

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Bc. Sandra Línková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení
hospitalizovanými pacienty**

Bc. Sandra Línková

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Sandra Linková
Osobní číslo: Z12194
Studijní program: N5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelská péče v interních oborech
Název tématu: Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení hospitalizovanými pacienty
Zadávající katedra: Katedra ošetřovatelství

Zásady pro vypracování:

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

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tiskárna/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGEŘ a Ladislav STRNAD. Kvalita zdravotnické péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
2. GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Praha: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-998-8.
3. PLEVOVÁ, Piona. Management v oštrovatelství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
4. ŠKRŤA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní oštrovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
5. ŠKRŤA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. Řzení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jana Holá, Ph.D.**
Katedra informatiky, managementu a radiologie

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **5. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Peňáz, DrSc.,
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.,
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. března 2014

Prohlášení

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 4. 2014

Sandra Línková

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat Ing. Janě Holé, Ph.D. za odborné vedení mé práce, cenné rady, pomoc a ochotu.

Díky patří i mé rodině a blízkým, kteří mě během celého studia podporovali.

ANOTACE

Předmětem diplomové práce je Hodnocení kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení hospitalizovanými pacienty. Práce se skládá z části teoretické a výzkumné. Část teoretická vymezuje pojem kvalitu péče, význam komunikace a měření spokojenosti pacientů jako kritérium kvality péče. Výzkumná část práce je provedena formou kvantitativního výzkumu. Výzkum obsahoval sběr dat formou dotazníků vyplňovaných hospitalizovanými pacienty v pěti nemocnicích Pardubického kraje. Data získaná kvantitativním výzkumem byla použita pro statistické ověření hypotéz. V závěru práce jsou doporučení pro zlepšení fungování některých oblastí péče a význam monitorování kvality péče do budoucna.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita péče, spokojenost, hospitalizace, Pardubický kraj

TITTLE

Evaluation of the quality of care provided in a medical facilities by hospitalized patients

ANNOTATION

The subject of the thesis is the evaluation of the quality of care in patients admitted to a medical facility. The work consists of theoretical and research. The theoretical part defines the quality of care, the importance of communication and measuring patient satisfaction as a criterion of quality of care. The research is carried out by quantitative research. Research included the collection of data through questionnaires completed for hospitalized patients in five hospitals of the Pardubice region. Data obtained by quantitative research was used for statistical test hypotheses. The thesis concludes with recommendations for improving the functioning of certain areas of care and the importance of monitoring the quality of care in the future.

KEY WORDS

The quality of care, satisfaction, hospitality, Pardubice Region

Obsah

Úvod.....	10
Cíle práce	11
Teoretická část	12
1 Kvalita péče	12
1.1 Zlepšování kvality péče a její nástroje.....	14
1.2 Hodnocení spokojenosti pacientů s kvalitou péče	18
2 Význam komunikace s pacienty	21
2.1 Komunikace s nemocnými.....	21
2.2 Důstojnost člověka v kontextu s lékařstvím.....	22
2.3 Hospitalismus a nemocný	22
2.4 Práva pacientů	23
2.5 Pracovní zátěž	23
3 Ideálně fungující nemocnice z hlediska kvality péče	25
3.1 Management a jeho strategický význam pro zařízení.....	26
3.1.1 Vývoj struktury sítě zdravotnických zařízení.....	28
4 Měření spokojenosti pacientů jako kritérium kvality péče.....	29
4.1 Benchmarking jako nástroj zvyšování kvality	30
4.2 Modely spokojenosti pacientů.....	31
4.3 Metody sledování spokojenosti pacientů	33
5 Výzkumná část, její cíle a metodika	37
5.1 Vyhodnocení výsledků.....	40
6 Diskuze	67
7 Závěr	73
8 Soupis bibliografických citací	76

9 Seznam obrázků a tabulek	80
10 Seznam příloh	82

Úvod

Kvalitní péče a kvalita zdravotnického zařízení jsou v dnešní době prioritou každé nemocnice. Zavedení systému pro zvýšení kvality a bezpečí pacientů je založen na identifikaci rizikových oblastí, jejich analýze a zavádění preventivních opatření. Velmi důležitou roli hraje nastavení a dodržování předepsaných standardů v poskytování zdravotnické péče a také hodnocení spokojenosti hospitalizovaných pacientů. Monitorování spokojenosti pacientů má velký význam pro nemocnice z hlediska uvědomění si, že kvalita péče je jednou z jejich konkurenčních výhod.

Diplomová práce byla zpracována v rámci projektu studentské grantové soutěže Univerzity Pardubice pro rok 2013. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je vymezen pojem kvalita péče, efekt komunikace a etiky ve zdravotnictví. Značná část diplomové práce je věnována tomu, jak by mělo vypadat ideálně fungující zdravotnické zařízení a také význam měření spokojenosti pacientů. Praktická část popisuje cíle, hypotézy a výsledky výzkumu. Výzkum diplomové práce byl prováděn na různých pracovištích v pěti nemocnicích Pardubického kraje. Hypotézy byly ověřovány pomocí statistických metod. Výzkumný vzorek tvořilo 1956 respondentů.

Cíle práce

Hlavní cílem diplomové práce je zjistit a porovnat úroveň kvality poskytované péče hospitalizovaných pacientů v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje. Navrhnout některá zlepšení na základě zjištěných výsledků. Dále bylo ověřováno, zda zvolená metodika výzkumu je vhodná pro monitoring kvality péče v nemocnicích Pardubického kraje.

Teoretická část

1 Kvalita péče

Kvalita je v současné době velmi frekventovaným pojmem. V minulosti byla používána především v technické sféře, v současnosti však úspěšně proniká téměř do všech oblastí lidského konání. Kvalitu lze definovat mnoha způsoby. V roce 1966 byla kvalita definována dle WHO jako souhrn dosažených výsledků v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě praxe a lékařských věd. (Mašek, 2001; Kareš, 2006)

Na kvalitu se lze dívat z několika úhlů pohledu tzv. dimenzí kvality. Mezi dimenze řadíme bezpečnost (kdy možná rizika nemocničního prostředí nebo zákroku jsou omezena nebo vyloučena), kompetence (soulad mezi nabízenou péčí či zákroky a znalostmi i dovednostmi každého jednotlivce), vhodnost (péče a služby založených na standardech), přijatelnost (péče a služby jsou přijatelné pro zákazníky), dostupnost (získání služeb na správném místě, ve správný čas a skutečným odborníkem), kontinuita (návaznost služeb a péče), ekonomičnost (ekonomickým využití zdrojů je dosaženo očekávaného výsledku), včasnost (péče je poskytována pacientům, kdy ji nejvíce potřebují), přiměřenost (péče je poskytována na úrovni a odpovídá stavu a potřebám pacienta), úcta a vnímavost (respektování rozhodnutí pacienta a jeho soukromí). (Škrla, Škrlová, 2003)

Do metod měření kvality a dodržování standardů můžeme zařadit dotazníkové šetření, kde zjišťujeme spokojenost klienta či zaměstnanců, dále metodou přímého pozorování, rozhovor, celkový audit, sběr statistických údajů, kontrola ošetřovatelské dokumentace aj. To znamená, že se v rámci organizace používají různé metody na měření kvality, které jsou vhodné pro různé úrovně řízení, oblasti činnosti a služeb. (Mastiliaková, 2002)

„Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, postupů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejich konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují.“ (Gladkij a kol., 2003, s. 289)

Lidé v dnešní době ztrácejí často důvěru ve spolehlivost poskytované nemocniční péče. Cena této služby neustále stoupá, kvalita péče tomu neodpovídá a efekt poskytovaných zdravotnických služeb je málo zřetelný. Kvalita je kategorie, která v kvantitativních (měřitelných) a kvalitativních (vycházejících z hodnotového systému) pojmech popisuje úroveň poskytovaných služeb. (Bártlová, 2005; Gladkij a kol., 2003)

V současné době se mnoho zdravotnických zařízení zaměřuje na zvýšení kvality péče o pacienty. Motivy mohou být následující: zajištění dobré pověsti nebo zvýšení počtu pacientů, přežití v tvrdších konkurenčních podmínkách, získání odborného personálu, nutnost přiblížit se standardu EU, uspokojení požadavků akreditačních standardů a také touha zdravotnického personálu dělat věci správně. Kvalita představuje lidi, kteří se přizpůsobí organizaci a lidi, kteří radikálně změnili své myšlení a mají vyhraněné životní cíle. Zkvalitnění péče v České republice záleží na lidech, na jejich postojích, a zda budou ochotni udělat první krok na dlouhé a namáhavé cestě k excelenci. (Škrla, Škrlová, 2003)

Nezbytným ukazatelem kvality péče je vyhláška 102/2012 Sb. s názvem Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí a způsob jejich tvorby a sledování. Vyhláška se tedy zabývá:

Mezi minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí patří: zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, sledování spokojenosti pacientů, sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkající se lůžkové zdravotní péče, využívání diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů.

Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí je splněn pokud:

- je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí pro celé zdravotnické zařízení a tento program je pravidelně aktualizován,
- jsou určeny odpovědné osoby za plnění programu zvyšování kvality a bezpečí,
- zásad a činností vedoucích ke zvyšování kvality a bezpečí jsou zahrnuty v provozních postupech zavedených do praxe, které jsou nejméně jednou ročně aktualizovány,
- osoby podílející se na poskytování lůžkové zdravotní péče jsou aktivně zapojeny do programu zvyšování kvality a bezpečí.

Za minimální hodnotící standardy péče o pacienty patří: dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace, zajištění

konzultačních služeb, bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky. Dále kvalita stravování a nutriční péče, zajištění léčebně rehabilitační péče, podpora zdraví a prevence nemoci, kontinuita zdravotní péče, identifikace pacientů a zajištění kardiopulmonální resuscitace.

Standard kvalita stravování pacientů a nutriční péče je splněn pokud:

- stanoven postup organizace nutriční péče a
- zpracován systém diet. (Vyhláška MZ ČR, 2012)

1.1 Zlepšování kvality péče a její nástroje

Poskytování zdravotní péče zahrnuje mnoho činností, na kterých se podílejí lékaři i ostatní zdravotničtí pracovníci a to především sestry. Úroveň diagnostiky, terapeutických postupů a ošetrovatelské péče tvoří pilíř, o který se opírá celková úroveň ošetrovatelské péče v každé nemocnici. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

Pokud se zaměstnanci zdravotnických zařízení mají podílet na zlepšování kvality péče, musí mít dostatek znalostí a dovedností. Nedílnou součástí jsou i jejich postoje, mezi které patří: chápat pojem a důležitost kvality, důležitost koordinace všech procesů, dále vědět, že práce každého členu týmu má vliv na celkovou kvalitu a vytvořit prostředí zaměřené na pacienta. (Mastiliaková, 2001)

Základní podmínkou poskytování vysoce kvalitní péče je, aby organizace zajistila vzdělání a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, technické zajištění, organizační zajištění péče, frekvenci výkonů (klinickou zkušenost) a zpětnou vazbu o správnosti počítání. (Kareš, Drlíková, Brabcová, 2006)

Program zajišťující kvalitu zdravotní péče zdůrazňuje:

- význam výchovy a vzdělávání zdravotnického personálu;
- poskytování nejvhodnější péče za využití současných vědeckých poznatků;
- snížení nákladů (zbytečné výdaje a stále stoupající ekonomičnost);
- poskytování odpovídající hodnoty za vynaložené peníze;
- více důvěryhodnosti zdravotnických organizací;
- snahu o větší odpovědnost a informovanost pacientů v souvislosti s péčí o zdraví;
- zamezení možnosti poskytování nedbalé péče. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

Mezi nástroje zajišťování požadované úrovně kvality patří:

- indikátory kvality,
- standardy ošetrovatelské péče,
- audit,
- celoživotní vzdělávání,
- systémy pro hodnocení kvality,
- hodnocení kvality péče.

Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí či požadavkem ukazují, jak dalece bylo toho standardu dosaženo. Jedná se o základní nástroj ke sledování ošetrovatelské péče. Indikátory kvality jsou spolehlivá, specifická, validní a pevně měřitelná kritéria, která ve srovnání s danou směrnicí či standardem ukazují, jak hluboce bylo daného standardu dosaženo. Při zajišťování kvality je potřebné postupovat analogicky, jelikož se jedná o stálý proces, v němž pomocí stanovených standardů a daných kritérií sledujeme úroveň poskytované péče a snažíme se dosáhnout co nejlepší úrovně. Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče se řadíme personální obsazení a kvalifikační strukturu, hlášení pádů, mimořádných událostí a katérových infekcí, prevalenci dekubitů, sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. Indikátory péče se mohou týkat struktury (např. kvalifikace sester, počet zaměstnanců), procesu (např. úroveň ošetrovatelské péče) nebo výstupu (pacientův stav a jeho změny, náklady na lůžko apod.) zdravotní péče. (Škrla 2005; Kareš, Drlíková, Brabcová, 2006; Ulrychová 1999)

Standardy ošetrovatelské péče

Standard je definovaná kvalitativní a kvantitativní úroveň kritéria péče, která je v daném momentě výrazem dobré kvality péče. Mění se podle posunu vědeckého poznání v lékařství, tudíž nejsou fixní. Členíme je na interní a externí. Standardy interní si vytváří zdravotnické zařízení samo, na základě programu řízení kvality. Naopak externí standardy jsou přijímané od jiných zařízení či institucí, např. z ministerstva ve formě metodických opatření. Dosahování stanovených standardů kvality, lze ověřit formou kritické a systematické analýzy. Tento proces se označuje pojmem audit. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

Audit

„Zdravotnický audit představuje systematickou a kritickou analýzu zdravotní péče včetně postupů užívaných v diagnostice a léčbě, ve využívání zdrojů i analýzu úrovně kvality života pacientů.“ (Gladkij, Heger, Strnad, 1999, s. 25)

Mezi obecné vlastnosti auditu se řadí proces vyhodnocení, který je prováděn skupinou specialistů, dále systematickým hodnocením výsledků činnosti. Podstatou auditu je, že výsledek má důvěrný charakter. V poslední době je stále využívanější metodou měření spokojenosti pacientů forma dotazníkového šetření, což se dá považovat za zvláštní druh auditu. Dotazník je tedy pro management nemocnice nejlevnějším a nejsnadnějším zdrojem informací o názorech pacientů a jejich spokojenosti. Spokojenost se týká léčby, způsobu ošetřování, dostupnosti informací, chování a komunikací ošetřujícího personálu a v neposlední řadě i vybaveností oddělení. Vyhodnocením dotazníků získá management zdravotnického zařízení řadu motivačních poznatků, které může v budoucnosti vylepšit. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

Celoživotní vzdělávání

Kvalitní péče o pacienty závisí na celoživotním vzdělávání těch, kdo jsou za její poskytování odpovědní. Celoživotní vzdělávání má pozitivní vliv na kvalitu péče i pacienty. Zajištění vzdělávání sester má dopad na spokojenost pacientů a dochází i ke snížení indikátorů kvality (vznik dekubitů, pády pacientů...). Pomocí kontinuálního vzdělávání se zvyšuje schopnost sester efektivně plnit své povinnosti. Přijetí zákona 96/2004 sb. O nelékařských zdravotních povoláních uzákonil povinnost celoživotního vzdělávání. Vzdělávací aktivity jsou stanoveny vyhláškou a ohodnoceny daným počtem kreditních bodů. Celoživotní vzdělávání je považováno za prohlubování kvalifikace podle zákoníku práce a navazuje na odbornou způsobilost. Podstatou celoživotního vzdělávání je, aby se sestry seznamovaly s nejnovějšími poznatky a následně je uplatňovaly ve své ošetrovatelské praxi. (Shamian, 1997; Bártlová, 2006)

