

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Rádce pacienta – příručka Ministerstva zdravotnictví České republiky určená
pacientům

Bc. Magdalena Nezbedová

Diplomová Práce

2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Magdalena Nezbedová**
Osobní číslo: **Z16196**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Rádce pacienta - příručka Ministerstva zdravotnictví České republiky určená pacientům**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. **Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta. Vydání třetí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. ISBN 978-80-85047-52-3.**
2. **BLECHARZ, Pavel. Základy moderního řízení kvality. 1. vyd. Praha: Ekopress, s. r. o., 2011, ISBN 978-80-86929-75-0.**
3. **MANDYSOVÁ, Petra. Příprava na edukaci v ošetrovatelství. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.**
4. **ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.**
5. **ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.**
6. **ŘEZANKOVÁ, H., LÖSTER, T. Základy statistiky. Vysoká škola ekonomická v Praze: Oeconomica, 2013. 96 s. ISBN: 978-80-245-1957-9.**

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

Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Hořáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3. 5. 2018

Bc. Magdalena Nezbedová

PODĚKOVÁNÍ

Mé velké poděkování patří Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za vedení práce, za její ochotu, čas, vynikající spolupráci a užitečné rady. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli s vypracováním této práce a v neposlední řadě také respondentům, kteří vyplnili dotazník.

Děkuji celé své rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

ANOTACE

V diplomové práci jsem zkoumala, zda pacienti lázeňského zařízení znají příručku Rádce pacienta vydanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2016. Dále jsem se zabývala tím, jak respondenti příručku hodnotí. V teoretické části je uveden přehled současného stavu řízení kvality zdravotní péče. V další kapitole je uveden popis příručky Rádce pacienta včetně historie jejího vydávání. Na konci teoretické části jsem se věnovala edukaci a edukačním materiálům. Ve výzkumné části je uvedena analýza a prezentace dat získaných pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že informovanost pacientů o existenci příručky Rádce pacienta je velmi nízká.

KLÍČOVÁ SLOVA

edukace, kvalita péče, srozumitelnost textu, Rádce pacienta – příručka Ministerstva zdravotnictví ČR

TITLE

Patient's Guide - a handbook of the Ministry of Health of the Czech Republic for patients

ANNOTATION

I examined in my diploma thesis whether the patients of the spa facility know the manual called Handbook guide for the Patient issued by the Ministry of Health of the Czech Republic in 2016. I also looked at how respondents evaluate the manual. The theoretical part presents an overview of the current state of health care quality management. The next chapter provides a description of the Handbook guide for the Patient, including the history of its publication. At the end of the theoretical part, I devoted myself to education and educational materials. In the research part is presented the analysis and presentation of the data obtained using a questionnaire of its own design. From the questionnaire survey, I found that patient awareness of the existence of the Handbook Patient's Guide is very low.

KEY WORDS

Education, quality of care, text readability, patient's guide - a manual of the Ministry of Health of the Czech Republic

OBSAH

Úvod.....	12
1 CÍLE PRÁCE.....	14
2 TEORETICKÁ ČÁST	15
2.1. Současný stav řízení kvality zdravotní péče v České Republice	15
2.1.1. Aktuální mezinárodní kontext	21
2.1.2. Řízení rizik a řízení kvality	23
2.1.3. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče	24
2.2. Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta.....	27
2.2.1. Popis příručky a historie vydání	27
2.2.2. Obsah třetího vydání příručky Ministerstva zdravotnictví.....	29
2.3. Edukace	31
2.3.1. Edukace ve zdravotnictví	31
2.3.2. Edukační materiály a jejich srozumitelnost.....	34
2.3.3. Současný stav výzkumu hodnotící obtížnost edukačních materiálů v České republice a zahraničí	35
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	37
3.1. Výzkumný design.....	37
3.1.1. Cíle práce.....	37
3.1.2. Výzkumné otázky	37
3.1.3. Výzkumný nástroj	37
3.1.4. Metodika sběru dat	38
3.1.5. Výzkumný soubor	40
3.2. Analýza dat a interpretace výsledků	41
3.2.1. Identifikační otázky	42
3.2.2. Zjišťovací otázky	45

