat jako klient.

Diplomová práce se zabývá určením míry spokojenosti pacientů s poskytovanou předoperační a pooperační péčí ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Praktická část diplomové práce se zabývá zhodnocením dotazníkového průzkumu, který probíhal ve výše zmíněné nemocnici v období listopad 2012 – únor 2013. Bylo vytvořeno 500 kopií dotazníku a návratnost byla 214 tedy 43%. Respondenti byli z řad pacientů přijatých na oddělení chirurgie, urologie, gynekologie a podstupujících operační zákrok. Všechny výkony byly elektivní. Dotazníkové šetření bylo limitováno pouze věkem pacientů a to od 18 let a více. Dotazník byl rozdělen do šesti částí – osobní údaje, informovanost o průběhu anesteziologické péče, pocit komfortu/dyskomfortu pacienta, vztah personál/pacient, organizace perioperační péče a připomínky, návrhy, postřehy.

Z dotazovaných respondentů bylo 127 žen a 87 mužů různého věku, přijatých k plánované operaci. 47% pacientů bylo hospitalizováno z důvodů operace poprvé a 45% pacientů poprvé ve FN HK.

Druhá část dotazníku se zaměřila na informovanost o průběhu anesteziologické péče. Otázky zjišťovaly, zda byl pacient spokojen s celkovým průběhem předanestetického vyšetření, respektováním jeho soukromí, dostatečnou informovaností o celém průběhu příprav na samotný operační výkon, o druhu anestezie, době po operaci atd. Tato část dopadla velmi dobře a všechny otázky byly ohodnoceny respondenty více jak 92% spokojeností. Dále z odpovědí pacientů vyplynulo, že o průběhu péče v období operace je nejvíce informovali anesteziologové (163), přijímací lékaři (128), všeobecné sestry (90), operatéri (87) a ostatní pacienti na pokoji (38).

Ve třetí části zacílené na pocit komfortu/dyskomfortu pacienta jsem se zaměřily na fyziologické potřeby a potřeby bezpečí a jistoty. Otázky zjišťovaly přítomnost bolesti, pocit žízně, hladu nebo zimy po operaci. Zda pacient pociťoval před operací strach, jestli byl zdravotnický personál pozorný k jeho potřebám atd. Z výsledků vyplynulo, že máme stále jako zdravotnický personál velké mezery v uspokojování psychosociálních potřeb pacientů a pokud chceme zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb a s ní spojenou spokojenost pacientů měly bychom se na tuto oblast v budoucnu zaměřit.

Čtvrtá část – vztah personál/pacient zjišťovala, zda bylo respektováno soukromí pacienta, zdvořilost personálu, přítomnost důvěry respondentů k anesteziologovi a ostatnímu personálu na operačním sále a zda pociťovali negativně rušivé aspekty operačního sálu. Soukromí bylo respektováno ve 48%, zdvořilé chování personálu 88%, důvěra k anesteziologovi 72% a hluk na operačním sále byl nepříjemný pro více jak 42% pacientů.

Pátá část zjišťovala spokojenost s organizací péče před operací. 68% pacientů se zdálo čekání od přijetí do nemocnice do operace dlouhé, stejně tak 49% pacientů pociťovalo dlouhé čekání od příchodu na operační sál do zahájení operace a čas neutíkal ani 63% pacientů na pooperačním oddělení. 100% klientů bylo spokojeno s dodržáním naplánovaného termínu operace.

Šestá část dala prostor k připomínkám, návrhům a postřehům. V této části se objevovala jen samá chvála a spokojenost buď s odkazem na konkrétní zdravotníky nebo na celý zdravotnický tým viz. příloha 2.