Systemy pro hodnocení kvality

Mezi systémy pro hodnocení kvality v oblasti zdravotní péče patří, Spojené komise pro akreditaci zdravotnických organizací (JCAHO - Joint Commission on Accreditation of

Healthcare Organizacions), která je vedoucí institucí v oblasti řízení kvality zdravotní péče v USA od doby jejího založení v roce 1951. Dále EFQM (European Foundation for Quality Management) Evropská cena za kvalitu, což je systém hodnocení kvality uplatňovaný po celé Evropě. ISQa (The International Society for Quality in Health Care) Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, nabízející rozvoj kvality ve zdravotnictví. Dceřinou organizací ISQa je organizace Alpha (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation), která pomáhá zemím vytvářet a zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. SAK (Spojená akreditační komise), je nezávislou organizací poskytovatelů zdravotní péče, z jejíž iniciativy byla vydána vyhláška s 50 akreditačními standardy. ISO (International Standards Organization), organizace vydávající ISO normy, které jsou nutné pro zdravotnictví v souvislosti s tzv. certifikací, oprávněním činnosti. (Jurásková, 2004; Škrta, Škrlová, 2003; Mastiliáková, 2002)

Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a WHO, stanovují plnění následujících požadavků:

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv,
- odpovědnost poskytovatele zdravotnických služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování,
- optimální využívání zdrojů,
- řízení rizik,
- proces jasného řízení v organizaci,
- zahrnutí všech činností do strategického plánování,
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotnických služeb v příslušném regionu. (MZ ČR, 2013)

Hodnocení spokojenosti pacientů

Ošetřovatelská péče vychází z individuálních potřeb pacienta a holistického přístupu jak k němu samotnému, tak k jeho rodině. Pacient kvalitu ošetřovatelské péče nejčastěji hodnotí podle uspokojování základních potřeb v době nemoci, profesionální všímavosti a citlivosti sester, jednání a aktivity sester, komunikaci a kultivovanosti projevu. Pacient není schopen sám rozeznat (nejedná-li se o zdravotníka), jestli byly výkony provedeny dle standardu, proto hodnotí ošetřovatelskou péči (jak pacient, tak jeho rodina) podle vystupování a chování sester. Negativní hodnocení pacientů se týká nejčastěji nedostatečné informovanosti, málo času,

který jim sestry věnují, sliby které nedodrží, dlouhé čekací doby na příchod sestry. (Lávičková, 2006; Farkašová, 2006)

Pacienti se mohou v dotazníkových šetření vyjádřit ke stránkám struktury procesu a výsledkům zdravotní péče. Mohou tedy posoudit tyto stránky:

- prostředí, vybavení a hygienu zdravotnických zařízení (čekárny, ordinace, nemocniční pokoje apod.);
- podmínky pro osobní hygienu ve zdravotnických zařízeních;
- včasnost zásahu urgentních případů;
- způsob chování zdravotnického personálu k pacientům;
- úroveň komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty;
- informovanost pacientů o průběhu hospitalizace, léčby a jejich zdravotním stavu;
- čekací doby na ošetření či vyšetření;
- subjektivní vnímání výsledků léčby. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

Koncept kvality zdravotní péče ve vyspělých zemí je založen na odpovědnosti a systému zdravotnictví. Zodpovědnost v systému řízení kvality zdravotnictví mají ovšem i příjemci služeb neboli pacienti. Je důležité si uvědomit, že lidská věda a technologie v oblasti zdravotnictví jde rychlým tempem dopředu a populace očekává od poskytovaných zdravotnických služeb vysokou kvalitu.

1.2 Hodnocení spokojenosti pacientů s kvalitou péče

Spokojenost pacientů lze vyjádřit osmi kroky, nebo dimenzemi kvality péče.

Osm kroků ke spokojenosti pacientů

Prvním krokem je představení. Každý zdravotník (ať už jde o sestru, lékaře, fyzioterapeuta,...) se při prvním setkání s pacientem pozdraví a představí. Druhý krok je vhodná komunikace, kdy pacienta oslovujeme příjmením a spontánně s ním komunikujeme. Třetím krokem je normovanost. Pacienta informujeme, kde leží (nemocnice, oddělení, číslo pokoje, kdo je ošetřující lékař), seznámíme ho s nemocničním řádem, právy pacientů a návštěvními hodinami. Stejně tak nemocného kontinuálně informujeme o všem, co ho čeká a co se od něj očekává. Čtvrtým krokem je zodpovědnost (pokud pacientovi něco slíbíme, je třeba slib dodržet, nemůžeme-li žádosti vyhovět, musíme pacientovi vysvětlit důvod). Pátým

krokem je čas (naslouchat pacientovi, dát mu prostor pro jeho dotazy, vysvětlit mu vše, čemu nerozumí a co ho zajímá, vyzývat pacienta k otázkám a zpětnou vazbou se ujistit, že všemu rozumí). Šestáým krokem je srozumitelnost, snažíme se mluvit jasně a srozumitelně bez odborných výrazů. Sedmým krokem je respekt, který musíme mít ke každému pacientovi bez ohledu na jeho sociální postavení. Posledním, osmým krokem je empatie (podpora pacienta a snaha mu pomoci). (Kozierová, Erbrová, Olivierová, 1995; Staňková, 1998)

Jak je patrné z těchto osmi bodů, ke spokojenosti pacientů vede především správná komunikace a atmosféra na pracovišti. Ty mají příznivý vliv na psychický stav pacientů a ovlivňují míru spokojenosti. (Křemenová, 2006)

Dimenze kvality péče

Design výzkumného nástroje (nejčastěji dotazníku) je strukturován k měření spokojenosti pacientů v několika tematicky definovaných oblastech. Každou dimenzi sytí několik dílčích otázek dotazníku. Tyto oblasti se nazývají dimenze kvality péče, neboli Pickerovy dimenze. Dimenze vznikly z odpovědí na čtyři obecné otázky (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005):

1. Co pacienti chtějí?
2. Co pacienti oceňují a čeho si váží?
3. Co pomáhá a co naopak brání pacientům ve zvládnání zdravotních potíží?
4. Jaké aspekty zdravotní péče jsou pro pacienty a jejich rodiny nejdůležitější?

Na základě odpovědí vzniklo osm definovaných oblastí péče o pacienta neboli dimenzí, které sytí 3 - 10 škálových otázek v dotazníku spokojenosti. Tyto dimenze jsou (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005, s. 142):

1. *„přijetí do nemocnice,*
2. *respekt, ohled, úcta,*
3. *koordinace a integrace péče,*
4. *informace, komunikace, edukace,*
5. *tělesné pohodlí,*
6. *citová opora,*
7. *zapojení rodiny,*
8. *propouštění z nemocnice a pokračování péče“.*

Žádná z hodnocených dimenzí nehodnotí vlastní medicínský výkon. Pacient hodnotí jen to, čemu rozumí a k čemu je schopen se vyjadřovat. Výsledky provedeného šetření objasní, co si pacienti myslí o péči ve zdravotnickém zařízení a jak s ní byli spokojeni. Díky dimenzím kvality péče lze přesně definovat oblasti, ve kterých nemocnice dosahuje výborných výsledků a naopak oblasti, na které je třeba se zaměřit při zlepšování kvality péče. Výsledky získané standardizovaným měřením v různých zdravotnických zařízeních, lze mezi sebou porovnávat. Pokud zpětnou vazbu zdravotnické zařízení z šetření využije ke konkrétním opatřením ve prospěch kvality péče, je při opakovaných šetřeních patrné zlepšování výsledků. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005)

2 Význam komunikace s pacienty

Jedním z parametrů kvality péče je vhodná komunikace s pacientem. Komunikace je hlavní klinickou dovedností a nezbytnou komponentou klinické kompetence. Efektivní komunikace je v medicíně nezbytná, zajišťuje nejen spokojenost pacienta, ale přímo ovlivňuje efektivitu realizované léčby. Lze tedy konstatovat, že pozitivně ovlivňuje přesnost diagnózy a její provázanost s dalšími skutečnostmi, dodržování léčby a terapeutický vztah pacienta a lékaře, výsledky léčby a také spokojenost pacienta lékaře. Pacientova spokojenost je přímo spojena s množstvím informací, které dostane od lékaře. Komunikace musí být oboustranná, zahrnuje tedy jak přímou komunikaci lékaře, tak i aktivní vyslechnutí pacienta. Nasloucháním lékař získává od pacienta mnoho důležitých informací. Dovednost naslouchání je nezbytným krokem k účinné a efektivní lékařské konzultaci. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011)

Problémy mezilidských vztahů často bývají důsledkem špatné komunikace a tedy komunikačních problémů. Špatné pochopené zadání, nízká pracovní motivace, stížnost na chování pracovníka, nedodržování předpisů, syndrom vyhoření apod. Komunikační proces může být narušen šumy, které mohou narušit přenos nebo příjem sdělení (např. hluk, únava, použití nejednoznačných symbolů).

Komunikaci lze rozdělit na dvě skupiny: komunikaci verbální a neverbální. Komunikace verbální je specifický způsob lidské komunikace, který má formu ústní, písemnou nebo elektronickou. Neverbální komunikace (komunikace prostřednictvím těla) zahrnuje gesta, mimiku, polohu těla, proxemiku, haptiku, poturologii, kinetiku, pohled a úprava zevnějšku (Gladkij, 2003; Mahrová, 2006)

2.1 Komunikace s nemocnými

Sestra má na komunikaci s pacientem vždy více času, tráví s ním 70 % své denní pracovní doby. Tento těsný kontakt přináší sestře obrovské množství informací. Často si pacient při komunikaci se sestrou vzpomene na důležité informace, které lékaři zapomněl sdělit. Úkolem sestry je tyto informace správně hodnotit, případně zaznamenat a sdělit dalším členům zdravotnického týmu. Základ pro efektivní a profesionální rozhovor je úcta a důvěryhodnost, ochota dávat a nejen přijímat, připravenost ke změnám a revizi postojů, přátelská atmosféra a citlivé odkrývání překážek v rozhovoru. Pro pacienta musí být komunikace jednoduchá, s ověřením zda pacient rozuměl obsahu. Vzájemnou komunikaci usnadňuje stručnost,

zřetelnost a vhodné načasování při komunikaci, což je důležité pro pacienta i pro sestru. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011)

2.2 Důstojnost člověka v kontextu s lékařstvím

Různí filozofové vnímají důstojnost člověka rozdílně. Kant chápe důstojnost jako vnitřní, vrozenou, přirozenou, inherentní hodnotu, která je lidské bytosti vlastní, kterou má každý člověk bez jakéhokoliv přisuzování, a to proto, že je člověkem. Hobbes důstojnost chápe jako hodnotu člověka přisuzovanou zvenčí, za základě určitého výběru podle vlastností a schopností dotyčného. S pojmem lidská důstojnost si nelze zahrávat, vždyť právě z této hodnoty vyvěrají lidská práva a status osoby. V klinické praxi je třeba vědět, jak sami nemocní vnímají důstojnost, nebo její ztrátu. Pacienti si často stěžují na aroganci, nadměrné sebevědomí, nevhodnost projevu, pocity neomylnosti, lhostejnost i nezájem lékařů. Je důležité uvědomit si, že pacient je v nouzi, ve stavu mimořádné zranitelnosti a nejvíce ze všeho potřebuje lidskou přítomnost. Je nutné, aby si všichni uvědomili, že pacienti potřebují soucit a empatii v komunikaci. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011)

2.3 Hospitalismus a nemocný

Hospitalismus charakterizujeme jako soubor negativních faktorů, které působí na nemocného při jeho pobytu v lůžkovém zařízení. Pacient, který je dlouhodobě hospitalizován, je negativně ovlivněn po stránce duševní a tělesné. Hospitalismus postihuje pacienty každého věku, často bývají postiženy děti a staří lidé, kteří se obtížně orientují v novém prostředí. Vlivy vedoucí k hospitalismu bychom mohli shrnout pod pojem psychická deprivace. Jde o stav, kdy jedinec nemůže po delší dobu uspokojovat některou ze svých životně důležitých potřeb. Jde o deprivaci senzorickou, emoční, intelektovou či sociální. Základním znakem hospitalismu je pasivita nemocného, izolace od světa a zájmů pacienta. Předjít hospitalismu lze zkrácením doby hospitalizace na nejnutnější dobu, umožnění pravidelných návštěv, humanizace nemocničního prostředí, úprava nemocničního režimu a v hospitalizace dětí s doprovodem rodičů. Aktivní spolupráce ošetřujícího personálu s pacienty a dobré mezilidské vztahy jsou základní předpoklady úspěšné léčby. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

2.4 Práva pacientů

První kodex práv pacientů zformuloval lékárník David Anderson z Virginie v roce 1971, který zdůraznil právo nemocného na autonomii, respekt, sebeurčení a individuální přístup. V Evropě měla na vývoj práv pacientů vliv Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, která byla přijata roku 1994 v Amsterdamu pod záštitou úřadovny WHO pro Evropu. Jedná se o dokument, kde je komplexní soubor práv pacientů v rámci poskytované péče. Hlavní část Deklarace Práv pacientů je rozdělena do sedmi oddílů: lidská práva a hodnoty ve zdravotní péči (např. právo o sobě rozhodovat, právo na respekt soukromí), informace (např. právo na úplné informace o zdravotním stavu), souhlas, důvěryhodnost a soukromí, ošetřování a léčba, uplatňování práv a definice použitých termínů. (Haškovcová, 1997)

Česká verze práv pacientů byla zpracována na podkladě Vzorových práv pacientů uveřejněných v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod. Při tvorbě byla respektována specifika a mínění veřejnosti. Ve zdravotnictví má největší právní sílu Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR a Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Tu Česká republika podepsala v roce 1998, ale až v roce 2001 ji Parlament České Republiky ratifikoval a tím se stala hlavním zdravotnickým zákonem naší země. Je nadřazená ostatním zdravotnickým zákonům. (Bužgová, 2008; Kořenek, 2002)

Znalost práv ze strany pacientů je důležitá především pro posílení rovnocenného vztahu mezi lékařem a pacientem. Práva pacientů jsou v příloze A. Pokud bude nemocný považován za rovnocenného partnera, lépe se vyrovná se svou nemocí a řadou diagnostických a terapeutických výkonů, které bude muset v důsledku nemoci podstoupit. (Kořenek, 2002)

2.5 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž je možno chápat jako nároky kladení na pracovníka. Pojem zátěž je synonymem pojmu stres. Jako stresory na pracovníka mohou působit podněty z prostředí, ve kterém se pohybuje v podobě barrier, obav nebo i nízkého sebevědomí. Velkou roli hraje osobnost pracovníka, její odolnost, motivace, charakterové a temperamentní vlastnosti. Problém, který je nutný řešit v souvislosti se zátěží, je míra přijatelné zátěže. Ta by neměla přesáhnout určitou hranici, aby nepřetěžovala a neohrožovala pracovníka. Zátěž působící na člověka může mít za následek selhání jedince. Z toho důvodu je třeba věnovat pozornost podmínkám práce, pracovní bezpečnosti, aby byla zajištěna ochrana zdraví pracovníků.