3.2.3.Otázky hodnotící orientaci respondentů v příručce.....	55
4 Diskuze.....	57
5 Závěr.....	61
6 POUŽITÁ LITERATURA.....	62
7 PŘÍLOHY.....	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Zastoupení pohlaví respondentů	42
Tabulka 2	Věkové rozložení respondentů	42
Tabulka 3	Přehled dosaženého vzdělání respondentů	43
Tabulka 4	Rozdělení respondentů podle počtu hospitalizací	43
Tabulka 5	Druh pobytu v lázeňském zařízení	44
Tabulka 6	Přehled způsobu seznámení respondentů s příručkou	45
Tabulka 7	Hodnocení užitečnosti příručky Rádce pacienta podle počtu hospitalizací	46
Tabulka 8	Čtyřpolní tabulka Fisherova testu	47
Tabulka 9	Hodnocení příručky rádce pacienta podle znalosti příručky	48
Tabulka 10	Hodnocení využití informací a kapitol z příručky	49
Tabulka 11	Četnost odpovědí respondentů na doporučení příručky ostatním pacientům či blízkým dle počtu hospitalizací	50
Tabulka 12	Četnost odpovědí respondentů na doporučení příručky jiným osobám dle znalosti příručky	50
Tabulka 13	Přehled nejčastěji vyhledávaných informací respondenty	51
Tabulka 14	Spokojenost respondentů v lázeňském zařízení	52
Tabulka 15	Zapojení respondentů do kontroly kvality poskytované péče	53
Tabulka 16	Četnost odpovědí respondentů na otázku zaměřenou na aktivní zapojení pacientů do kontroly kvality poskytované péče	53
Tabulka 17	Četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 10	54
Tabulka 18	Orientace respondentů v příručce otázka č. 11	55
Tabulka 19	Orientace respondentů v příručce otázka č. 12	56

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AP	Akční plán
CČR	Centrum časné rehabilitace
ČR	Česká republika
ECHO	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiogram
EM	Edukační materiál
EU	Evropská unie
HCI	Health care institut
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
KOP	Kvalita očima pacientů
MV	Mistríkův vzorec
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NU	Nežádoucí událost
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace
SAK	Spojená akreditační komise

ÚVOD

V současné době je jak ve zdravotnické veřejnosti, tak i ze strany Ministerstva zdravotnictví České republiky dále (MZČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR) věnována zvýšená pozornost kvalitě a bezpečí poskytování zdravotní péče. V souvislosti s implementací Doporučení Rady Evropské unie je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb zakotveno legislativně a to v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Šupšáková, 2017).

K implementaci legislativních požadavků řízení kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb dochází především v kontextu celoevropských aktivit. Zahraniční studie, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že u přibližně 10% hospitalizací dochází k poškození pacientů. Studie Institute of Medicine v USA odhaduje, že ročně ve Spojených státech umírá 44 – 98 tisíc hospitalizovaných pouze v důsledku pochybení zdravotníků, což je více úmrtí, než kolik jich nastane v důsledku dopravních nehod. Podobné výsledky přinesly studie provedené v Evropské unii (EU) – britské ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že ročně v zemi dochází k cca 850 tisícům nežádoucích událostí vedoucím k poškození pacientů a k podobným výsledkům došly i studie provedené ve Španělsku, Francii a Dánskou (Šupšáková, 2017).

Z výše uvedeného je jasně patrné, že do procesu snížení rizik se musí zapojit všichni. Stát stanoví základní parametry, které kontroluje, zdravotnická zařízení na ně musí aktivně reagovat a zavést je do praxe, trvale vyhodnocovat jejich účinnost a reagovat na aktuální potřebu. Pacienti zde plní hlavní kontrolní úlohu – k tomu musí být dostatečně edukováni a informováni o možnostech i formě komunikace. Výchozím předpokladem je fakt, že jen dobře informovaný občan/pacient se stává klientem, který je schopný spolurozhodovat o své léčbě, může sám upozorňovat na rizika a pokud je to možné, spolupodílet se na jejich odstranění. V neposlední řadě platí, že informovaný pacient je dobrým partnerem pro otevřenou komunikaci se zdravotnickými pracovníky. Cílem, této aktivity je trvalé snižování rizik při poskytování zdravotních služeb, s vědomím, že většinou nelze dosáhnout jejich úplné eliminace (Šupšáková, 2017).