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení byla zjišťována ve studii Lékařské fakulty Ostravské univerzity. K výzkumu byla zvolena deskriptivní korelační studie, výzkumný soubor tvořilo 279 pacientů chirurgických oddělení čtyř nemocnic z Ostravy a okolí. Data byla sbírána na podzim 2009 standardizovaným nástrojem Patient Satisfaction Scale. Pacienti hodnotili položky měřicího nástroje uskupených do tří faktorů a to technické/racionální, informace a interakce/podpora na čtyřbodové Likertově škále. Bez rozdílu nemocnic byli pacienti nejvíce spokojeni s technickými aspekty ošetrovatelské péče, nejméně se zajištěním jejich informovanosti. Nejvíce si pacienti cenili profesionality sester. Pouze dvě demografické charakteristiky ovlivňovaly spokojenost a to vzdálenost a délka hospitalizace. Respondenti s vyšším odborným vzděláním byli spokojenější než respondenti se vzděláním středoškolským. Pacienti hospitalizovaní déle než týden vyslovili vyšší spokojenost ve všech hodnocených oblastech dotazníku.

(JAROŠOVÁ, D., E. JANÍKOVÁ, Y. VRUBLOVÁ, R. ZELENÍKOVÁ, H. TOMÁŠKOVÁ a E. PAPASTAVROU; 2011)

V Toronto Western Hospital v Torontu v Kanadě proběhla studie „*Effect of anesthesia consultation on patients' preoperative concerns*“. Studie se zabývá snížením výskytu úzkostí souvisejících s anestezií při chirurgických zákrocích. Průkaz byl prováděn dotazníkem obsahujícím 11 otázek na vzorku téměř 80 pacientů chystajících se na různé operace. Otázky se týkaly nejčastějších úzkostí a obav z operací jako je bolest při a po zákroku, probuzení, poškození mozku atp. Mezi nejčastější obavy vyjádřené pacienty patřila bolest po operaci 53,9%, bolest během výkonu 36,8%, úmrtí 36,8%, probuzení během operace 32,9% a nevolnost/zvracení 32,9%. Po anestetické konzultaci se ve všech otázkách strach pacientů snížil. Strach z bolesti po operaci se snížil na 52,6%, strach z bolesti během operace se snížil na 22,4%, strach z úmrtí na 27,6%, obavy z probuzení v průběhu operace se snížily na 11,8% a nevolnost/zvracení 22,4%. (LAM E, E, M LEE, R BRULL a DT WONG; 2007)

Práce „*A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education*“ se věnuje přípravě informační brožury o anesteziologii a vyhodnocení jejího významu pro zlepšení informovanosti pacientů prováděné na Department of Anesthesiology and Pain Medicine at the University of Alberta v Kanadě. V první fázi práce byl připraven informační materiál, který vycházel ze zkušeností lékařů s předoperačními informačními pohovory s pacienty. Vzniklá brožura měla tak jasnou formou s přehlednou grafikou pomoci lékařům optimalizovat efekt těchto pohovorů. Aby se tento výsledek potvrdil, byl ve druhé fázi práce vytvořen dotazník, který na skupině téměř 400 pacientů zjišťoval informovanost pacientů o dané problematice. Bylo použito i porovnání se skupinou neinformovaných pacientů. Byla potvrzena vysoká efektivita použití této brožury.

(CHEUNG, A, BA FINEGAN, C TOROK-BOTH, N DONNELLY-WARNER a J LUJIC; 2007)

Další studie „*Local anaesthetic repair of uncomplicated paraumbilical Hernia without sedation: peri-operative pain and patient satisfaction*“ je zaměřena na zhodnocení intenzity perioperační bolesti a celkové spokojenosti pacientů, kteří podstoupili operaci paraumbilikální kýly v lokální anestézii bez sedace, s pacienty odoperovanými v anestézii celkové. Studie se zúčastnilo 63 respondentů, 31 jich prodělalo operaci v celkové anestézii a 32 v lokální. Porovnávána byla délka operace, intenzita bolesti, množství použitého anestetika a to vše v závislosti na zkušenosti operátéra. Z výsledků vyplynula nízká perioperační bolest a vysoká 96% spokojenost pacientů při použití lokální anestezie. Průměrná délka operace byla 24 minut, použilo se 25 ml anestetika. Využití lokální anestezie je tedy vhodnou alternativou celkové anestezie u pacientů podstupujících operaci nekomplikované kýly.  
(BENNETT, KUMAR a COVENEY; 2013)