Důležitá je preventivní ochrana výchovou a informovaností pracovníků. Jestliže pracovník není připraven, není dostatečně informován o náplni jeho práce, pak zátěž působí na organismus člověka mnohem intenzivněji. Pracovní požadavky by neměli přesahovat kapacitu pracovníka, jak po stránce kvalitativní, tak i po stránce kvantitativní. Nezkušenost a nepřipravenost může končit rezignací, dezorientací až psychickým zhroucením. (Mikuláščík, 2007)

Motivace v pracovní činnosti může být chápána jako další klíč k úspěchu zdravotnického zařízení. Znamená důvod pro to, abychom něco udělali. Obsahuje tři složky. První složkou je směr (co se jaká osoba pokouší dělat), druhou je úsilí (s jakou pílí se to pokouší) a třetí je vytrvalost (jak dlouho se to pokouší). Oblíbenou a nejpopulárnější teorií motivace v pracovní oblasti je teorie A. Maslowa. Udává, že nejdůležitějšími motivačními stimuly jsou potřeby, které mají proměnlivý význam v životě jedince podle míry uspokojení. Pokud jsou uspokojeny potřeby bazální, pak vstupuje do popředí potřeba vyšší úrovně. Potřeby sociální se podle něj objevují tehdy, když jsou uspokojeny potřeby fyziologické. Systém, který vypracoval, má podobu pyramidy (příloha B). Teorie C. Alderferova, která navazuje na A. Maslowa, zredukovala pět úrovní potřeb dle Maslowa na pouhé tři. Potřeba existenční kam patří potřeby fyziologické a potřeby bezpečí, dále potřeby vztahové kam lze zařadit sociální potřebu interakce a poslední potřeba je růstová, kam spadá seberealizace a sebepřijetí. (Mikuláščík, 2007; Pléková, 2012)

3 Ideálně fungující nemocnice z hlediska kvality péče

Mezi důležité znaky správně fungujícího zařízení patří vypracování dlouhodobé strategie svého rozvoje, účinná komunikace se svými klienty a veřejností a také poskytování služeb klientům na vysoké úrovni. Manažeři organizace musí usilovat o vytváření pozitivního obrazu zařízení ve vztahu k okolnímu prostředí, dále předcházení vzniku konfliktových situací uvnitř a vně organizace. (Gladkij, 2003)

Organizace nemocnice může mít několik typ struktur:

- funkcionální organizační strukturu- prolínání příkazů jednotlivých manažerů (manažer primář-manažer vrchní sestra),
- liniově-štábní struktura- štáb je v nemocnici tvořen (poradci v oblasti kvality, právní oddělení apod.),
- vytváření organizačních jednotek podle čísel- oddělení musí mít předepsaný počet zaměstnanců (podle typu oddělení a počtu lůžek),
- vytváření organizačních jednotek podle časových směn- charakteristické pro nemocnice v souvislosti s návazností péče,
- vytváření organizačních jednotek podle funkcí jednotek- mohou být oddělení či zdravotnická zařízení rozdělena podle charakteru poskytované péče.

Většina zdravotnických zařízení má ve svém systému organizačních uspořádání několik subsystémů. Mezi ně patří poskytování zdravotní péče (diagnostické, medicínské a ošetrovatelské obory) zajišťující poskytování péče v ambulancích nebo odděleních. Dalším subsystémem je logistika a pak management. Management zdravotnické organizace musí jasně odrážet specifika, to znamená jaké formy a druhy péče jsou v daném zařízení poskytovány. (Pléková, 2012)

Nemocnici lze definovat jako „lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržité lékařské a ošetrovatelské služby“. Mezi základní funkce nemocnice se řadí poskytování léčebné péče těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Jádrem činnosti všech nemocnic jsou činnosti diagnostické a léčebné. Nemocnice jsou také středisky pregraduální a postgraduální výchovy lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Nemocnice musí svou organizační strukturou pravidelně

aktualizovat, aby splňovala měnící se požadavky zřizovatele a potřeby komunity, které poskytují zdravotní péči. (Gladkij, 2003; Plérová 2012)

Řízení systému soustavného zlepšování kvality v instituci mají vrcholoví manažeři nemocnic (ředitelé nemocnic, jejich náměstci, hlavní sestry), ale také lékaři, sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří bezprostředně přicházejí do styku s pacienty a řeší jejich konkrétní zdravotní problémy.

Kvalita péče lůžkových oddělení je určována především:

- úrovní diagnostických procesů;
- úrovní léčebných intervencí;
- úrovní ošetrovatelské péče;
- úrovní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty;
- úrovní „produktivity“ systému a efektivity využití zdrojů; úrovní řízení a koordinace procesů. (Gladkij, 2003)

3.1 Management a jeho strategický význam pro zařízení

Kvalita péče vyžaduje kulturní změnu a strategické plánování ve zdravotnictví. Lidská kulturní změna je komplexní a široký pojem. Existují tzv. „cestovní pravidla“, která napomohla provést lidi změnami v řadě institucí. Jsou to zejména tato:

- poskytnout lidem možnost se účastnit na projektu a implementaci změn, poskytnout jim dostatečný čas, který při změnách potřebují;
- poskytnout lidem dostatečný čas, který při změnách potřebují;
- poskytnutí dostatku pozornosti a informací zvyšuje kontinuitu;
- nepřetěžovat navrhovanými změnami a zaměřit se na dosažení klíčových cílů;
- pracovat s pomocí uznávaných formálních i neformálních vůdců;
- uznávat důstojnost lidí při jednání s nimi;
- pokusit se o motivování.

Tyto pravidla pomáhají plánovat vždy za určitého odporu. Usnadňují přijetí specifických protopatření, která je třeba použít k překonávání překážek a implementace zlepšování kvality. (Gladkij, 2003)

Strategické plánování znamená metodu zajištění posunu organizace či oddělení ke sdílné věci. Škrļa, Škrlová (2003) uvádějí, že ke strategickému plánování je potřeba strategického myšlení, které je uvážené, logické, dynamické, flexibilní a vyžaduje od manažerů znalost jeho základních principů. Cílem plánování je splnění úkolů včas. Pro strategické plánování je důležitý význam relativně přesného předvídání. Plánování je nejdůležitější funkcí řízení, je to proces zahrnující stanovení organizačních cílů, výběr vyhodnocených prostředků a způsobu jejich dosažení. Je nejdůležitějším nástrojem dosahování organizačních cílů, na jehož úrovni závisí budoucí prosperita zařízení. (Plérová, 2012)

Zhodnocení vnějšího prostředí zahrnuje klíčové momenty, které mohou ovlivnit budoucnost instituce.

Používají se tři osvědčené metody:

1. Určí se a popíše, jak jiné významné instituce ve vnějším prostředí mohou ovlivnit plánování. (vláda, vzdělávání, ministerstvo zdravotnictví ale i jednotlivý špičkový odborníci)
2. Důležitost vypracování podrobné analýzy tlaků, které ovlivňují schopnost instituce maximalizovat svou práci a výkonnost. Nátlak mohou vykonávat příjemci zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče, změny ve zdravotnických službách, ale i noví poskytovatelé zdravotních služeb v kraji.
3. Hodnocení okolní komunity či regionu. Odrážet konkrétní zdravotnické potřeby komunity nebo oblasti spadající do sféry činnosti nemocnice.

Zhodnocení vnitřního prostředí prozkoumáváním systémů, které jsou součástí instituce. Zkoumaná data musí obsahovat finanční rozbory, rozpočty, informace o produktivitě, osobní data, hodnocení kvality. Pro stanovení a pochopení trendů musí být data získávána v průběhu několika následujících let. Informace o zhodnocení vnějšího a vnitřního prostředí do rámce můžeme pomoci SWOT analýzy, díky které můžeme vypracovat strategický plán. Díky této analýze můžeme ukázat přehled vnitřních silných (Strengths) i slabých (Weaknesses) stránek instituce a příležitostí (Opportunities) i ohrožení (Threats) instituce v podmínkách vnějšího prostředí. (Gladkij, 2003)

3.1.1 Vývoj struktury sítě zdravotnických zařízení

Dlouhodobě klesá v zařízeních ústavní péče počet akutních lůžek a narůstá počet lůžek následné a ošetrovatelské péče. Zajištění primární péče dlouhodobě stagnuje, ale v poslední době roste počet lékařů a středních zdravotnických pracovníků v nemocnicích. Lze očekávat, že zřizovatelem dosavadních fakultních nemocnic přestane být Ministerstvo zdravotnictví a vzniknou Univerzitní nemocnice. V budoucnu by bylo vhodné, aby zdravotní pojišťovny pozitivně ovlivňovaly ekonomiku zdravotnických institucí, zdravotní politiku a také zdravotní stav obyvatelstva. V zařízeních ústavní péče klesá počet akutních lůžek, ale narůstá počet lůžek následné a ošetrovatelské péče. Transformace naší zdravotnické soustavy pomalu, ale trvale pokračuje při vysoké celkové kvalitě poskytované péče vzhledem k dostupným zdrojům. (Gladkij, 2003)

4 Měření spokojenosti pacientů jako kritérium kvality péče

Na počátku devadesátých let dvacátého století se v České republice začala sledovat spokojenost pacientů. V této době docházelo k výrazným změnám v oblasti politické, sociální a ekonomické, což kromě jiného ovlivnilo i zdravotnictví. Po roce 1989 došlo k transformaci českého zdravotnictví. Docházelo k rozvoji různých forem podnikání, vlastnictví zdravotnických zařízení a vznikla svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení. Důraz byl kladen na management kvality a sledování pacientů. Sociologové, psychologové a hlavní sestry zaměstnané v nemocnicích (např. VFN Praha, IKEM Praha, FN Plzeň, FN Královské Vinohrady, FN Plzeň) připravovali průzkumy spokojenosti pacientů. Postupem času spokojenost pacientů začala zjišťovat většina nemocnic. V poslední době je výjimkou, když některá z nemocnic nemá alespoň nárazové hodnocení spokojenosti pacientů. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005; Payne, 2005)

Velkou výhodou je, že výsledky získané standardizovaným měřením v různých zdravotnických zařízeních, lze mezi sebou porovnávat. Pokud zpětnou vazbu zdravotnické zařízení využije ke konkrétním opatřením ve prospěch kvality péče, je při opakovaných šetřeních velmi rychle patrné zlepšování výsledků. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005)

Spokojenost pacientů je důležitým ukazatelem kvality zdravotnických služeb. Posuzování kvality podle klinických ukazatelů je v současnosti standardně používaným měřítkem jejího hodnocení. Mezi validní kritéria pro hodnocení makrosystému z pohledu pacienta patří ta kritéria, která charakterizují přístup pacientů ke zdravotní péči, cenovou a časovou dostupnost, ale i prostorovou dostupnost (sít' zdravotnických zařízení). Na úrovni mikrosystému se pacienti mohou vyjádřit ke struktuře a procesu zdravotní péče, ale i k výsledkům léčebně preventivní péče. Validně je pacient schopen posoudit především tyto stránky kvality: informování pacientů, komunikace mezi zdravotníky a pacienty, čekací doby na vyšetření či ošetření, způsob chování personálu k pacientovi, prostředí ordinací a čekáren, podmínky pro osobní hygienu a vybavení lůžkových zdravotnických zařízení. Zájem o názory pacientů je vyjádřením vůdčího trendu ve zdravotnictví v posledních dvaceti letech. Pacient je dnes je nazýván klientem, což podtrhuje současnou orientaci zdravotnické péče, pro kterou je typická snaha vyhovět přáním pacienta a tím docílit jeho spokojenosti.

Zdravotní péče v současné době vychází z přesvědčení, že péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb pacientů a to zejména těch aktuálních v souvislosti

s onemocněním. Znat názor pacienta na úroveň kvality poskytované péče je důležité pro management zdravotnického zařízení a je také zpětnou vazbou ošetřujícího personálu. Spokojenost pacientů může do určité míry ovlivnit klinický efekt léčby. Pacienti, kteří jsou spokojeni s kvalitou poskytované péče, více důvěřují sestřám i lékařům. Názory pacientů jsou důležitou součástí marketingové strategie jednotlivých zdravotnických zařízení, a proto by měly být soustavně monitorovány a vyhodnocovány. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999; Payne, 2005)

Data a údaje musí být pravdivé, tzn. odpovídat objektivní skutečnosti. Nepravdivé informace zvyšují pravděpodobnost přijetí nesprávných rozhodnutí, která mohou mít pro danou organizaci nepříjemné důsledky. Informace by měly být jednoznačné a měly by se svým dostatečným obsahem vztahovat k řešenému problému. Dále musí informace vedoucí pracovníci obdržet včas, což je důležité pro řešení operativních problémů a při řešení krizových situací. Srozumitelnost informací je velmi často porušována, proto informace musí mít formu srozumitelnou jejich příjemcům. (Gladkij, 2003)

4.1 Benchmarking jako nástroj zvyšování kvality

Jedná se o systematické a kontinuální zlepšování na základě doložených údajů, které zahrnují interní nebo externí srovnání výkonů s cílem dosažení nejlepšího výsledku. Vyžaduje měření a hodnocení údajů z důvodů nastavení cíle úrovně zlepšení, nebo měřítko k posouzení aktuálního výkonu a porovnání těchto úrovní, nebo výkonových měřítek s podobnými údaji udávaných jinými organizacemi, obsahující nejlepší zařízení z praxe. Slouží jako základ k převodu získaných poznatků do praxe díky tomu, že udává iniciativu zlepšení výkonu.

Výhody benchmarkingu:

- zlepšení kvality péče o pacienty;
- dosažení vyšší efektivity;
- slouží jako zdroj pro nové nápady;
- vylepšuje marketingové možnosti;
- zlepšuje produktivitu;
- ukazuje úroveň výkonů, jakého zlepšení může být dosaženo apod. (Joint Commission Resources, 2012)

Benchmarking je manažerská dovednost, která podporuje kvalitu a vede k excelenci ošetrovatelské péče. Znamená to tedy učit se zlepšovat zdravotnická zařízení tím, že si legálně vypůjčí to nejlepší od těch nejlepších a přizpůsobí se. Benchmarking má široké uplatnění při řešení problémů, zlepšování procesů a zlepšování strategie. Podstatou je zamyslet se nad zkušenosti jiných lidí, oddělení. Klíče k benchmarkingu je princip propriocity. Tento princip je založen na tom, že každý něco dává a něco získává na základě vzájemné důvěry. Důležitá je i správná komunikace, neboť špatným jednáním lze odradit benchmarkingové partnery a poškodit svoji pověst. Aby měl benchmarking smysl, musí být objektivní a cílevědomý, musí tedy vyúšťovat v konkrétní opatření.