V souladu se sociokulturními změnami se postupně zvyšuje potřeba a postupně také zájem populace pacientů o partnerský přístup při poskytování zdravotních služeb, který by měl být ze strany zdravotnických pracovníků podporován. Aktivní přístup pacientů jako příjemců péče se projevuje také v přístupu k hodnocení kvality a bezpečí péče. Vhodným prostředkem

aktivního přístupu pacientů je dostatek informací, a proto byla v roce 2009 vydána Ministerstvem zdravotnictví ČR první příručka **Rádce pacienta**, ve které je relativně velký prostor věnován právě prevenci rizik při poskytování různých druhů a forem zdravotní péče. Toto souvisí též s níže citovaným doporučení Rady EU, které uvádí, že by pacienti měli být informováni mimo jiné o rizicích v oblasti zdravotní péče, o stávajících opatřeních v oblasti bezpečnosti za účelem snížení počtu pochybení a případů újmy.

Cílem bylo usnadnit a zlepšit orientaci všech zúčastněných v systému zdravotní péče a zvýšit bezpečí pacientů při poskytování zdravotních služeb. Výchozí premisou byl fakt, že jenom dobře informovaný pacient může být dobrým partnerem pro vstřícné a ke komunikaci otevřené zdravotníky.

V současnosti máme již třetí vydání příručky- Rádce pacienta vydáno v roce 2016. Publikace, by měla být dle MZČR dostupná u praktických lékařů, v nemocnicích, na ambulancích i od zdravotních sester a také od patientských organizací, které se na její tvorbě podílely. Momentálně nalezneme příručku dostupnou online ke stažení na stránkách MZČR: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html. Zároveň ale, chybí informace o tom, jak se s příručkou pracuje samotným pacientům a zda jsou dostatečně informováni o její existenci. To mě přivedlo k výběru tématu mé Diplomové práce, jejímž cílem je zjistit zda pacienti znají příručku Rádce pacienta a jak jí hodnotí.

1 CÍLE PRÁCE

Zjistit zda pacienti lázeňského zařízení znají příručku Ministerstva zdravotnictví ČR-Rádce pacienta.

Zjistit, jak pacienti kteří příručku znají nebo se s ní seznámili, jí hodnotí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Současný stav řízení kvality zdravotní péče v České Republice

Kvalita ve zdravotnictví je specifikovaná jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva podle poznatků lékařských věd a praxe (World Health Organization - WHO, 1966). Aktuálnějším vymezením WHO z roku 1982 je, že kvalita zdravotnictví je stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k současné úrovni znalostí a technického vývoje. Pro charakteristiku kvality poskytovaných zdravotnických služeb musí být přítomno 7 základních vlastností: účinnost, dostupnost a včasnost, bezpečnost, přiměřenost zdravotního stavu, soustavnost a návaznost, přijatelnost pro pacienty a ekonomická efektivnost (Gladkij, 2003, s. 292, Švarcová, 2005, s. 97).

V České republice na podkladě platné legislativy by všechna zdravotnická zařízení měla rozvíjet, sledovat a vyhodnocovat projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Celkové zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče obsahuje jako svou neoddělitelnou součást i snižování rizik, a to nejen pro pacienta, ale i pro personál, přičemž rizika se mohou nacházet jednak v oblasti procesů poskytování vlastních zdravotních služeb, tak i v nemocničním prostředí (STAPRO, 2016).

Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Doporučení k jeho zavedení na národní úrovni dala již Rada Evropy v roce 1997. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb naposledy detailně formulovala Rada EU v Doporučení o bezpečnosti pacientů, včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (dále jen Doporučení rady) (MZČR, 2016).

V mezinárodním měřítku se hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a Světovou zdravotnickou organizací (WHO), stanovují plnění následujících požadavků:

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv
- odpovědnost poskytovatele zdravotních 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 zdravotních služeb v příslušném regionu

(Šupšáková, 2017).

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen "zákon č. 372/2011 Sb."). Tento zákon nabyl účinnosti 1. dubna 2012. Obecnými cíli hodnocení kvality a bezpečí jsou, kromě trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb, také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví.

1. Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

- Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb **povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí.**
- MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému tzv. „*minimální požadavky*“, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015.
- Ve Věstníku MZ č. 16/2015 je dále zveřejněn Metodický návod Ministerstva zdravotnictví pro sebehodnocení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

2. Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

- Proces externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška byla vydána dne 22. března 2012. S účinností od 23. 8. 2016 byla vyhláška novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Změny byly provedeny v příloze č. 2, konkrétně došlo ke změně požadavků na personální zabezpečení procesů hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

- Tyto předpisy byly vydány s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (MZČR, 2016).

Nové legislativní předpisy umožňují posoudit u poskytovatelů zdravotních služeb organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí.

Externí hodnocení kvality a bezpečí není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné – jedná se o dobrovolný proces. Toto externí hodnocení bude tedy provedeno pouze u těch poskytovatelů, kteří o provedení externího hodnocení požádají osobu k tomuto hodnocení oprávněnou (MZČR, 2016).

Hodnocení kvality a bezpečí mohou provádět fyzické nebo právnické osoby, které k této činnosti získají oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb. Ministerstvo zdravotnictví na svých internetových stránkách zveřejňuje seznam osob oprávněných k provádění hodnocení kvality a bezpečí. V současnosti je toto oprávnění vydáno devíti společnostem (MZČR, 2016).

V Českém zdravotnictví je několik systémů, na základě kterých zdravotnická zařízení dokládají implementaci a zaměření na kvalitu. Jedním z nich je SAK (Spojená akreditační komise ČR), zaměřující se na bezpečí zdravotní péče a dlouhodobý nárůst kvality na základě akreditace zdravotnických zařízení a poradenské činnosti při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení. Mezinárodní organizace JCI (Joint Commission International) se soustřeďuje na zvyšování kvality péče v mezinárodních prostředích pomocí mezinárodní akreditace, ISO (International Organization for Standardization) je mezinárodní organizace pro normalizaci, která se zabývá koordinací uspořádání a publikování schválených norem (Pokořová, 2010, s. 34).

Zvyšovat kvalitu lze i zahájením měření kvality pomocí hodnocení spokojenosti pacientů, sledováním výskytu nežádoucích událostí a vypracováním opatření, která by eliminovala výskyt nežádoucích událostí (Plevová et al, 2012, s. 234).

Dimenze kvality

Kvalitu hodnotíme dle hledisek – dimenzí, mezi něž patří např. dostupnost a přijatelnost, včasnost, bezpečnost, efektivnost, kompetence, hospodárnost, kontinuita, přiměřenost, očekávaná účinnost, úcta a vnímavost.

Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Madar et al, 2004, s. 30).

U kvality zdravotních služeb rozeznáváme tři rozměry:

- **Kvalita služeb z hlediska klienta.** V tomto směru kvality se zohledňuje, jak samotný klient hodnotí poskytnuté služby.
- **Kvalita služeb z hlediska profesionálního.** Tento rozměr bere v úvahu, zda služby splňují potřeby tak, jak jsou stanoveny profesionály, zda jsou přítomny vhodné techniky a postupy, které jsou důležité pro splnění klientových potřeb.
- **Kvalita služeb z hlediska řízení.** Tento směr kvality se zaměřuje na efektivní využívání zdrojů. Zda jsou služby nejekonomičtější a nejproduktivnější v rámci limitů, stanovených vyššími nadřízenými nebo plátcí (Madar et al, 2004, s. 41).

Pro zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je nutné, aby zdravotnické zařízení přijalo (nebo mělo zavedeno) základní principy procesního řízení, založeného na principech kontinuálního zvyšování kvality podle dnes již notoricky známého schématu ze všech oborů zabývajících se sledováním kvality: plán změn – testování (modelování) navržených změn – realizace navržených změn – kontrola – vyhodnocení – revize plánu – zpětná vazba. Obecnou součástí tohoto řízení, využitelnou i pro poskytovatele zdravotní péče, je sběr indikátorů kvality a jejich využití k dalšímu řízení některých procesů na základě statistických dat (STAPRO, 2016).