„*Preoperative centre improving patients ' satisfaction?*“ studie zaměřená na zhodnocení spokojenosti pacientů s předoperačním centrem. Této studii se zúčastnilo 200 respondentů. Pacienti před operací podstoupili rozhovor s anesteziologem, operátérem a zdravotní sestrou, popřípadě s dalším specialistou potřebným k jeho druhu operace. Následně hodnotili informace získané od zdravotníků, čas s nimi strávený a možnost kladení dotazů. Byla zjištěna potřeba konkrétních informací od daného specialisty v závislosti na druhu operace, například pacient podstupující žaludeční bypass měl vyšší potřebu informací od dietní sestry než od operátéra.  
(WARREN-STOMBERG, BRATTWALL a JAKOBSSON; 2013)



## ZÁVĚR

Vzhledem k tomu, že sledování kvality poskytovaných služeb, jejich neustálé zlepšování a zvyšování spokojenosti pacientů je důležitou součástí plnění dané politiky jakosti ve zdravotnických zařízeních, je téma této diplomové práce velmi aktuální. Je to diskutované téma nejen v řadách laické veřejnosti, ale i zdravotníků.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou zabývající se pojmem spokojenost z různých hledisek a na psychosociální potřeby pacientů, které hlavně v nemocničním prostředí vystupují napovrch a jsou často zdravotníky úplně opomíjeny nebo nedostatečně uspokojovány. Uspokojené psychosociální potřeby mají významný vliv na prožívání období pacienta v nemocnici a celkově na jeho spokojenost. Praktická část se zabývá zhodnocením dotazníkového průzkumu, který se zaměřil na spokojenost pacientů s perioperační anesteziologickou péčí.

Cílem práce bylo na základě dotazníkového průzkumu zjistit míru spokojenosti pacientů a odhalit, na které poskytované služby je třeba se zaměřit a tím zvýšit kvalitu dané péče pro větší spokojenost klientů se zdravotníky a nemocnicí, která péči zajišťuje.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pacienti FN Hradec Králové jsou s celkovou perioperační anesteziologickou péčí spokojeni, ale také vyplynulo to, že máme stále jako zdravotníci velké mezery v uspokojování psychosociálních potřeb nemocných a pokud chceme zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb a s ní spojenou spokojenost pacientů měly bychom se na tuto oblast v budoucnu zcela určitě zaměřit.

Cíl práce, který byl na začátku stanoven byl splněn. Celková spokojenost byla více jak devadesátí procentní a zároveň byli zjištěny i konkrétní oblasti pro možné zlepšování poskytovaných služeb, hlavně z řad psychosociálních potřeb.

Výsledky uvedené v této diplomové práci budou použity jako podklad pro článek v časopise Anesteziologie a intenzivní medicína.

## POUŽITÁ LITERATURA

ALRUBAIEE, L. a F. ALKAA'IDA. *The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality - Patient Trust Relationship*. International Journal Of Marketing Studies [online]. 2011, 3(1), 103-127. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1cd645d0-faec-4730-a837-72a381c3ddde%40sessionmgr12&vid=6&hid=8>.

ATKINSONOVÁ, R.L. et al. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 2002. ISBN 80-7178-640-3.

BENNETT, PC, B KUMAR a EC COVENEY. *Local anaesthetic repair of uncomplicated paraumbilical Hernia without sedation: peri-operative pain and patient satisfaction*. Department of General Surgery, West Suffolk Hospital, Bury St. Edmunds, Suffolk, 2013. ISSN 1248-9204. [cit.2013-04-19]  
Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-013-1085-8>

BERAN, J. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. Praha: H&H, 1992. 170 s. ISBN 80-85467-43-7.

BOHUŇ O. a kol. *Anesteziologie resuscitologie a intenzivná starostlivost'*. Martin: Osveta, 1992. 409 s. ISBN 80-217-0436-5.

BRATOVÁ, A. *Aspekty anestetické ošetrovatel'skej starostlivosti*. In: Jihlavské zdravotnické dny. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011, 51-55. ISBN 80-217-0436-5.

GLADKIJ, I; HEGER, L; STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, 774 p. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 103 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995. 70 s. ISBN 80-85800-05-5.

CHEUNG, A, BA FINEGAN, C TOROK-BOTH, N DONNELLY-WARNER a J LUJIC. *A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education*. Canadian journal of anesthesia. 2007 May; 54(5): 355-6 [cit. 2013-04-14].