Existují tři typy benchamrkingu interní, konkurenční a generický. Interní benchmarking znamená, že hledáme nápady nebo možná zlepšení v rámci svého vlastního zařízení. Konkurenční benchmarking vychází z inovací jiných zdravotnických zařízení, která nabízejí podobné služby nebo programy (ošetrovatelský manuál, formuláře, procesy, akreditace apod.). Generický benchamarking hledá nápady v institucích nebo průmyslu, které se zdravotnictvím přímo nesouvisejí, ale mají podobné procesy (Příjem, úklid, stravování, „hotelové služby“ apod.) a v nich dosahují mimořádných úspěchů. (Škrsla, Škrlová, 2003)

4.2 Modely spokojenosti pacientů

Existující modely pacientů a jejich myšlenkový rámec:

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

V modelu je spokojenost definována jako pozitivní ohodnocení vymezených dimenzí zdravotní péče. Tyto dimenze mají empirický původ a jsou odvozeny pomocí faktorové analýzy z dat získaných v průzkumech.(Bártlová, Hnilicová, 2000)

V roce 1994 ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze proběhl průzkum, kde byly identifikovány tři dimenze péče. První dimenzí byla „kvalita péče“. Spadala sem spokojenost pacientů s technickou kvalitou, odbornými kompetencemi lékařů a sester a spokojenost s chováním zdravotnického personálu. Druhá dimenze se zabývala „poskytováním informací“ a zkoumala spokojenost pacientů s podáváním informací o nemoci a jejím průběhu, informace o diagnostických a terapeutických postupech, o lécích pokračování léčby před propuštěním z nemocnice. Poslední dimenze byla pojmenována jako „hotelové služby“. Tato dimenze se

zabývala spokojeností s čistotou a hygienou v nemocnici, servírováním a stravou obecně a také celkovým režimem péče v dané nemocnici. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

2) Model postavený na splnění přání pacienta- tzv. “fullfilment model“

Tento model vychází z předpokladu toho, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal. V tomto případě spokojenost ukazuje, do jaké míry byla očekávání a přání pacientů splněna.(Bártlová, Hnilicová, 2000)

Like a Zyzanski v roce 1987 definovali pět dimenzí požadavků pacientů: lékařské informace, terapeutické naslouchání, všeobecné lékařské rady, biomedicínské léčení a psychosociální abstinence. Hlavním činitelem spokojenosti je tak stupeň, ve kterém jsou jednotlivé požadavky splněny. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

3) Pragmatický (eklektický) model spokojenosti pacientů

Autorem tohoto modelu je R. Baker, který se snaží zachytit veškeré faktory, které mohou ovlivnit pacientovu spokojenost. Základním předpokladem je, že úroveň spokojenosti pacienta je závislá na povaze jeho onemocnění a jaký typ medicínské péče mu byl poskytnut. Charakteristiky, které do modelu vstupují a ovlivňují míru spokojenosti pacienta, jsou socio-demografické (věk, vzdělání, ekonomické postavení), kulturní a rodinné. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

Zákazníky zdravotnických zařízení jsou pacienti a ti jsou nejlepší metodou pro posouzení zdravotnického zařízení systematickým monitorováním spokojenosti pacientů. Cílem monitorování je poskytnutí nezávislých informací veřejnosti (jeden z předpokladů uplatnění tržních mechanismů) a také poskytnutí informací manažerům samostatné organizace (prostředek ke zlepšení služeb). Je důležité zeptat se zákazníků nejen na celkovou spokojenost, ale důležitost je kladena také na vnitřní strukturu informace. Pro respondenty je snazší odpovídat na jednoduché a srozumitelné dílčí dotazy, ze kterých pak zkušený analytik zkonstruuje proměnné popisující aspekty zdravotní péče a předá tyto výsledky dále. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005)

Cíle opakovaného zjišťování pacientů umožňuje zhodnotit kvalitu jednotlivých klinik, oddělení a pracovníků. Poskytuje podklady pro změny v poskytování péče, přináší informace o vybavenosti oddělení a kvalitě služeb, podklady pro organizační změny, které lze zavádět pro zlepšení pohody pacientů v nemocnicích. Nedílnou součástí je sledování efektivity

provedených změn na kvalitu péče z pohledu pacientů a také přináší podklady pro porovnání subjektivní kvality péče v různých nemocnicích. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

Zdravotní péče musí být efektivní, pokud tomu tak není, začne zdravotní péče upadat, strádat a může způsobit více škody než užitku. Má-li být zdravotní péče pro pacienty přínosem, je důležité, aby prosperovala a vytvářela hodnoty. Cílem privátních zdravotnických je zisk. Zisku lze dosáhnout v rámci státem regulovaných pravidel. Naopak zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je státní správa či samospráva, se chová naprosto stejně, pouze motivy tohoto chování jsou odlišné. V těchto zařízeních je spokojený pacient prostředkem k dosažení cílů zřizovatele. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005)

4.3 Metody sledování spokojenosti pacientů

Ke sledování pacientů se používají nejčastěji tyto metody:

- 1) Rozhovor
 - skupinový (skupina respondentů- tazatel)

Skupinový rozhovor probíhá cíleně se skupinou. Osoby musí splňovat určitá kritéria, tzv. "focus group" nebo s náhodně vybranou skupinou osob. Rozvoj "focus group" techniky probíhal v 80. a 90. letech 20. století. Tato technika výzkumu se používá především v marketingu, ale také ve zdravotnictví pokud jde o cílený rozhovor s pacienty z daných oddělení, či některé diagnózy, které jsou pro nás zajímavé. Údaje se shromažďují na základě skupinové interakce při rozhovoru na tazatelem určené téma. Jedná se kvalitativní techniku, která zjišťuje názory, stanoviska a postoje. Při diskuzi bývá přítomno 6-12 osob a obvykle trvá 2-3 hodiny. Moderátor musí být seznámen s danou problematikou a musí umět vést rozhovor, usměrňovat ho a bránit případným konfliktem mezi účastníky. Analytickým materiálem je audio či video záznam pořízený při diskuzi. Technikou "focus group" bylo v České republice zpracováno například téma spokojenost zaměstnanců s prací ve zdravotnickém zařízení nebo alternativní medicína. V zahraničí se touto metodou zjišťoval postoj a názor na početnost rodin apod. (Bártlová, Hnilicová, 2000; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005)

- individuální (respondent-tazatel)

Individuální rozhovor může být tzv. volný (nestrukturovaný), což znamená, že průběh rozhovoru není předem naplánován. Rozhovor může být i tzv. standardizovaný (strukturovaný), který probíhá na základě předem definovaného schématu. Při strukturovaném rozhovoru je obsah otázek a jejich posloupnost předem připravena. Důležité je výrazně se neodklonit od připraveného schématu. Závisí ovšem na vývoji komunikace mezi tazatelem a respondentem. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

Metoda individuálního či skupinového rozhovoru je finančně i časově náročná. Z etických důvodů je důležité od pacientů získat souhlas k rozhovoru, použití diktafonu či jiného elektronického záznamu. Pokud souhlas nezískáme, musíme se obejít bez záznamu. Pro získání spolehlivých výsledků je důležité, jak se nám podaří zachytit průběh a obsah rozhovoru. (Bártlová, Hnilicová, 2000; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005)

Individuální rozhovor může mít dvě formy. První forma je osobní dotazování (tzv. tváří v tvář) je to metoda založená na přímé komunikaci tazatele s respondentem. Název této metody pochází z anglického Face-to-Face. Jedná se o metodu, která má dlouhou tradici a její velkou výhodou je přímý kontakt mezi respondentem a tazatelem, což umožňuje respondenta motivovat k odpovědím a získat jeho bezprostřední reakce. V České republice jde o nejvýznamnější dotazovací techniku, i když její nevýhodou jsou vysoké náklady při sběru dat. Telefonické dotazování je častou metodou ke sběru dat zejména v západních zemích. Výhodou je, že respondent bezprostředně reaguje na otázky tazatele. V České republice se dotazování pomocí telefonu nepoužívá tak často, jednak z finančních důvodů, ale také kvůli tomu, že část lidí nevlastní telefon. Specifickou a v poslední době častěji užívanou metodou je metoda CATI (Computer Aided Telephone Interview), která využívá k rozhovoru počítač. (Bártlová, Hnilicová, 2000; Bártlová a kol., 2005; Exner a kol., 2005)

Výzkumný rozhovor je vědecká metoda, která se realizuje většinou přímým kontaktem výzkumníka s respondentem a je předem naplánovaná. Jde o metodu asymetrickou, což znamená, že výzkumník vede rozhovor, klade otázky a respondent na ně odpovídá. Výzkumník má možnost během rozhovoru sledovat u respondenta verbální a neverbální projevy. Rozhovor tak umožňuje zachytit fakta, ale také hlouběji proniknout do postojů respondenta v dané problematice. (Hendl, 2006)

2) Dotazníkové šetření

Metoda dotazníku patří mezi jednu z nejčastěji užívaných v kvantitativním výzkumu. Dotazník bývá používán ve společenských vědách k rychlému a hromadnému získávání faktů, názorů, postojů, hodnot a zájmů. Metoda dotazníkového šetření je nejčastěji používána ke zjišťování spokojenosti pacientů. Mezi faktory ovlivňující skutečnost sebraných dat řadíme: kvalitu použitého dotazníku, výběr vzorku respondentů, návratnost dotazníků, strukturu otázek a způsob sběru dat. (Bártlová, Hnilicová, 2000; Ondrejko 2007)

Mezi vlastnosti dotazníku patří splnění kritérií validity a reliability. Validita neboli pravdivost či platnost, udává, do jaké míry dotazník měří to co měřit má a zda je toto měření spolehlivé (udává, zda dotazník spolehlivě měří to, co jeho autoři předpokládají a chtějí měřit). Reliabilita udává, zda dotazník dostatečně spolehlivě měří to, co měřit má. (Bártlová, Hnilicová, 2000, Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005)

Věnovat pozornost obsahové stránce dotazníku je velice důležitá, neboť tak můžeme získat potřebné informace. Hnilicová, Janečková a Baker pokládají za nejdůležitější následující oblasti.

„Interpersonální chování, osobní angažovanost a kvalitu komunikace mezi lékaři, sestrami a pacienty, respekt zdravotníků k soukromí a intimitě pacientů, poskytování adekvátních a dostatečných informací o nemoci a léčbě, odbornou úroveň lékařské péče, odbornou úroveň ošetrovatelské péče, organizace nemocničního provozu a denního programu a celkový režim péče, dosažitelnost rychlé pomoci v případě akutní potřeby, hotelové služby v nemocnici: čistota a hygienické podmínky, kvalita a vybavenost sociálních zařízení, kvalita stravy a jejího servírování a celkový komfort pobytu v nemocnici.“ (Hnilicová, 2000. str. 77-78)

Forma položek je buď ve formě posuzovací škály, nebo otázek. Škála je forma otázky, kterou respondenta žádáme, aby zkoumaný problém ohodnotil na určité stupnici. K použití je škálování grafické či verbální. Používají se škály s různým počtem stupňů, ale minimálně by jich mělo být pět. Škály se používají buďto pořadové nebo intervalové, což je důležité si ujasnit pro interpretaci výsledků. U pořadové škály není rozhodující, zda rozdíl mezi jednotlivými stupni, je stejný či nikoliv, ale u škály intervalové je důležité, aby vzdálenosti mezi jednotlivými stupni byly stejné.

V dotazníku používáme často otázky uzavřené, kdy si respondent vybere z možných nabízených odpovědí možnost, která mu je nejbližší. Otázky otevřené neboli volné znamenají, že respondentovi nechávají možnost odpovědi, jak on uzná za vhodné. Polouzavřené otázky jsou kombinací uzavřené a volné otázky, respondent doplňuje jinou odpověď. Mezi další možnosti patří projekční (respondentovi předkládáme k posouzení názory jiných lidí) a kontrolní otázky (ty se používají tam, kde potřebujeme ověřit pravdivost výpovědi). Všechny otázky musí být stručné, jasné a výstižné. Dotazník by neměl být příliš dlouhý a optimálně by měl obsahovat do 30 položek. Pokud je jeho délka větší, bývá pro pacienty méně přitažlivý, což má za následek odmítnutí vyplnění dotazníků a následně tím klesá návratnost a šance získat dostatečný počet respondentů. (Bártlová, Hnilicová, 2000; Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005)

5 Výzkumná část, její cíle a metodika

V této části diplomové práce jsou popsány a zpracovány jednotlivé fáze výzkumu. Nejprve jsou představeny vlastní cíle, poté následuje metodika práce, dále výsledky kvantitativního výzkumu a prezentace těchto výsledků.

Sběr dat byl proveden z dotazníkového šetření mezi pacienty pěti nemocnic. Vyhodnocení dat bylo provedeno popisnou a konfirmatorní statistickou analýzou.

Hlavní cílem výzkumu je zjistit a porovnat úroveň kvality poskytované péče hospitalizovaných pacientů v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje. Navrhnout některá zlepšení na základě zjištěných výsledků. Dále bylo ověřováno, zda zvolená metodika výzkumu je vhodná pro monitoring kvality péče v nemocnicích Pardubického kraje.

Výzkumný soubor tvořili respondenti (pacienti), kteří byli hospitalizováni na různých odděleních. Sběr dat byl pro kvantitativní výzkum proveden explorativní metodou neboli metodou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření spokojenosti pacientů a jeho vyhodnocení má jednotný postup ve všech nemocnicích Pardubického kraje. Výzkum je součástí prvního společného projektu pěti nemocnicí Pardubického kraje na krajské úrovni s názvem: Vyhodnocování spokojenosti pacientů v nemocnicích Pardubického kraje. Nemocnice jsou pojmenovány A, B, C, D, E z důvodu zachování anonymity. Dotazníkové šetření probíhá stále a má dvě sběrná období: jaro a podzim. Diplomová práce pracuje s daty z února a března 2013.

Cílovou skupinou respondentů tvořili hospitalizovaní pacienti z různých oddělení pěti nemocnic Pardubického kraje. Dotazník byl ve formě tištěné, který byl k dispozici přímo na odděleních nebo v elektronické podobě na webových stránkách jednotlivých nemocnic. Do výzkumu se mohl zapojit anonymně každý pacient, který byl hospitalizován v některé z nemocnic. Kritéria pro vyplnění dotazníku nebyli dána, tudíž dotazník mohli vyplnit pacienti různého pohlaví či věkových skupin. Nestandardizovaný dotazník byl tvořen 23 otázkami, přičemž pacientovi byl umožněn prostor pro slovní vyjádření či vysvětlení výběru odpovědí. Dotazník byl vytvořen hlavními sestrami nemocnic.

V rámci dotazníkového šetření bylo z pěti krajských nemocnic vybráno celkem 1956 dotazníků za únor a březen roku 2013. Jedná se o 11,4 % z celkové populace hospitalizovaných pacientů za sběrné období (viz tabulka 1).

Tabulka 1 Počet hospitalizovaných pacientů a počet dotazníků

R. 2013	počet hospitalizovaných pacientů ve sběrném období 2/13 a 3/13	počet dotazníků ve sběrném období 2/13 a 3/13	%
Nemocnice A	3 010	577	19 %
Nemocnice B	2 271	425	18 %
Nemocnice C	2 898	252	8,6 %
Nemocnice D	7 074	453	6,4 %
Nemocnice E	1 895	249	13 %
Celkem	17 148	1956	11,4 %

Po rozdání a vyplnění byly dotazníky shromážděny na oddělení, buď do schránek, nebo do rukou personálu. Na konci sběrného období byly dotazníky odevzdány hlavní sestře nemocnice a následně zadávány do internetového anketního systému Lime Survey. Následně byla provedena jejich statistická analýza v programu Statistika[©].