Indikátory kvality

Do legislativně vytyčených principů sledování a zvyšování kvality zdravotní péče je zahrnuta i monitorace a vyhodnocování rizikových činností. K nim podle Šupšáková (2017, s. 40) patří sledování a pravidelná monitorace tzv. indikátorů kvality. Tyto indikátory jsou v každé organizaci individuálně stanoveny a operativně přizpůsobovány aktuální situaci, např. v plánu Kontinuální zvyšování kvality. Tento plán patří mezi hlavní dokumenty organizace, jsou v něm stanoveny zásadní cíle, standardizace postupů, oblasti sledování kvality.

Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb velmi detailně formulovala Rada EU v Doporučení Rady v roce 2009a naposledy dne 15. 11. 2012 Evropská komise ve, Zprávě o provádění Doporučení Rady.

MZČR v návaznosti na toto Doporučení Rady, deklarovalo zájem o hodnocení kvality poskytované zdravotní péče prostřednictvím objektivních měřitelných indikátorů kvality. Pro sběr dat a jejich výpočet MZČR oslovilo o spolupráci ÚZIS ČR. Sběr indikátorů kvality zdravotní péče je zapracován do Národního systému hlášení nežádoucích událostí, který od 1. 1. 2013 spadá do gesce ÚZIS ČR (MZČR, 2013).

Indikátory kvality zdravotní péče slouží ke sledování kvality lůžkové zdravotní péče a anonymnímu srovnávání jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb.

Mezi hlavní sledované indikátory patří:

- riziko pádů,
- riziko vzniku dekubitů,
- systém sledování nežádoucích událostí,
- kvality záznamů ve zdravotnické a ošetrovatelské dokumentaci,
- výskyt nozokominálních (nemocničních) nákaz,
- dodržování vnitřních předpisů pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci,
- dodržování zásad při likvidaci nebezpečného odpadu.

Dále je potřeba zdůraznit, že sledované indikátory kvality by měly být dynamickým prostředkem ke sledování lokální úrovně kvality v zařízeních, tedy mohou být podle aktuálních potřeb měněny nebo doplňovány (Šupšáková, 2017, s. 40-41).

Data poskytovatelé zdravotní péče zadávají pomocí webové aplikace, exportují anonymní data ze svých informačních systémů a některé indikátory jsou samočinně získávány z Národního registru hospitalizovaných a Informačního systému Zemřelí. Zdravotnická zařízení jsou zařazena do dílčích kategorií podle toho, jestli se jedná o nemocnici či léčebnu, dále podle povahy zařízení na psychiatrické, nepsychiatrické a specializované, a konečně podle počtu lůžek na malé, střední a velké nemocnice (ÚZIS ČR, 2013).

Vznik a příčina nežádoucí události

Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2012, nežádoucí události definovalo přesně: „*Nežádoucí události (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník.*“

Nežádoucí události jsou rozděleny do několika kategorizovaných skupin. První skupinou je pohlaví a druh poškození pacienta, přičemž se druh poškození pacienta rozděluje do několika bodů, které jsou seřazené podle závažnosti od žádného poškození pacienta přes materiální a psychologické poškození po fyzické poškození. Fyzické poškození je nejzávažnějším druhem poškození pacienta a ve druhé kategorii se dělí podle závažnosti od incidentu, který by mohl poškodit pacienta, po událost, která vedla k úmrtí pacienta nebo přispěla k jeho úmrtí. Další klasifikovanou skupinou je druh nežádoucí události, který stanovuje nejbližší mechanismus, který vede k výslednému ohrožení pacienta nebo jiných osob. Tato složka se rozděluje do 18 subkategorií (nozokomiální infekce, pády, dekubity, problém s klinickým výkonem či dokumentací atd.). Zmíněné vymezení se může v budoucnu měnit (ÚZIS ČR, 2013).

Ve zdravotnictví existuje mnoho negativních faktorů, které mají vliv na zdravotní péči, jsou to např.: vysoké nároky na personál; nekvalitní management procesů; nedostatek financí; zdrojů, případně jejich špatné využívání. Dále, nekvalitní politika a malá podpora transformace zdravotnictví a bohužel nevyhnutelně zpochybňování a zlehčování problémů či rizik samotnými zdravotníky (Škrla, Škrlová, 2008; Thomas, 2003).