JANÁČKOVÁ, L. a P. WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JAROŠOVÁ, D., E. JANÍKOVÁ, Y. VRUBLOVÁ, R. ZELENÍKOVÁ, H. TOMÁŠKOVÁ a E. PAPASTAVROU. *Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgických odděleních*. General Practitioner / Praktický Lékař. 2011, 91(5), 269-273. ISSN 00326739. [cit. 2013-04-19].

KLUSÁKOVÁ, K. *Spokojenost pacientů s komunikací zdravotnického personálu na operačním sále*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

KONDÁŠ, O. *Psychológia pri ošetrovaní chorých*. Osveta: Martin, 1978. 380 s.

LAM E, E, M LEE, R BRULL a DT WONG. *Effect of anesthesia consultation on patients' preoperative concerns*. Canadian journal of anesthesia. 2007 Oct; 54(10):852-3 [cit. 2013-04-14].

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Avicenum, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MÁLEK, J. a J. Šimek. *Základy komunikace anesteziologa s pacientem a příbuznými*. Anesteziologie a neodkladná péče. 2000, 11(6), 279-282. ISSN 0862-4968.

MOROVICSOVÁ, E. *Vplyv informovanosti o perioperačnej starostlivosti na prežívanie strachu u chorých pred operáciou*. In: Ošetrovatelstvo - teória, výskum a vzdelávanie. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2007, 342-358. ISBN 978-80-88866-43-5.

OTABI, K et al. *Patient Satisfaction: How Patient Health Conditions Influence Their Satisfaction*. Journal Of Healthcare Management [online]. 2012, **57**(4), 276-292. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1cd645d0-faec-4730-a837-72a381c3ddde%40sessionmgr12&vid=8&hid=8>

SAAL, D et al. *Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care?* The British Journal Of Anaesthesia [online]. 2011, **107**(5), 703-709. Dostupné z: <http://bjj.oxfordjournals.org/content/107/5/703.abstract>

SUKI, N. *Assessing patient satisfaction, trust, commitment, loyalty and doctors' reputation towards doctor services*. Pakistan Journal Of Medical Sciences [online]. 2011, **27**(5), 1207-1210.

SUHONEN, R et al. *Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care*. Scandinavian Journal Of Caring Sciences [online]. 2011, **26**(2), 372-380. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x/full>.

ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPATENKOVÁ, N. aj. KRÁLOVÁ. *Základní o tázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠUSTEK, P. a T. HOLČAPEK. *Informovaný souhlas*. Praha: ASPI, 2007. 260 s. ISBN 978-80-7357-268-6.

TRACHTOVÁ E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno, 2006, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VONDRÁČEK, L. Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 76 s. ISBN 978-80-247-2181-1.

VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie lidské komunikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264s. ISBN 80-7178-291-2.

VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, E. a kol. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada Publishing, 2007. 227 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

WARREN-STOMBERG, M, M BRATTWALL a JG JAKOBSSON. *Preoperative centre improving patients' satisfaction?* International Journal of Surgery [online]. 2013 Mar 14. [cit. 2013-04-19].

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf číslo 1 Věk pacientů
- Graf číslo 2 Pohlaví respondentů
- Graf číslo 3 Hospitalizace z důvodů operace
- Graf číslo 4 První hospitalizace
- Graf číslo 5 Plánovaný X akutní příjem
- Graf číslo 6 Průběh předanestetického vyšetření
- Graf číslo 7 Respektování soukromí
- Graf číslo 8 Informovanost o druhu anestezie
- Graf číslo 9 Informovanost o předoperační přípravě
- Graf číslo 10 Informovanost o předoperační přípravě na sále
- Graf číslo 11 Informovanost o průběhu pooperační péče
- Graf číslo 12 Kdo podával informace
- Graf číslo 13 Srozumitelnost informovaného souhlasu
- Graf číslo 14 Představení anesteziologa
- Graf číslo 15 Změna obav z anestézie
- Graf číslo 16 Bolest po operaci
- Graf číslo 17 Pocit škrábání v krku
- Graf číslo 18 Bolest zad po operaci
- Graf číslo 19 Pocit na zvracení po operaci
- Graf číslo 20 Pocit chladu či zimy po operaci
- Graf číslo 21 Pocit hladu po operaci
- Graf číslo 22 Pocit žízně po operaci
- Graf číslo 23 Strach z probuzení v průběhu operace
- Graf číslo 24 Strach z neprobuzení po operaci
- Graf číslo 25 Strach z bolesti po operaci
- Graf číslo 26 Strach z chyby operátéra
- Graf číslo 27 Strach z chyby anesteziologa
- Graf číslo 28 Pozornost personálu
- Graf číslo 29 Uspokojení potřeb
- Graf číslo 30 Respektování soukromí na operačním sále
- Graf číslo 31 Zdvořilost chování personálu
- Graf číslo 32 Důvěra k anesteziologovi