Kvantitativní výzkum

Účelem kvantitativního výzkumu je získat měřitelné údaje. Tento typ výzkumu využívá nejen náhodné výběry a experimenty, ale také silně strukturovaný sběr dat za pomoci testů, dotazníku nebo pozorování. Data jsou získávána pomocí měření, následně analyzována pomocí statistických metod s cílem prozkoumat, podrobně sepsat a v konečné fázi ověřovat pravdivost představ o vztahu sledovaných proměnných neboli pracovních hypotéz. (Hendl, 2006; Kozel, 2006)

Pro výzkumníka, ale i respondenty má metoda dotazníku značné výhody a nevýhody. Mezi výhody pro výzkumníka patří především možnost získání dat od velkého množství respondentů za krátký čas. Dotazník pro respondenta může být ve formě tištěných, nebo webových podob. V poslední době je možné vyplnění dotazníku i na sociálních sítích. Vyhodnocení výsledků je snadné především u uzavřených otázek. Pro respondenty má dotazník výhodu především z hlediska anonymity, dále kvůli možnosti vyplnění dotazníku za libovolně dlouhou dobu, což dává respondentům dostatek času si vše promyslet. Nevýhodou při dotazníkovém šetření je omezená flexibilita, jelikož jsou otázky předem určené. Dále omezená možnost odpovědi

respondenta na uzavřené otázky, nižší návratnost a v neposlední řadě fakt, že pokud respondent otázce nerozumí, nemá se v případě rozeslaných dotazníků koho zeptat. (Gavora, 2008; Ondrejko, 2007)

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Je vhodné uvést v úvodu krátké vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje. Mezi základní zásady dotazníku patří zkoumat podstatné a zároveň zahrnout celou šíři problematiky, aby umožnila respondentům pravdivé odpovědi bez obtíží. (Kutnohorská, 2009)

Při tvorbě dotazníku je vhodné použít několik typů otázek. Výběr otázek závisí zejména na cíli, kterého chce výzkumník dosáhnout, na zkoumané problematice, délce dotazníku apod. Uzavřené otázky nabízejí respondentům předem stanovené alternativy odpovědí, ze kterých si respondent jednu či více vybere, případně řadí jednotlivé položky podle předem daného principu. Dalším typem mohou být otázky otevřené, kde mohou respondenti volně odpovídat. Posledním typem jsou otázky polouzavřené, které představují kombinaci dvou předchozích typů. Respondent má možnost volné odpovědi, kdy se většinou za výčet možných odpovědí zadá možnost "jiné", kam respondent může napsat odpověď v případě, že si z předchozích možností nevybral. (Gavora, 2008)

Struktura dotazníku

Dotazník má 6 oblastí otázek:

- podávání informací pacientům (oblast edukace),
- výživa nemocných,
- respektování osobnosti pacienta (zajištění studu a soukromí),
- prostředí v nemocnici (čistota a atmosféra),
- přístup k pacientovi ze strany zdravotnických pracovníků,
- spokojenost s léčbou a ošetřováním.

Dotazník tvoří 20 uzavřených otázek, 2 polouzavřené otázky a 1 otevřená otázka. V úvodu dotazníku jsou demografické proměnné: kontaktní otázky – pohlaví, věková kategorie, nemocnice. Odpovědi byly škálovatelné od pozitivního k negativnímu.

Dotazníku je uveden v příloze C.

5.1 Vyhodnocení výsledků

V následující části práce je uveden přehled výsledků kvantitativního šetření včetně stanovení a testování hypotéz.

Pro porovnání situace v jednotlivých nemocnicích byly vytvořeny kontingenční tabulky. Byly stanoveny hypotézy, které byly dále testovány metodou Pearsonova χ^2 na hladině významnosti $\alpha=0,05$ (5%). Tento test testuje vztah (kontingenci) mezi nominálními proměnnými. Takže je vhodný pro zjišťování rozdílů četností jednotlivých odpovědí v různých nemocnicích. H_0 je vždy stanovena mezi proměnnými, neexistuje tedy vztah (není rozdíl v četnostech odpovědí jednotlivých nemocnicích). Výsledky testování jsou uvedeny v příloze D. (Zvárová, 2002)

Pojem statistická hypotéza můžeme vysvětlit jako tvrzení o parametrech. Statistické hypotézy je nutno testovat, tzn. na základě výběrových dat ověřit, zda hypotéza platí či nikoliv. Hypotézu nulovou nazýváme testovanou hypotézu, která je označena H_0 a vyjadřuje tedy předpoklad o „nulovém rozdílu“ mezi hypotézou a skutečností. Hypotéza alternativní neboli H_A je stanovena před samostatným testováním. Přijetí H_A dochází tehdy, pokud nulová hypotéza je zamítnuta, tzn. nulová hypotéza je považována za nesprávnou. (Cyhelský, Souček, 2009)

Otázka č. 1. v dotazníku:

Jste:

- a) Žena
- b) Muž

Tabulka 2 Tabulka četností jednotlivých odpovědí

Pohlaví	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Žena	319		129	253	134	1126
	55,09%	68,15%	50,00%	55,24%	53,82%	
Muž	257	136	127	203	115	838
	44,39%	31,85%	49,22%	44,32%	46,18%	
Bez odpovědi	3	0	2	2	0	7
	0,52%	0,00%	0,78%	0,44%	0,00%	
Celkem	579	427	258	458	249	1971

V tabulce č. 2 je uvedeno zastoupení počtu mužů a žen v jednotlivých nemocnicích. Je patrné, že více byly ve výzkumu zastoupeny ženy, než muži. Na tuto otázku neodpovědělo celkem 7 respondentů.

Otázka č. 2. v dotazníku:

Kolik je Vám let?

- a) Do 35
- b) 36-50
- c) 51-65
- d) 66 a více

Tabulka 3 Tabulka četností v jednotlivých nemocnicích

věk	nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
51-65	162	124	64	133	72	555
	28,17%	29,04%	25,00%	29,10%	28,92%	
do 35 let	99	91	39	100	47	376
	17,22%	21,31%	15,23%	21,88%	18,88%	
36-50	137	92	49	68	50	396
	23,83%	21,55%	19,14%	14,88%	20,08%	
66 a více	177	120	104	156	80	637
	30,78%	28,10%	40,63%	34,14%	32,13%	
celkem	575	427	256	457	249	1964

V tabulce č. 3 je znázorněno věkové zastoupení respondentů dle typu nemocnice. Nejvíce respondentů bylo ve věku 66 let a více, naopak nejméně jich bylo v kategorii do 35 let.

Otázka č. 3 v dotazníku:

Na kterém oddělení se v současné době léčíte nebo jste se léčil(a)?

Tabulka 4 Tabulka četností v jednotlivých nemocnicích

Oddělení	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Chirurgické oddělení	105	55	55	21	1	237
	18%	13%	22%	5%	0%	
Porodnicko - gynekologické oddělení	78	103	13	55	28	277
	14%	24%	5%	12%	11%	
Dětské oddělení	3	17	16	5	4	45
	1%	4%	6%	1%	2%	
ORL oddělení	62	5	0	46	34	147
	11%	1%	0%	10%	14%	
Léčebna dlouhodobě nemocných - DIOP	0	0	1	0	3	4
	0%	0%	0%	0%	1%	
Urologické oddělení	62	0	3	21	28	114
	11%	0%	1%	5%	11%	
Neurochirurgické oddělení	0	1	0	3	0	4
	0%	0%	0%	1%	0%	
Neurologické oddělení	29	23	0	21	0	73
	5%	5%	0%	5%	0%	
Psychiatrické oddělení	0	0	0	13	37	50
	0%	0%	0%	3%	15%	
Ortopedické oddělení	0	108	0	6	0	114
	0%	25%	0%	1%	0%	
Infekční oddělení	0	0	1	59	0	60
	0%	0%	0%	13%	0%	
Interní oddělení	82	47	80	20	105	334
	14%	11%	32%	4%	42%	
Kardiologické oddělení	0	0	0	23	0	23
	0%	0%	0%	5%	0%	
Oddělení úrazové chirurgie	115	0	20	13	1	149
	20%	0%	8%	3%	0%	
Oční oddělení	0	25	0	18	0	43
	0%	6%	0%	4%	0%	
Kožní oddělení	0	0	0	8	0	8
	0%	0%	0%	2%	0%	
Chirurgické oddělení - JIP	1	1	11	0	0	13
	0%	0%	4%	0%	0%	
Léčebna dlouhodobě nemocných	0	0	24	0	8	32
	0%	0%	10%	0%	3%	

Oddělení dětské chirurgie	0	0	0	18	0	18
	0%	0%	0%	4%	0%	
Interní oddělení - JIP	22	0	24	15	0	61
	4%	0%	10%	3%	0%	
Anesteziologicko-resuscitační oddělení	18	3	4	1	0	26
	3%	1%	2%	0%	0%	
Rehabilitační oddělení	0	36	0	24	0	60
	0%	8%	0%	5%	0%	
Oddělení klinické a radiační onkologie	0	1	0	48	0	49
	0%	0%	0%	11%	0%	
Geriatrické centrum	0	0	0	14	0	14
	0%	0%	0%	3%	0%	
Plicní oddělení	0	0	0	1	0	1
	0%	0%	0%	0%	0%	
Celkem	577	425	252	453	249	1956

V tabulce č. 4 vidíme zastoupení jednotlivých nemocnic dle odbornosti. Dále je z tabulky patrné rozložení počtu dotazníku, které se sešly z jednotlivých nemocnic. Nemocnice A je zastoupena 577 kusy, nemocnice B 425 kusy, nemocnice C 252 kusy, nemocnice D 453 kusy a nemocnice E 249 kusy. Celkem bylo do výzkumu zařazeno 1956 kusů dotazníků.

Otázka č. 4. v dotazníku:

Představili se Vám lékaři při prvním setkání s Vámi?

- a) Ano, vždy
- b) Téměř vždy
- c) Téměř nikdy
- d) Nikdy

Tabulka 5 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

představení lékaře	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Téměř vždy	103	89	54	76	56	378
	18%	21%	22%	17%	23%	
Ano, vždy	454	298	167	338	181	1438
	79%	70%	67%	74%	73%	
Téměř nikdy	9	21	17	24	6	77
	2%	5%	7%	5%	2%	
Nikdy	9	16	11	19	5	60
	2%	4%	4%	4%	2%	
Celkem	575	424	249	457	248	1953

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je přístup lékařů k představení odlišný.

Z hodnocení přístupu lékařů k představení vyšla nejlépe nemocnice A, kde odpověď Ano, vždy uvedlo více jak 79 % respondentů. Naopak nejhůře dopadla nemocnice C s 67 % (viz tabulka 5).

Otázka č. 5 v dotazníku:

Představily se Vám sestry při prvním setkání s Vámi?

- a) Ano, vždy
- b) Téměř vždy
- c) Téměř nikdy
- d) Nikdy

Tabulka 6 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

představení sester	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Téměř vždy	92	106	72	124	68	462
	16%	25%	29%	27%	27%	
Ano, vždy	469	241	129	238	155	1232
	81%	57%	52%	52%	62%	
Nikdy	5	25	19	46	3	98
	1%	6%	8%	10%	1%	
Téměř nikdy	11	53	28	48	23	163
	2%	12%	11, %	11%	9%	
Celkem	577	425	248	456	249	1955

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědí a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je přístup sester k představení odlišný.

Nejlépe respondenti ohodnotili nemocnici A, kdy 81 % sester se představilo při prvním setkání s pacientem. V nemocnici D a nemocnici C se sestry představují v 52 % případů (viz Tabulka 6).

Otázka č. 6 v dotazníku:

Ověřoval personál Vaše jméno před podáváním léků nebo prováděnými zákroky?

- a) Ano
- b) Téměř vždy
- c) Téměř nikdy
- d) Nikdy

Tabulka 7 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

ověření jména	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Téměř vždy	57	36	25	60	41	219
	10%	8%	10%	13%	17%	
Ano	514	367	223	377	201	1682
	89%	87%	89%	82%	82%	
Nikdy	4	7	1	6	2	20
	1%	2%	0%	1%	1%	
Téměř nikdy	0	14	2	14	3	33
	0%	3%	1%	3%	1%	
Celkem	575	424	251	457	247	1954

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je přístup k ověření jména před zákrokem odlišný.

Nejlépe respondenti ohodnotili nemocnici A a nemocnici B, kde personál v 89 % případů kontroluje jméno před podáním léků nebo výkonů. Naopak v nemocnici D a nemocnici E ověřuje jméno pouze v 82 % případech (viz tabulka 7).

Otázka č. 7 v dotazníku:

Rozuměl(a) jste informacím, které Vám lékaři podávali o Vaší nemoci a jejím léčením?

- a) Informace byly srozumitelné
- b) Informacím jsem nerozuměla
- c) Informace mně nikdo nepodával

Tabulka 8 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

srozumitelnost informací	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Informace byly srozumitelné	558 97%	413 97%	244 97%	430 95%	237 95%	1882
Informace mně nikdo nepodával	4 1%	3 1%	1 0%	9 2%	2 1%	19
Informacím jsem nerozuměla	12 2%	9 2%	6 2%	15 3%	10 4%	52
Celkem	574	425	251	454	249	1953

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je srozumitelnost podávaných informací od lékařů stejná.

Z tabulky č. 8 je patrné, že se srozumitelností informací od lékaře jsou ve všech nemocnicích stejně spokojeny.

Otázka č. 8 v dotazníku:

Měla jste důvěru k lékařům, kteří Vás ošetřovali?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka 9 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

důvěra k lékařům	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Ano	522 91%	390 91%	234 93%	409 89%	206 83%	1761
Spíše ano	47 8%	34 8%	17 7%	42 9%	36 15%	176
Ne	2 0%	1 0%	0 0%	3 1%	0 0%	6
Spíše ne	3 1%	2 0%	1 0%	4 1%	6 2%	16
Celkem	574	427	252	458	248	1959

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H_0 se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je situace ohledně důvěry k ošetřujícím lékařům stejná.

Z tabulky č. 9 je patrné, že s důvěrou k lékařům při ošetřování jsou ve všech nemocnicích stejně spokojeni.

Otázka č. 9 v dotazníku:

Měl(a) jste důvěru k sestřám, které Vás ošetřovaly?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka 10 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

důvěra k sestřám	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Ano	533 93%	386 91%	230 92%	389 85%	218 88%	1756
Spíše ano	40 7%	32 8%	20 8%	55 12%	28 11%	175
Spíše ne	1 0%	4 1%	1 0%	9 2%	0 0%	15
Ne	1 0%	0 0%	0 0%	3 1%	3 1%	7
Celkem	575	422	251	456	249	1953

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je důvěra k ošetřujícím sestřám odlišná.

Jak je znázorněno v tabulce č. 10, tak plnou důvěru k ošetřujícím sestřám, tj. hranice nad 90 % uvedli respondenti v nemocnici A (93 %), nemocnici C (92 %) a nemocnici B (91 %). Menší důvěru uvedli respondenti k ošetřujícím sestřám v nemocnici E (88 %) a nemocnici D (85 %).

Otázka č. 10 v dotazníku:

Byl(a) jste spokojen(a) s ochranou Vaší intimity a studu během hospitalizace a prodělaných vyšetření?

- a) Ano, spokojena
- b) Spíše spokojena
- c) Spíše nespokojena
- d) Nespokojena

Tabulka 11 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

ochrana intimity a studu	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Spíše spokojena	42 7%	26 6%	15 6%	48 11%	26 11%	157
Ano, spokojena	530 93%	394 92%	233 94%	393 87%	216 87%	1766
Spíše nespokojena	0 0%	3 1%	1 0%	7 2%	3 1%	14
Nespokojena	0 0%	3 1%	0 0%	6 1%	2 1%	11
Celkem	572	426	249	454	247	1948

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je spokojenost ohledně intimity a studu stejná.

Z tabulky č. 11 je patrné, že ve všech nemocnicích byli respondenti spokojeni s ochranou intimity a studu během hospitalizace stejně.