Názorem Poláka (2012) je, že části rizikových resp. nežádoucích událostí lze zabránit, protože jak se jeví, většina z nich je způsobena systémovými faktory a ty jsou preventabilní. Nicméně, pochybení sama o sobě zcela eliminovat nikdy nelze, protože jsou spjata s účastí lidského faktoru, který lze omezit jen těžko.

Chyb a porušování pravidel, kterých se zdravotničtí pracovníci mohou dopouštět, je mnoho. To souvisí se známou vazbou, že čím emocionálně náročnější je profese, tím více roste stres a duševní vyčerpání pracovníka. Ať jde o chyby plánovací; prováděcí; chyby z nepozornosti nebo výpadků, role lidského faktoru je zřejmá, a to právě protože tzv. pomáhající profese jsou zatíženy „duševní únavou“ (Hřib, 2010; Ivanová, 2006).

Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle byly zavedeny již v roce 2010 jako systém doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci již zmiňovaného dokumentu Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010-2012. Důvodem k zavedení tohoto „bezpečnostního plánu“ byla následující skutečnost: „...v rámci Evropské unie je zhruba 8-12 % pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma během poskytování zdravotní péče. Mezi nejčastější nežádoucí události patří chyby při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a infekce spojené se zdravotní péčí. Resortní bezpečnostní cíle a akční

plán kvality vycházejí z doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů, obsahují konkrétní nástroje ke zvýšení kvality a bezpečnosti zdravotní péče v podmínkách České republiky, včetně finančního pokrytí.“ (Šupšáková, 2017, s. 37).

Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Jsou závazné pro přímo řízené organizace a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ (Šupšáková 2017, s. 37).

Ministerstvo zdravotnictví ČR vyhlásilo od roku 2009 do roku 2012 postupně 7 resortních bezpečnostních cílů – tyto cíle zahrnují oblasti nejčastějšího výskytu nežádoucích událostí. Koncem roku 2015 pak přibývá další, již osmý RBC (resortní bezpečnostní cíl) – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů, který obsahuje aktualizované Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tak se tedy z původních doporučení stala součástí platných legislativních norem, včetně tzv. minimálních požadavků, uveřejněných ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, částky 6, 2015 (Šupšáková 2017, s. 38).

2.1.1. Aktuální mezinárodní kontext

Spolupráce s Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)

V roce 2013 se ČR rozhodla zapojit do jednoho z pilotních projektů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) se zaměřením na oblast zdraví – Studie kvality zdravotní péče. Jednalo se o historicky první studii OECD orientovanou specificky na kvalitu zdravotnictví v České republice. Realizace projektu v ČR započala začátkem roku 2013 a byly hodnoceny následující oblasti:

- systém zdravotnictví ČR a jeho kvality,
- datová základna ve zdravotnictví,
- screeningové programy,
- diabetes mellitus

(Šupšáková, 2017, s. 43-45).

Revize komise OECD sestavila a zveřejnila následující zjištění o zdravotní péči v ČR:

„Navzdory mnoha pozitivním poznatkům o kvalitě péče a prevence v ČR stále existuje několik problematických oblastí. Klíčovým faktorem, který by potenciálně představoval zlepšení prevence a kvality řízení, je relativně nevyzrálý systém datové infrastruktury.“

V souladu s doporučením OECD z poslední revizní návštěvy v roce 2014 Ministerstvo zdravotnictví vytyčilo základní linie budoucí strategie rozvoje kvality a bezpečí zdravotní péče pro další léta:

1. zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečí,
2. zvýšení zainteresovanosti na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb u veřejnosti /pacientů,
3. kontinuální zvyšování kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb,
4. podpora kvality populačního zdraví obyvatelstva prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví (MZČR, 2013).

Zvýšená zainteresovanost na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb u veřejnosti lze rozdělit do čtyř oblastí:

- zlepšení orientace pacienta v systému zdravotních služeb a v oblasti kvality a bezpečí zdravotní péče (rádce pacienta, portál kvality)
- zvýšení informovanosti veřejnosti o kvalitě a bezpečí zdravotních služeb a resortních bezpečnostních cílech
- širší a zákonem definovaná participace a právo pacientů na rozhodování o péči
- zvýšení bezpečnosti a kvality péči v kontextu dobrovolnické činnosti

(MZČR, 2013).