- Graf číslo 33 Důvěra k personálu na operačním sále
- Graf číslo 34 Pozornost anesteziologa dotazům
- Graf číslo 35 Rozhovor personálu na operačním sále
- Graf číslo 36 Rušivost zvuků na operačním sále
- Graf číslo 37 Doba čekání od přijetí do nemocnice na výkon
- Graf číslo 38 Doba čekání od přijetí na operační sál do výkonu
- Graf číslo 39 Vnímání času na pooperačním oddělení
- Graf číslo 40 Operace v den plánování

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka číslo 1 Věk pacientů
- Tabulka číslo 2 Pohlaví respondentů
- Tabulka číslo 3 Hospitalizace z důvodů operace
- Tabulka číslo 4 První hospitalizace
- Tabulka číslo 5 Plánovaný X akutní příjem
- Tabulka číslo 6 Průběh předanestetického vyšetření
- Tabulka číslo 7 Respektování soukromí
- Tabulka číslo 8 Informovanost o druhu anestezie
- Tabulka číslo 9 Informovanost o předoperační přípravě
- Tabulka číslo 10 Informovanost o předoperační přípravě na sále
- Tabulka číslo 11 Informovanost o průběhu pooperační péče
- Tabulka číslo 12 Kdo podával informace
- Tabulka číslo 13 Srozumitelnost informovaného souhlasu
- Tabulka číslo 14 Představení anesteziologa
- Tabulka číslo 15 Změna obav z anestézie
- Tabulka číslo 16 Bolest po operaci
- Tabulka číslo 17 Pocit škrábání v krku
- Tabulka číslo 18 Bolest zad po operaci
- Tabulka číslo 19 Pocit na zvracení po operaci
- Tabulka číslo 20 Pocit chladu či zimy po operaci
- Tabulka číslo 21 Pocit hladu po operaci
- Tabulka číslo 22 Pocit žízně po operaci
- Tabulka číslo 23 Strach z probuzení v průběhu operace
- Tabulka číslo 24 Strach z neprobuzení po operaci
- Tabulka číslo 25 Strach z bolesti po operaci
- Tabulka číslo 26 Strach z chyby operátora
- Tabulka číslo 27 Strach z chyby anesteziologa
- Tabulka číslo 28 Pozornost personálu
- Tabulka číslo 29 Uspokojení potřeb
- Tabulka číslo 30 Respektování soukromí na operačním sále
- Tabulka číslo 31 Zdvořilost chování personálu
- Tabulka číslo 32 Důvěra k anesteziologovi

Tabulka číslo 33 Důvěra k personálu na operačním sále

Tabulka číslo 34 Pozornost anesteziologa dotazům

Tabulka číslo 35 Rozhovor personálu na operačním sále

Tabulka číslo 36 Rušivost zvuků na operačním sále

Tabulka číslo 37 Doba čekání od přijetí do nemocnice na výkon

Tabulka číslo 38 Doba čekání od přijetí na operační sál do výkonu

Tabulka číslo 39 Vnímání času na pooperačním oddělení

Tabulka číslo 40 Operace v den plánování

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek č. 1: Maslowova hierarchie potřeb

# PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

## **Dotazník spokojenosti pacientů s perioperační anesteziologickou péčí ve Fakultní nemocnici Hradec Králové**

Vážená paní, Vážený pane,

snahou Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Hradec Králové, všech lékařů, sester a ostatního personálu je poskytovat služby na vysoké úrovni a trvalé zlepšování péče o pacienty.