Otázka č. 11 v dotazníku:

Byl(a) jste spokojen(a) s dosažitelností ošetřujícího personálu, když jste potřeboval(a) pomoci?

- a) Ano, spokojena
- b) Spíše spokojena
- c) Spíše nespokojena
- d) Nespokojena

Tabulka 12 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

dosažitelnost personálu	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Spíše spokojena	34	17	9	25	33	118
	6%	4%	4%	5%	13%	
Ano, spokojena	540	406	241	420	211	1818
	94%	95%	96%	92%	85%	
Spíše nespokojena	2	2	1	8	3	16
	0%	0%	0%	2%	1%	
Nespokojena	0	1	1	4	1	7
	0%	0%	0%	1%	0%	
Celkem	576	426	252	457	248	1959

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je dosažitelnost personálu při pomoci odlišná.

Nad hranicí 90 % se umístila nemocnice C (96 %) dále nemocnice B (95 %), nemocnice A (94 %) a nemocnice D (92 %). Méně se spokojeností s dosažitelností personálu při nutné pomoci pacienta dopadla nemocnice E s 85 % (viz Tabulka 11).

Otázka č. 12 v dotazníku:

Kde Vás lékař obvykle informoval o Vašem zdravotním stavu a léčbě?

- a) Na pokoji v přítomnosti dalších osob, ale nevadilo mi to
- b) Na pokoji v přítomnosti dalších osob, ale vadilo mi to
- c) V pracovně, kde bylo zajištěno soukromí
- d) Lékař se mnou nemluvil

Tabulka 13 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

místo informovanosti	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Na pokoji v přítomnosti dalších osob, ale nevadilo mi to	434	331	226	339	154	1484
	75%	78%	90%	74%	62%	
V pracovně, kde bylo zajištěno soukromí	120	78	18	99	76	391
	21%	18%	7%	22%	31%	
Lékař se mnou nehovořil	3	4	2	2	4	15
	1%	1%	1%	0%	2%	
Na pokoji v přítomnosti dalších osob a vadilo mi to	18	12	4	17	15	66
	3%	3%	2%	4%	6%	
Celkem	575	425	250	457	249	1956

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je místo informovanosti pacienta o jeho zdravotním stavu odlišná. Z hodnocení tabulky č. 13 vyplývá, že lékař pacienta informoval o jeho zdravotním stavu na pokoji v přítomnosti dalších osob, aniž by to pacientovi bylo nepříjemné, nejlépe dopadla Nemocnice C (90 %). Podstatně hůře respondenti vnímali místo informovanosti o zdravotním stavu v nemocnici E (62 %).

Otázka č. 13 v dotazníku:

Byl(a) jste spokojen(a) s čistotou a úklidem na oddělení?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka 14 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

spokojenost s úklidem	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Spíše ano	56 10%	36 8%	11 4%	40 9%	30 12%	173
Ano	514 90%	387 91%	239 95%	407 89%	215 86%	1762
Ne	1 0%	0 0%	0 0%	3 1%	1 0%	5
Spíše ne	2 0%	1 0%	2 1%	6 1%	3 1%	14
Celkem	573	424	252	456	249	1954

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích jsou spokojeni s úklidem a čistotou na oddělení stejně.

Z hodnocení tabulky č. 14 je zřejmé, že spokojenost s úklidem a čistotou na oddělení byli pacienti ve všech nemocnicích během hospitalizace srovnatelně spokojeni.

Otázka č. 14 v dotazníku:

Byl(a) jste spokojen(a) s kvalitou podávané stravy?

- a) Ano, zcela
- b) Většinou bylo jídlo chutné
- c) Ne, jídlo nebylo chutné

Tabulka 15 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

spokojenost s kvalitou podávané stravy	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Většinou bylo jídlo chutné	160 28%	159 38%	66 26%	206 45%	113 45%	704
Ano, zcela	401 70%	241 57%	170 68%	167 37%	125 50%	1104
Ne, jídlo nebylo chutné	14 2%	21 5%	15 6%	82 18%	11 4%	143
Celkem	575	421	251	455	249	1951

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je spokojenost s podávanou stravou odlišná.

Z hodnocení respondentů s kvalitou podávané stravy vyšla nejlépe nemocnice A (70 %). Nejhůře hodnotí pacienti stravu v nemocnici D, kde byli respondenti spokojeni s kvalitou podávané stravy v pouhých 37 %, 47 % respondentům přišlo jídlo většinou chutné a 18 % respondentů uvedlo, že jídlo chutné vůbec nebylo (viz Tabulka 15).

Otázka č. 15 v dotazníku:

Byl(a) jste spokojen(a) s velikostí porcí jídel?

- a) Ano, zcela
- b) Většinou mi porce jídla stačila
- c) Ne, měl(a) jsem hlad

Tabulka 16 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

spokojenost s velikostí porce	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Ano, zcela	486	312	178	259	169	1404
	84%	74%	71%	57%	68%	
Většinou mi porce jídla stačila	82	102	65	148	71	468
	14%	24%	26%	33%	29%	
Ne, měl(a) jsem hlad	9	8	7	45	9	78
	2%	2%	3%	10%	4%	
Celkem	577	422	250	452	249	1950

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H_0 se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je spokojenost s velikostí porce jídla odlišná.

Spokojenost s velikostí porcí jídel uvedli respondenti nejvíce v nemocnici A (84 %). V nemocnici D uvedlo spokojenost s velikostí porcí jídel pouhých 57 %, 33 % respondentů odpovědělo, že jim většinou porce jídla stačila a 10 % respondentů uvedlo, že měli hlad (viz Tabulka 16).

Otázka č. 16 v dotazníku:

Trpěl(a) jste bolestí?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 17 Tabulka četností jednotlivých odpovědí

Bolest	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Ne	304	254	158	280	160	1156
	52,50%	59,48%	61,24%	61,14%	64,26%	
Bez odpovědi	3	5	9	10	7	34
	0,52%	1,17%	3,49%	2,18%	2,81%	
Ano	272	168	91	168	82	781
	46,98%	39,34%	35,27%	36,68%	32,93%	
Celkem	579	427	258	458	249	1971

Z tabulky č. 17 vidíme zastoupení jednotlivých nemocnic, a zda pacienti trpěli bolestí nebo ne. Na tuto otázku celkem neodpovědělo 34 respondentů.

Otázka č. 17 v dotazníku:

Pokud jste trpěl(a) bolestí:

- a) Bolest byla léčena a pomohlo mi to
- b) Bolest byla léčena, ale bolest jsem měl(a) stále
- c) Nebylo na ni reagováno

Tabulka 18 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

reakce na bolest	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Bolest byla léčena a pomohlo mi to	268	157	83	155	73	736
	96%	91%	97%	89%	89%	
Bolest byla léčena, ale bolest jsem měl(a) stále	11	15	1	17	9	53
	4%	9%	1%	10%	11%	
Nebylo na ni reagováno	1	1	2	3	0	7
	0%	1%	2%	2%	0%	
Celkem	280	173	86	175	82	796

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je reakce na bolest pacienta stejná.

Z tabulky č. 17 a tabulky č. 18 je patrné, že pokud pacienti cítili bolest a po reakci personálu se pacientovi ulevilo, je tato situace ve všech nemocnicích stejná.

Otázka č. 18 v dotazníku:

Vnímáte, že jste byl(a) léčen(a) s úctou a respektem k Vaší osobě?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka 19 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

vnímavost úcty při léčbě	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Spíše ano	63 11%	33 8%	19 8%	53 12%	44 18%	212
Ano	507 88%	386 91%	228 92%	392 86%	201 81%	1714
Ne	0 0%	2 0%	0 0%	4 1%	2 1%	8
Spíše ne	4 1%	1 0%	1 0%	6 1%	2 1%	14
Celkem	574	422	248	455	249	1948

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je situace ohledně úcty pacienta při léčbě stejná.

Z tabulky č. 19 je patné, že respondenti byli léčeni s úctou a respektem a byli tedy spokojeni ve všech nemocnicích stejně.

Otázka č. 19 v dotazníku:

Jaké bylo Vaše setkání s personálem nemocnice při příjmu?

- a) Všichni se mně plně věnovali
- b) Mám jen drobné výhrady
- c) Příjem byl chaotický a necítil(a) jsem se být středem zájmu
- d) Nepamatuji se

Tabulka 20 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

setkání při příjmu	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	Celkem
Mám jen drobné výhrady	60	52	25	52	36	225
	10%	12%	10%	11%	15%	
Všichni se mně plně věnovali	499	364	214	391	205	1673
	87%	86%	86%	86%	83%	
Nepamatuji se	11	6	6	8	5	36
	2%	1%	2%	2%	2%	
Příjem byl chaotický a necítil(a) jsem se být středem zájmu	6	1	5	4	1	17
	1%	0%	2%	1%	0%	
Celkem	576	423	250	455	247	1951

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah. Ve všech nemocnicích je setkání s personálem při příjmu stejné.

Respondenti uvedli, že se jim při příjmu personál plně věnoval. Setkání při příjmu pacienta je tedy srovnatelné ve všech nemocnicích (viz Tabulka 20).

Otázka č. 20 v dotazníku:

Měl(a) jste z něčeho obavy nebo strach před nástupem do nemocnice nebo v průběhu pobytu v nemocnici?

- a) Ne, neměl(a)
- b) Ano měl(a)

Tabulka 21 Tabulka četností jednotlivých odpovědí

obavy z pobytu	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Ano	167	119	57	122	94	559
	29%	28%	23%	27%	38%	
Ne	409	304	187	334	155	1389
	71%	72%	77%	73%	62%	
Celkem	576	423	244	456	249	1948

Z tabulky č. 21 jsou znázorněny odpovědi a jednotlivé typy nemocnic. Je patrné, že většina respondentů neměla obavy během hospitalizace. Odpověď Ano, uvedlo nejvíce respondentů (38 %) v nemocnici E.

Otázka č. 20 v dotazníku:

Vaše obavy se naplnily?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 22 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

naplnění obav	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Ne	137	100	44	90	71	442
	24%	23%	17%	20%	29%	
Bez odpovědi	412	307	194	333	162	1408
	71%	72%	75%	73%	65%	
Ano	30	20	20	35	16	121
	5%	5%	8%	8%	6%	
Celkem	579	427	258	458	249	1971

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_a: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p > 0,001$, H₀ se nezamítá.

Testováním se ukázalo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice není statisticky významný vztah.

Z tabulky č. 22 je patrné, že ve všech nemocnicích je situace ohledně obav pacientů, před nebo během hospitalizace stejná.

Otázka č. 21 v dotazníku:

Jste spokojen(a) s léčením Vašeho onemocnění?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka 23 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

spokojenost s léčbou	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Ano	492	376	223	374	186	1651
	86%	89%	89%	82%	75%	
Spíše ano	75	40	26	73	54	268
	13%	10%	10%	16%	22%	
Ne	2	2	1	3	0	8
	0%	0%	0%	1%	0%	
Spíše ne	5	3	0	4	9	21
	1%	1%	0%	1%	4%	
Celkem	574	421	250	454	249	1948

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je spokojenost s léčbou onemocnění odlišná.

Spokojenost s léčbou onemocnění uvedli respondenti z nemocnice B a nemocnice C v 89 %, naopak nejméně jsou spokojeni v nemocnici E (75 %). Mezi důvody nespokojenosti někteří respondenti uvedli nejčastěji stravu a neúplnost podávaných informací od lékařů (viz Tabulka 23).

Otázka číslo 22.

Jakou celkovou známkou byste ohodnotil(a) Váš pobyt v našem zařízení?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

Tabulka 24 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

Hodnocení	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
1	424	287	173	282	127	1293
	73%	68%	69%	62%	51%	
2	138	121	67	141	95	562
	24%	28%	27%	31%	38%	
3	9	13	6	23	22	73
	2%	3%	2%	5%	9%	
4	3	0	1	8	3	15
	1%	0%	0%	2%	1%	
5	3	4	3	1	1	12
	1%	1%	1%	0%	0%	
Celkem	577	425	250	455	248	1955

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H_0 se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je hodnocení pobytu respondentů odlišné.

Známkou číslo jedna ohodnotili respondenti následovně nemocnice: nemocnice A (73 %), nemocnice C (69 %), nemocnice B (68 %), dále pak nemocnici D (62 %) a nejméně procent dostala nemocnice E 51 % (viz Tabulka 24).

Otázka č. 23 v dotazníku:

Doporučil(a) byste, v případě potřeby, naše zařízení své rodině a přátelům?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Tabulka 25 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích

doporučení	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Nemocnice D	Nemocnice E	celkem
Spíše ano	99	69	40	107	69	384
	17%	16%	16%	24%	28%	
Ano	469	349	207	326	172	1523
	81%	82%	82%	72%	69%	
Spíše ne	5	2	3	17	6	33
	1%	0%	1%	4%	2%	
Ne	3	4	2	5	2	16
	1%	1%	1%	1%	1%	
Celkem	576	424	252	455	249	1956

Pracovní hypotéza: Na odpověď pacienta má vliv místo ošetření.

H₀: Mezi nemocnicí a odpovědí není statisticky významný vztah.

H_A: Mezi nemocnicí a odpovědí je statisticky významný vztah.

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %), testování hypotézy testem χ^2 , dosažené $p < 0,001$, H₀ se zamítá.

Testováním se potvrdilo, že mezi typem odpovědi a typem nemocnice je statisticky významný vztah. V každé nemocnici je doporučení zařízení rodině nebo známým odlišné.

Z tabulky č. 25 vyplývá, že respondenti z nemocnice B a nemocnice C v 82 % zdravotnické zařízení doporučili svým známým a rodině. Nemocnici D by doporučilo 72 % respondentů a nejméně nemocnici E 70 % respondentů (viz Tabulka 25).

Otázka č. 24 v dotazníku:

Napište nám, co byste navrhoval(a) zlepšit v naší nemocnici:

Respondenti navrhovali zlepšit oblast stravování, konkrétně například: větší rozmanitost jídel, více ovoce a zeleniny, podávání svačín či vyšší tepelnost jídla při podávání. Dále navrhovali zlepšit sociální zázemí na oddělení, nábytek na pokojích a pohodlnost matrací, které byli často již už proleželé a nepohodlné. Někteří respondenti postrádali připojení k internetu, možnost koupi denního tisku na oddělení či automaty s potravinami. Často si respondenti stěžovali, že v nemocnici není vyhrazené místo pro kuřáky.

6 Diskuze

Vyhodnocená data z pěti nemocnic Pardubického kraje akutní péče (A, B, C, D, E) mají mezi sebou v některých oblastech srovnatelné výsledky, ale v jiných značné rozdíly v poskytování služeb. Níže zhodnocuji a rozebírám šest oblastí, na které byli respondenti dotazováni. V závěru diskuze uvádím opatření, které by bylo možné zvážit pro větší validitu dat v případně dalšího šetření kvality péče v nemocnicích.

1. Oblast podávání informací pacientům, oblast edukace.

Srozumitelnost informací o nemoci a léčení, které podával lékař respondentům, byla ve všech pěti nemocnicích stejná, jak je uvedeno v tabulce č. 8. Naopak statistický rozdíl se týkal místa informovanosti pacienta o jeho zdravotním stavu. Odpověď na pokoji v přítomnosti dalších osob, ale nevadilo mi to, uvedlo v nemocnici C 90 % respondentů. Téměř srovnatelně dopadly nemocnice A, B, D, které se dostali nad 70 % hranici. Podstatně hůře respondenti vnímali místo informovanosti o zdravotním stavu v přítomnosti dalších osob v nemocnici E (62 %). (viz tabulka 13). Zajímavostí je, že informováním o zdravotním stavu v soukromí mimo pokoj nemocného uvedlo v nemocnici E (31 %), což je nejvíce procent ze všech nemocnic z této odpovědi.