Našemu záměru můžete přispět i Vy, proto si Vás dovoluujeme oslovit a požádat o spolupráci. Svými pravdivými odpověďmi přispějete ke zhodnocení poskytované péče a k jejímu zkvalitnění v budoucnu. Prosíme o zakroužkování příslušné odpovědi, nebo na číselné stupnici zatrhněte číslici, která nejlépe vystihuje Váš názor (známkování jako ve škole).

Budeme rádi, pokud si najdete čas a vyplníte tento dotazník. Dotazník je anonymní, výsledky budou použity výhradně pro zajištění zpětné vazby. Za spolupráci Vám děkujeme.

### **A. Osobní údaje – nehodící se škrtněte**

Věk: .....

Pohlaví: **muž** **žena**

Jste hospitalizovaný(á) z důvodu operace poprvé? **ano** **ne**

Jste hospitalizovaný(á) ve Fakultní nemocnici Hradec Králové poprvé? **ano** **ne**

Váš příjem do nemocnice byl: **akutní** **plánovaný**

## **B. Informovanost o průběhu anesteziologické péče**

*1– ano    2 – spíše ano    3 – nevím    4 – spíše ne    5 – ne*

1. Bylo respektováno Vaše soukromí v průběhu předanestetického vyšetření?

**1      2      3      4      5**

2. Byl(a) jste dostatečně informovaný(á) o druhu a způsobu anestézie v průběhu předanestetického vyšetření?

**1      2      3      4      5**

3. Byl(a) jste dostatečně informovaný(á) o průběhu předoperační přípravy (lačnění, restrikce tekutin, zákaz kouření, příp. podání klyzma atd.)?

**1      2      3      4      5**

4. Byl(a) jste dostatečně informovaný(á) o průběhu přípravy před operací na operačním sále (zavedení periferního žilního katétru k podání léků a infuzí, napojení na EKG, měření krevního tlaku atd.)?

**1      2      3      4      5**

5. Byl(a) jste dostatečně informovaný(á) o průběhu pooperační péče (délka pobytu na dospávací jednotce či JIP, možnosti léčby bolesti, možnost pití či jídla, zahájení rehabilitace atd.)?

**1      2      3      4      5**

6. Kdo Vás o průběhu péče v období operace informoval?

**a) přijímající lékař**

**b) operatér**

**c) anesteziolog**

**d) všeobecná sestra**

**e) ostatní pacienti na pokoji**

**f) nikdo mne neinformoval**

7. Byl pro Vás informovaný souhlas s anestézií srozumitelný?

- a) rozuměl jsem všemu
- b) rozuměl jsem částečně
- c) vůbec jsem nerozuměl
- d) informovaný souhlas s anestézií jsem nečetl(a)
- e) jiná:.....

8. Představil se Vám anesteziolog, který vám poskytoval předanestetické vyšetření?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji se

9. Zmenšily se Vaše obavy z anestézie po pohovoru s anesteziologem v rámci předanestetického vyšetření?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

### C. Pocit komfortu/dyskomfortu pacienta

1 – ne    2 – spíše ne    3 – neumím posoudit    4 – spíše ano    5  
ano

10. Trpěl(a) jste po operaci bolestí v oblasti operační rány ?

1      2      3      4      5

pocitem škrabání v krku?

1      2      3      4      5

bolestí zad?

1      2      3      4      5

pocitem na zvracení?

1      2      3      4      5

pocitem chladu či zimy?

1 2 3 4 5

pocitem hladu?

1 2 3 4 5

pocitem žízně?

1 2 3 4 5

11. Měl(a) jste před operací strach z probuzení v průběhu operace?

1 2 3 4 5

z toho, že se neprobudíte po operaci?

1 2 3 4 5

z operačního sálu?

1 2 3 4 5

z bolesti po operaci?

1 2 3 4 5

z toho, že chirurg/operatér udělá chybu?

1 2 3 4 5

z toho, že anesteziolog udělá chybu?