Komunikace s pacientem by měla probíhat v soukromí. Je samozřejmostí zohlednění zdravotního a psychického stavu pacienta. Informace by měly být jasné a srozumitelné a pacient by měl cítit důvěru k ošetřujícímu personálu. (Ptáček, 2011)

Nemocnice E na svých webových stránkách uvádí, že klade důraz na naplnění očekávání pacientů, a to především v oblastech bezpečí pacienta, úcty a respektu k pacientovi, poskytování informací (a komunikace) o nemoci, zapojení pacientů do rozhodování a rozvoje příjemného prostředí v nemocnici. Uvádí, že lékaři v této nemocnici nejvíce využívají možnost informovat pacienty o jejich onemocnění mimo pokoj nemocného, tedy v soukromí.

2. Výživa nemocných.

Otázka kvality stravy v nemocnicích je často diskutovaným problémem již po několik let. Spokojenost respondentů s kvalitou podávané stravy vyšla nejlépe v nemocnici A (70 %) a v těsném závěsu v nemocnici C (68 %). Nejhůře byla strava ohodnocena v nemocnici D, kde respondenti byli spokojeni s kvalitou podávané stravy v pouhých 37 % (viz Tabulka 15).

Nemocnice D už několik let spolupracuje s cateringovou společností, která zajišťuje stravu nemocným. Otázkou je, proč při takovém dlouhodobém negativním ohlasu z řad pacientů, nemocnice s touto společností ještě nevyověděla smlouvu. Stravovací provoz byl hrazen ze státních prostředků, a to do konce roku 2012. V této nemocnici stále funguje stejná cateringová společnost, ale smlouva s ní je nyní sepsána na dobu neurčitou a lze ji kdykoli vypovědět. Vedení nemocnice by mohlo zvážit i možnost převzít stravovací provoz pod svá křídla, nebo vypsát nové výběrové řízení na dodávky stravovacích služeb. Dle mého názoru však tento negativní ohlas na kvalitu stravy nebyl až tak markantní, vždyť 47 % respondentů přišlo jídlo většinou chutné a pouze 18 % respondentů uvedlo, že jídlo chutné vůbec nebylo.

S velikostí porcí jídel, jak je uvedeno v tabulce 16, bylo zcela spokojeno nejvíce respondentů z nemocnice A (84 %). Bohužel i v této otázce nemocnice D nedopadla nejlépe. Spokojenost s velikostí porce jídel uvedlo 57 %, 33 % většinou porce jídla stačila a 10 % respondentů uvedlo, že měli hlad. Kvalita stravy a velikost porce jídel vede k celkové nespokojenosti pacientů v této oblasti s nemocnicí D.

Pacienti jsou v oblasti stravování stále nespokojeni například s nedostatečnou tepelností jídla, absencí svačin, časté studené večeře, nedostatek ovoce a zeleniny, jídlo bez chuti apod. Studené večeře se podávají v 18 hodin, někdy i dříve a pacienti dostanou další jídlo až druhý den ráno kolem 8 hodiny a jsou tedy vystaveni dlouhodobému hladovění, což by mělo být ošetřeno buď svačinou, nebo podáváním večeře aspoň o hodinu déle. Dále musíme vzít v potaz, zda v případě že pacient dodržuje nějaké dietní opatření, je o tomto opatření vůbec informován. Může to tedy být chyba na straně personálu, když pacienta neupozorní, že jeho nemoc vyžaduje speciální dietní opatření a pacient je tedy zákonitě zklamán z kvality podávané stravy.

Dietní systém nemocnic se dělí na tři skupiny. Do první skupiny patří diety základní (označovány 0-13), druhou skupinou jsou diety speciální (označovány písmenem S a číslem příslušné diety) a poslední skupinou jsou diety standardizované (vyznačují se individuálním použitím, př. pankreatická dieta). Léčebná výživa zdůrazňuje používání kvalitních proteinů, zvýšenou spotřebu zeleniny a ovoce a zvýšení podílu vlákniny. Vhodné je použití celozrnných výrobků, luštěnin a sóji. Způsob podávání stravy pacientům je dnes zajišťován pomocí tabletového systému. Tabletový systém znamená to, že se v kuchyni připraví jednotlivé porce jídla do speciálních podnosů určených konkrétnímu pacientovi a následně

jsou transportovány pomocí přepravních kontejnerů, které uchovávají stálou teplotu jídla na oddělení a tam jsou následně servírovány. (Mikšová a kol., 2006)

3. Respektování osobnosti pacienta, zajištění studu a soukromí.

Každý zdravotník by měl znát práva pacientů a jeho samozřejmostí by mělo být jejich dodržování. V dotazníkovém šetření se ukázalo, že jednotlivé nemocnice nemají vliv, zda dochází k ochraně intimity a studu respondentů, jak je uvedeno v tabulce č. 11. Pacienti tedy byli spokojeni ve všech nemocnicích stejně.

V průběhu nemocničního či ambulantního vyšetření má nemocný právo, aby byl brán zřetel na jeho soukromí a stud. Zásah do soukromí pacienta v nemocnici je obnažování, a to jak v ordinaci, tak i na pokoji před spolupacienty. Pacient prožívá rozpaky a stud, který může nastat během vyšetření či ošetření. Ohleduplný a šetrný přístup ze strany lékaře nebo sestry s pacientem má za cíl zachovat sebeúctu pacienta. (Zacharová a kol., 2007)

4. Prostředí v nemocnici (čistota, atmosféra).

S čistotou a úklidem na odděleních jsou spokojeni respondenti všech pěti nemocnic, jak je uvedeno v tabulce č. 14. Co se týká obav či strachu respondentů před nebo během hospitalizace, potvrdilo se, že nemocnice nemá vliv na obavy pacienta před nebo během hospitalizace (viz tabulka 21 a tabulka 22). Způsob jednání s pacientem, který prožívá obavy či strach by měl být vždy řešen na profesionální úrovni v přístupu personálu. (Zacharová, 2011)

5. Přístup k pacientovi ze strany zdravotnických pracovníků.

Z hodnocení zda se lékaři či sestra představil respondentům při prvním setkání, byla nejlépe ohodnocena nemocnice A (viz tabulka 5 a tabulka 6). Respektování běžných pravidel slušného chování by mělo být samozřejmostí všech zdravotnických pracovníků. Úvodní formality (představení, kontrola jména, představení všech přítomných, zdůvodnění jejich přítomnosti) pomůžou nemocnému se orientovat v nové situaci. Každý nemocný přichází do neznámého prostředí a sestra je často prvním, s kým je pacient v kontaktu. Pacient má vždy právo vědět, kdo ho ošetřuje. (Lávičková, 2006; Venglářová, Mahrová, 2006)

V otázce ověření personálu před podáním léků či provedení zákroku, nejlépe respondenti ohodnotili nemocnici A a C, jak je znázorněno v tabulce č. 7. Považují za důležité zmínit, že ostatní nemocnice se také dostaly nad 80 %. Před každým prováděným výkonem či podání léků by měli zdravotníci dodržovat pokyny pro bezpečnost práce. Podává-li sestra nebo lékař jakýmkoliv způsobem lék, nebo se chystají provést nějaký výkon na pacientovi, je nutné ho nejprve identifikovat zeptáním se na jméno před samostatným výkonem. (Mikšová a kol., 2006)

Z hodnocení důvěry k lékařům, kteří ošetřovali respondenty, jak je uvedeno v tabulce č. 9, vyšly všechny nemocnice srovnatelně. Naopak v každé nemocnici je důvěra k sestram odlišná (viz Tabulka 10). Největší důvěru k ošetřujícím sestram uvedli respondenti z nemocnici A (93 %).

Od lékařů se očekává vysoká odbornost, ohleduplné jednání a také psychická podpora ve složitých situacích. Postavení sester k nemocným je ale složitější. Nemocný ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu. Sestra musí v nemocném budít důvěru ve své odborné znalosti, je zasvěcována do starostí nemocného či jeho nálad. Její role vyžaduje více porozumění, laskavosti a pochopení. Proto vztahy mezi zdravotníkem a nemocným by měli být založené na vzájemné důvěře a respektu. (Zacharová a kol., 2007)

S dosažitelností ošetřujícího personálu při pomoci pacientovi nejlépe dopadla nemocnice C (96 %). Naopak v nemocnici E byli respondenti spokojeni v 85 % (viz Tabulka 12). Myslím si, že dosažitelnost personálu při potřebě pacienta je důležitým ukazatelem každého oddělení.

Dobrou zprávou pro všech pět nemocnic je, že nemocnice nemá vliv na reakci bolesti pacientů během hospitalizace (viz Tabulka 18), setkání s personálem při příjmu pacienta (viz Tabulka 20) a také nemá vliv na to, zda pacienti byli léčeni s úctou a respektem, jak je uvedeno v tabulce č. 19.

6. Spokojenost s léčbou a ošetřováním.

Z výsledku tabulky 23, která demonstruje spokojenost s léčením respondentů je zřejmé, že nejvíce spokojeni s léčbou byli v nemocnici B a C (89 %), naopak v nemocnici E byli respondenti spokojeni pouze v 75 %. Pokud respondent nebyl spokojen s léčbou svého

onemocnění, mohl vyjádřit důvod své nespokojenosti. Nejčastější důvod nespokojenosti se týkal neúplnosti informací od lékařů.

Poslední dvě otázky se týkaly celkové spokojenosti pacientů. Nemocnice má vliv na celkovou spokojenost pacientů. Respondenti měli v otázce č. 22 zhodnotit svůj pobyt v zařízení známkou jako ve škole (1 = nejlepší...5 = nejhorší). Nemocnice A získala již po druhé v tomto šetření prvenství a to 73 % celkově spokojených pacientů. Tato nemocnice byla několikrát ohodnocena titulem Nemocnice roku Pardubického kraje organizací Health Care Institut, která se zabývá spokojeností pacientů a je nositelem řady certifikátů. Tento výsledek je velmi pozitivní a domnívám se, že to zaručuje pozitivní pověst tomuto zařízení. Dále byli respondenti spokojeni se zařízením v nemocnici C (69 %), nemocnici B (68 %), nemocnici D (62 %) a na posledním místě se umístila nemocnice E s pouhými 51 %, jak je uvedeno v tabulce č. 24.

Co se týká doporučení zařízení rodině nebo přátelům, z tabulky č. 25 je zřejmé, že zvítězily nemocnice B a C s 82 %, v těsném závěsu byla nemocnice A (81 %), dále nemocnice D (72 %) a nejméně respondentů by doporučilo nemocnici E (69 %).

Na konci dotazníku pacienti mohli v otevřené otázce navrhnout, co by chtěli zlepšit v nemocnicích. Nejčastěji by si přáli zlepšit oblast stavování, sociální zázemí na oddělení, nábytek na pokojích a pohodlnost matrací, které byli často již už proleželé a nepohodlné. Někteří respondenti postrádali připojení k internetu, možnost koupi denního tisku na oddělení nebo automaty s potravinami. Často si respondenti stěžovali, že v nemocnicích není vyhrazené místo pro kuřáky.

Pacienti dotazníky dostávali od personálu k vyplnění v den propuštění. Jak uvádí Škrkla a Škrlová: *„Dotazník předložený pacientovi propuštěnému z nemocniční péče není spolehlivým ukazatelem kvality lékařské nebo ošetrovatelské péče. V den propuštění z nemocniční péče je pacient rád, „že to má již za sebou“ a většinou na dané otázky odpovídá kladně. Těší se domů a chce mít tuto poslední povinnost ukončenou. Často chce udělat zdravotnickému personálu radost. Takto jsou získané informace z hlediska své užitečnosti zcela bezcenné.“* (Škrkla, Škrlová, 2003, s. 116)

Lze tedy konstatovat, že monitorovat kvalitu poskytované péče by bylo lepší provádět během hospitalizace, aby se předešlo euforii zdravotnického personálu z pozitivních reakcí pacientů.

V případě budoucích šetření o kvalitě péče, by bylo vhodné s pacienty provádět cílené rozhovory nebo-li focus groups, které by zaručovaly získání postřehů o kladných a záporných aspektech péče, která byla pacientům poskytnuta. Rozhovor by měl probíhat na neutrální půdě, jako například v zasedací místnosti, jídelně nebo v knihovně, kde by měl být zajištěn klid a pohoda pro respondenty. Abychom předešli zavděčení pacientům ze strany personálu oddělení, bylo by vhodné provádět cílený rozhovor ohledně hospitalizace jeden až dva dny před propuštěním. (Šrkla, Škrlová, 2003)

7 Závěr

Diplomová práce vznikla pod záštitou Studentské grantové soutěže a jejím hlavním cílem bylo zjistit úroveň kvality poskytované péče očima hospitalizovaných pacientů v nemocnicích akutní péče Pardubického kraje. Dále zjistit, zda jsou rozdíly v kvalitě poskytovaných služeb mezi jednotlivými nemocnicemi a zhodnotit zvolenou metodiku výzkumu. Všechny zvolené cíle byly splněny.

Teoretická část popisuje kvalitu péče, význam komunikace s pacienty a zaměřuje se na to, jak by měly fungovat nemocnice z hlediska kvality péče. Dále je v teoretické části rozebráno měření spokojenosti pacientů jako kritérium měření kvality péče.

Kvantitativní výzkum ukázal, že pacienti jsou se službami ve všech nemocnicích spokojeni se srozumitelností informací, důvěrou k lékařům a ochranou jejich intimity a studu. Jsou také spokojeni s čistotou a úklidem na odděleních a reakcí na bolest ze strany personálu. Mají pocit, že jsou léčeni s úctou a respektem a nemají žádné obavy během hospitalizace. Z výsledků se ukázalo, že se jim personál při příjmu většinou plně věnoval.

V nemocnici A je dobře hodnocena strava, důvěra k ošetřujícím sestřám a dále pozitivní informací je, že pacientům se při prvním setkání představují lékaři i sestry. Je to pacienty nejlépe ohodnocená nemocnice. Nemocnici B a nemocnici C by respondenti v případě potřeby doporučili svým známým a rodině. Lékaři z nemocnice E nejvíce využívají možnost informovat pacienty o jejich onemocnění mimo pokoj nemocného, tedy v soukromí. Výsledky nemocnice D z dotazníkového šetření jsou neutrální.

Nemocnice A na svých webových stránkách uvádí Politiku kvality poskytovaných služeb. Za nejdůležitější pokládám pět bodů, které jsou klíčové k úspěchům této nemocnice. Ostatní nemocnice by se měly těmito body inspirovat:

- Spokojenost klientů s našimi službami je naším hlavním cílem.
- Vytváření příjemného a bezpečného prostředí pro klienty, umožňující uspokojování potřeb klientů.
- Zaměstnanci nemocnice tvoří kvalifikovaný tým, který je zárukou kvalitní péče.

- Mezi základní prvky kultury nemocnice patří otevřená a korektní komunikace s klienty a jejich blízkými prostřednictvím vysoce kvalifikovaného personálu.
- Spokojený zaměstnanec vykonává smysluplnou práci s jasnými cíli, je dobře finančně motivovaný a ohodnocený, má možnost sebevzdělání, profesního růstu a má zabezpečeno dostatečné zázemí v oblasti BOZP.