1 2 3 4 5

12. Byl personál operačního sálu a pooperačního oddělení (JIP, dospávací jednotka) pozorný vůči Vaším potřebám?

1 2 3 4

13. Byly naplněny Vaše potřeby v průběhu pobytu na operačních sále a pooperačním oddělení (JIP, dospávací jednotka)?

1 2 3 4

#### **D. Vztah personál-pacient**

1– ano 2 – spíše ano 3 – neumím posoudit 4 – spíše ne  
5 – ne



14. Bylo personálem na operačním sále respektováno Vaše soukromí?

1 2 3 4 5

15. Bylo chování personálu operačního sálu zdvořilé?

1 2 3 4 5

16. Měl(a) jste pocit důvěry k anesteziologovi, který Vám poskytoval péči na operačním sále?

1 2 3 4 5

17. Měl(a) jste pocit důvěry k dalšímu personálu operačních sálů (sálové sestry, sanitář..)?

1 2 3 4 5

18. Měl(a) personál operačního sálu pochopení pro Vaši aktuální situaci?

1 2 3 4 5

19. Věnoval anesteziolog pozornost Vaším dotazům na operačním sále?

1 2 3 4 5

20. Věnoval Vám anesteziolog celkově dostatečnou péči jako jedinci?

1 2 3 4 5

21. Působil na Vás rozhovor personálu na operačním sále rušivě?

1 2 3 4 5

22. Působily na Vás zvuky různých přístrojů a činnosti zdravotnického personálu na operačním sále rušivě?

1 2 3 4 5

## **E. Organizace perioperační péče**

**1 – krátké 2 – přiměřeně 3 – dlouhé 4 – příliš dlouhé**

23. Jak jste vnímal(a) čekání od přijetí do nemocnice do operace?

**1 2 3 4**

24. Jak jste vnímal(a) čekání od příchodu na operační sál do zahájení operace?

**1 2 3 4**

25. Jak jste vnímal(a) čas strávený na pooperačním oddělení (JIP, dospávací jednotka) do překlada na standardní oddělení?

**1 2 3 4**

26. Byl(a) jste operován v den, na který byla operace plánovaná při přijetí?

**ano byl(a)**

**ne, nebyl(a), operace byla přeložena na jiný den**

**F. Připomínky, návrhy, postřehy:**

## Příloha 2

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

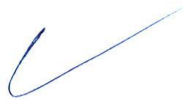
HOTEL \*\*\*



F. Připomínky, návrhy, postřehy: PŘÍKLADNÁ PÉČE OD  
CELEHO PERSONÁLU. DĚKUJÍM \*

Jhnt.

F. Připomínky, návrhy, postřehy:



VEŠKERÝ PERSONÁL FN  
JE VYSOCE PROFESIONÁLNÍ  
A ZDIŘILÝ. NEBO ALESPON  
ODDĚLENÍ ÚRAZOVÉ CHIRURGIE, D.

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

JSTE TU VŠICKY SUPER!

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

NAPROSTO PROFESIONÁLNÍ PŘÍSTUP  
DĚKUJI

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

NEMÁM PŘIPOMÍNKY. BYLA JSEM NAPROSTO  
SPOKOJENA. DĚKUJI VÁM.

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

Děkuji

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

NA OPERAČNÍM ZÁKROKU NA ODD. GYNÉKOLOGIE JSOU JIŽ POTŘETI.  
VELMI Kladně hodnotím práci a přístup lékařů, sester, sanitářů,  
pacient se zde cítí bezpečně a personálu důvěřuje, moc dobře,  
kvalitní péče, velice vstřícný a příjemný přístup  
k pacientům.

Jediné co nehodnotím příliš kladně je neomezený  
přístup návštěv. Zdravý člověk někdy nezná míru  
tolerance jak dlouho s nemocným a jeho spolupacientem  
na točce čas trávit, ale to je o lidech ☺

F. Připomínky, návrhy, postřehy:

UŘEĐENÍ, S KÝM JSOU SE SETVALA OD PŘÍJETÍ AŽ PO  
PROPUSČENÍ, BYL OCHOTNÝ, MILÝ, UŠTĚVAVÝ, ZURÁTKA SUPER.

VŠICHNI



F. Připomínky, návrhy, postřehy:

Děkuji moc za péči o mě. Učila jsem se tu dobře.