Z výzkumu plyne, že v některých zkoumaných oblastech jsou nedostatky a proto navrhuji opatření:

1. Oblast podávání informací pacientům, oblast edukace.
 - Komunikace s pacientem o jeho zdravotním stavu by měla probíhat v soukromí, tedy mimo pokoj a bez ostatních pacientů.
2. Výživa nemocných.
 - Zajistit dostatečnou tepelnost podávané stravy,
 - zařazení svačin do denního jídelníčku,
 - zajistit dostatek ovoce a zeleniny během hospitalizace nemocného.
3. Respektování osobnosti pacienta, zajištění soukromí a studu.
 - V této oblasti jsou pacienti spokojeni ve všech nemocnicích stejně, není třeba v této oblasti provádět změny.
4. Prostředí v nemocnici (čistota, atmosféra)
 - V této oblasti jsou pacienti spokojeni ve všech nemocnicích stejně, není třeba v této oblasti provádět změny.
5. Přístup k pacientovi ze strany zdravotnických pracovníků.
 - Představení se nemocnému,
 - identifikace pacienta před prováděným zákrokem,
 - vztah mezi zdravotníkem a nemocným by měl být založen na vzájemné důvěře a respektu,
 - včasná dosažitelnost personálu v případě potřeby nemocného.
6. Spokojenost s léčbou a ošetřováním.
 - Zajištění úplnosti podávaných informací ze strany lékařů.
 - Benchmarking zdravotnických zařízení.

Výsledky byly odevzdány jednotlivým nemocnicím a celkové hodnocení ve formě kontingenčních tabulek předáno představenstvu nemocnic. Je důležité uvědomit si, že mají velkou vypovídací hodnotu o kvalitě služeb a odhalují existující problémy. Průzkum spokojenosti pacientů je důležité sledovat systematicky pomocí dotazníků. Pro validitu a objektivnost dat by byl vhodnější přímý a osobní rozhovor s respondenty, aby se předešlo zmanipulování dat personálem nemocnic a výzkum by tak byl objektivnější. Výsledky průzkumu spokojenosti pacientů jsou především důležité pro management zdravotnických zařízení a k benchmarkingu zdravotnických zařízení.

8 Soupis bibliografických citací

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. Praha: 2006, roč. II, č. 4, s. 48-49. ISSN 1801-463 x.
5. CYHELSKÝ, L., SOUČEK, E. *Základy statistiky*. 1. Vyd. Praha: VŠFS, 2009. ISBN 978-80-7408-013-5.
6. ČESKO. Vyhláška č. 102 ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39. Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=102~2F2012&part=&name=&rpp=15#seznam>.
7. EXNER Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.
8. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství- teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
9. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. vyd Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. ISBN 976-80-223-2391-1.
10. GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2003. ISBN 80-7226-996-8.
11. HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9.
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Galén: Praha, 1997. ISBN 80-85824-54-X.
13. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Benchmarking in Health care*. 2nd ed.: Joint commission resources, 2012. ISBN 978-1-59940-616-9. Dostupné také z WWW:
<http://books.google.cz/books?id=2mQpVORlulEC&printsec=frontcover&dq=benchm>

arking+in+healthcare&hl=cs&sa=X&ei=sulDU5fZFuLy4QSZqYDYCA&ved=0CDM
Q6AEwAA#v=onepage&q=benchmarking%20in%20healthcare&f=false

14. JURÁSKOVÁ, Dana. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV, č. 3, s. 18-20. ISSN 1210-0404.
15. KAREŠ, Jiří, Marie DRLÍKOVÁ a Iva BRABCOVÁ. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2006. ISBN 80-7040-852-9.
16. KOZEL, Roman a kol. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0966-X.
17. KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBROVÁ, Rita OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
18. KŘEMENOVÁ, Eva. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 976-80-247-2713-4.
20. LÁVÍČKOVÁ, Jana. Kvalita očima pacientů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
21. MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
22. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Kvalita ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2011, č. 3-4, s. 69-73. ISSN 1212-723X.
23. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství – II. Díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
24. MAŠEK, Josef. Kvalita zdravotnické péče jako výsledek procesu efektivního řízení v nemocnici. *Medicína v praxi*. Praha: 2001. č.4, s.17-18. ISSN 1212-8759.
25. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ, Renáta HERNOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Akutal. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
26. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Manažerská psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1349-6.
27. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0577-X.
28. ODBOR ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2010 [cit. 2013-08-02].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_29.html

29. ONDREJKOVIČ, Peter. *Úvod do metodologie společenskovedného výskumu*. Bratislava: Veda, 2007. ISBN: 978-80-224-0970-4.
30. PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254657-0.
31. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
32. PLÉVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
33. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
34. SHAMIAN, Judith. Towards quality and cost- effective health care. *Inernational nursing review*. 1997, vol. 44, no. 3, p. 79-84. ISSN 0020-8132.
35. STAŇKOVÁ, Marta. Na mnohá zlepšení ošetrovatelské péče nepotřebujeme peníze. *Sestra*. Praha: 2002, roč. XII, č. 11, s. 6. ISSN 1210-0404.
36. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. ISBN 80-7172-841-1.
37. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
38. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCP NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4.
39. ULRYCHOVÁ, Hana. Kvalita ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 1999, č. 1, s. 7-11. ISSN 1212-723X.
40. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
41. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
42. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum- nakladatelství Univerzity Karlovy, 2002. ISBN 80-7184-786-0.
43. VONDRÁČEK, Lubomír, Miloslav LUVÍK. *České ošetrovatelství 12 : Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků

ve zdravotnictví, 2003. ISBN 80-7013-376-7.

9 Seznam obrázků a tabulek

Tabulka 1 Počet hospitalizovaných pacientů a počet dotazníků.....	38
Tabulka 2 Tabulka četností jednotlivých odpovědí.....	41
Tabulka 3 Tabulka četností v jednotlivých nemocnicích.....	42
Tabulka 4 Tabulka četností v jednotlivých nemocnicích.....	43
Tabulka 5 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	45
Tabulka 6 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	46
Tabulka 7 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	47
Tabulka 8 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	48
Tabulka 9 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	49
Tabulka 10 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	50
Tabulka 11 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	51
Tabulka 12 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	52
Tabulka 13 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	53
Tabulka 14 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	54
Tabulka 15 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	55
Tabulka 16 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	56
Tabulka 17 Tabulka četností jednotlivých odpovědí.....	57
Tabulka 18 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	58
Tabulka 19 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	59
Tabulka 20 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	60
Tabulka 21 Tabulka četností jednotlivých odpovědí.....	61
Tabulka 22 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	62
Tabulka 23 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	63
Tabulka 24 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	64
Tabulka 25 Kontingenční tabulka odpovědí v jednotlivých nemocnicích.....	65
Tabulka 29 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 4.....	90
Tabulka 30 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 5.....	90
Tabulka 31 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 6.....	90
Tabulka 32 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 7.....	90
Tabulka 33 Paersonův chí- kvadrát otázka č. 8.....	90
Tabulka 34 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 9.....	90
Tabulka 35 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 10.....	91
Tabulka 36 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 11.....	91
Tabulka 37 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 12.....	91
Tabulka 38 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 13.....	91
Tabulka 39 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 14.....	91
Tabulka 40 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 15.....	91
Tabulka 41 Peasonův chí-kvadrát otázka č. 16.....	92
Tabulka 42 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 17.....	92
Tabulka 43 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 18.....	92
Tabulka 44 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 19.....	92

Tabulka 45 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 20	92
Tabulka 46 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 21	92
Tabulka 47 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 22	93
Tabulka 48 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 23	93

10 Seznam příloh

Příloha A: Práva pacientů

Příloha B: Maslowa pyramida potřeb

Příloha C: Tabulky k výzkumu

Příloha D: Dotazník

Příloha A: Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření i léčení má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo účastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné, ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, co mu bude poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. InSTITUTE, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou

mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případech, kdy se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým byl placen.

Příloha B: Maslowa pyramida potřeb



Obrázek 1 Maslowa pyramida potřeb



KVALITA jak ji vnímá pacient?

ANONYMNÍ DOTAZNÍK
PRO HOSPITALIZOVANÉ
PACIENTY

Vážená paní, vážený pane,

naším přáním je poskytovat Vám co nejkvalitnější služby, abyste byli s péčí v naší nemocnici spokojeni. Ve spolupráci se zřizovatelem, Pardubickým krajem, jsme pro Vás připravili anonymní dotazník, abychom zjistili, jak se nám to daří a jak můžeme zkvalitnit poskytovanou péči. Prosíme Vás o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Vyberte, prosím, pouze jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru a zakřížkujte do příslušného okénka.

Děkujeme za Váš čas, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku.

- 1) **Jste:** žena muž
- 2) **Jaký je Váš věk:** do 35 let 36-50 51-65 66 a více
- 3) **Na kterém oddělení se v současné době léčíte?**.....
- 4) **Představil se Vám lékař při prvním setkání s Vámi**
 ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy
- 5) **Představily se Vám sestry při prvním setkání s Vámi?**
 ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy
- 6) **Ověřoval personál Vaše jméno před podáváním léků nebo prováděnými zákroky?**
 ano, vždy téměř vždy téměř nikdy nikdy
- 7) **Rozuměl/a jste informacím, které Vám lékaři podávali o Vaší nemoci a jejím léčení?**
 informace byly srozumitelné informacím jsem nerozuměl/a
 informace mně nikdo nepodával
- 8) **Měl/a jste důvěru k lékařům, kteří Vás ošetřovali?**
 ano spíše ano spíše ne ne
- 9) **Měl/a jste důvěru k sestram, které Vás ošetřovaly?**
 ano spíše ano spíše ne ne
- 10) **Byl/a jste spokojen/a s ochranou Vaší intimity a studu během hospitalizace a prodělaných vyšetření?**
 ano, spokojen/a spíše spokojen/a
 spíše nespokojen/a nespokojen/a
- 11) **Byl/a jste spokojen/a s dosažitelností ošetřujícího personálu, když jste potřeboval/a pomoci?**
 ano, spokojen/a spíše spokojen/a
 spíše nespokojen/a nespokojen/a
- 12) **Kde Vás lékař obvykle informoval o Vašem zdravotním stavu a léčbě?**
 na pokoji v přítomnosti dalších osob, ale nevadilo mi to
 na pokoji v přítomnosti dalších osob a vadilo mi to
 v pracovně, kde bylo zajištěno soukromí
 lékař se mnou nehovořil

13) **Byl/a jste spokojen/a s čistotou a úklidem na oddělení?**

ano spíše ano spíše ne ne

14) **Byl/a jste spokojen/a s kvalitou podávané stravy?**

ano ,zcela většinou bylo jídlo chutné
 ne, jídlo nebylo chutné

15) **Byl/a jste spokojen/a s velikostí porcí jídel?**

ano, zcela většinou mi porce jídla stačila
 ne, měl/a jsem hlad

16) **Trpěl/a jste bolesti?**

ne ano

17) **Pokud jste trpěl/a bolestí, označte, prosím:**

bolest byla léčena a pomohlo mi to
 bolest byla léčena, ale bolest jsem měl/a stále
 nebylo na ni reagováno

18) **Vnímáte, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem k Vaší osobě?**

ano spíše ano spíše ne ne

19) **Jaké bylo Vaše setkání s personálem nemocnice při příjmu?**

všichni se mně plně věnovali
 mám jen drobné výhrady
 příjem byl chaotický a necítil/a jsem se být středem zájmu
 nepamatuji se

20) **Měl/a jste z něčeho obavy nebo strach před nástupem do nemocnice nebo v průběhu pobytu v nemocnici?**

ne, neměl/a ano ,měl/a Z čeho?

Vaše obavy se naplnily:

ano ne

21) **Jak jste spokojen/a s léčením Vašeho onemocnění?**

ano spíše ano spíše ne ne

Co bylo důvodem Vaší nespokojenosti ?

22) Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a Váš pobyt v našem zařízení?

(1 = nejlepší...5 = nejhorší, jako ve škole)

- 1 2 3 4 5

23) Doporučil/a byste, v případě potřeby, naše zařízení své rodině a přátelům?

- ano spíše ano spíše ne ne

Napište nám, co byste navrhoval/a zlepšit v naší nemocnici:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum vyplnění dotazníku:

Vyplněný dotazník vhodte, prosím, do schránky na ambulanci (nebo jiné sběrné místo).
Dotazníky budou zpracovány nezávislými pracovníky, ne zdravotníky oddělení.

Příloha D: Tabulky k výzkumu

Tabulka 26 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 4

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	34,41795	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	38,56199	df=12	p<0,001

Tabulka 27 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 5

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	165,4831	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	184,6264	df=12	p<0,001

Tabulka 28 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 6

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	40,74173	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	47,83070	df=12	p<0,001

Tabulka 29 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 7

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	10,36073	df=8	p>0,001
M-V chí-kvadr.	9,397732	df=8	p>0,001

Tabulka 30 Paersonův chí- kvadrát otázka č. 8

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	25,54948	df=12	p>0,001
M-V chí-kvadr.	23,10767	df=12	p>0,001

Tabulka 31 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 9

	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	34,89761	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	35,57074	df=12	p<0,001

Tabulka 32 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 10

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	30,09102	df=12	p>0,001
M-V chí-kvadr.	36,21920	df=12	p>0,001

Tabulka 33 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 11

	Chí-kvadr.	Sv	P
Pearsonův chí-kv.	43,48648	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	39,20021	df=12	p<0,001

Tabulka 34 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 12

	Chí-kvadr.	Sv	P
Pearsonův chí-kv.	61,24493	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	65,27632	df=12	p<0,001

Tabulka 35 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 13

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	20,89266	df=12	p>0,001
M-V chí-kvadr.	22,88454	df=12	p>0,001

Tabulka 36 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 14

	Chí-kvadr.	Sv	P
Pearsonův chí-kv.	187,6040	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	177,8952	df=8	p<0,001

Tabulka 37 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 15

	Chí-kvadr.	Sv	P
Pearsonův chí-kv.	120,6838	df=8	p<0,001
M-V chí-kvadr.	115,4819	df=8	p<0,001

Tabulka 38 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 16

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	18,95595	df=8	p>0,001
M-V chí-kvadr.	20,83700	df=8	p>0,001

Tabulka 39 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 17

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	30,28582	df=12	p>0,001
M-V chí-kvadr.	31,95144	df=12	p>0,001

Tabulka 40 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 18

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	10,93760	df=12	p>0,001
M-V chí-kvadr.	10,78423	df=12	p>0,001

Tabulka 41 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 19

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	14,30311	df=4	p>0,001
M-V chí-kvadr.	13,93824	df=4	p>0,001

Tabulka 42 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 20

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	16,78955	df=8	p>0,001
M-V chí-kvadr.	16,83005	df=8	p>0,001

Tabulka 43 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 21

	Chí-kvadr.	Sv	P
Pearsonův chí-kv.	46,17902	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	43,34069	df=12	p<0,001

Tabulka 44 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 22

	Chí-kvadr.	Sv	P
Pearsonův chí-kv.	71,27486	df=16	p<0,001
M-V chí-kvadr.	70,24030	df=16	p<0,001

Tabulka 45 Pearsonův chí-kvadrát otázka č. 23

	Chí-kvadr.	Sv	p
Pearsonův chí-kv.	44,72332	df=12	p<0,001
M-V chí-kvadr.	43,09497	df=12	p<0,001