Jak uvádí Šupšáková (2017, s. 46-47) ve své publikaci byl akční plán kvality a bezpečí pro léta 2010 – 2012 úspěšný a jeho výsledkem bylo mj. legislativní podložení požadavků na kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. V roce 2015 pak vznikl nový návrh akčního plánu, který zahrnuje a rozpracovává poznatky z revizní zprávy OECD, v současnosti ještě není finalizován a zveřejněn. V novém akčním plánu ministerstva zdravotnictví budou rozvíjeny strategické linie následujícími navrženými aktivitami:

- začlenění vzdělávání v oblasti kvality a bezpečí do povinného negraduálního i postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- začlenění většího počtu nemocnic do projektu HPH – nemocnice podporující zdraví,

- zlepšení informovanosti veřejnosti o kvalitě a bezpečí,
- zlepšení systému hodnocení kvalitu a bezpečí u poskytovatelů zdravotních služeb,
- motivace poskytovatelů zdravotních služeb ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí,
- optimalizace sběru dat – ÚZIS,
- zlepšení sledování statistik populačního zdraví a jejich efektivity

(Šupšáková, 2017, s. 45-46).

Za kladný počín Ministerstva zdravotnictví, naplňující jeden z cílů, lze považovat v tomto kontextu vydávání nové aktualizované verze **Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta 2016**(Šupšáková, 2017, s. 47).

Spolupráce se Světovou zdravotnickou organizací (WHO)

Hlavními směry činnosti WHO je vypracování zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, odborná pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států, rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče (MZČR, 2013).

Od roku 2004 se problematikou bezpečnosti poskytované zdravotní péče – pod záštitou Světové zdravotnické organizace intenzivně zabývá **Světová aliance pro bezpečnost pacientů**. Jejím hlavním cílem je rozšiřovat informace o možnostech prevence poškození pacientů spojeného s poskytováním zdravotní péče. Součástí těchto aktivit je pravidelné zveřejňování tzv. Řešení bezpečnosti pacientů („Patient Safety Solutions“) (MZČR, 2013).

2.1.2. Řízení rizik a řízení kvality

Ve zdravotnických organizacích je proces zkvalitňování péče řízen dlouhodobě s cílem kontinuálně tuto kvalitu zvyšovat a současně zajistit bezpečné prostředí pro bezpečné provádění zdravotní péče. Vyhláška č. 102/2012 Sb. Zpracovává standardní postupy v řízení kvality a bezpečí pro lůžkovou i ambulantní péči, proces řízení rizik je realizován formou sledování nežádoucích událostí, auditní činností, adherence k relevantní legislativě. Procesy řízení kontinuálního zvyšování kvality a řízení rizik se navzájem prolínají (Šupšáková, 2017, s. 221).

Prolínající se funkce řízení kvality a rizik

V souvislosti s akcentací požadavků na bezpečí pacientů se v jednotlivých organizacích pod záštitou řízení kontinuálního zvyšování kvality děje vědomě i nevědomě prevence předcházení rizikům poskytování zdravotní péče v provozu zdravotnického zařízení. Cesta zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče představuje i začlenění procesu řízení a vyhledávání rizik do činnosti organizace, tak jako se to v minulosti dělo u implementace řízení kvality (Šupšáková, 2017, s. 221).

Z výše uvedené skutečnosti vyplývá, že oba procesy jsou nedílně spojeny, přičemž proces řízení kvality lze vnímat jako proces rozsáhlejší. Proces řízení rizik je pak možné považovat za součást řízení kvality. Hlavní styčné oblasti obou procesů pak představují:

- retrospektivní monitorace a hodnocení nežádoucích událostí
- auditní a kontrolní činnost
- vyřizování a řešení stížností na poskytovanou péči
- akreditační proces, resp. dodržování resortních bezpečnostních cílů

Sumárně lze tedy říct, že požadavek na kvalitu poskytované péče a především pak na její bezpečnost je současně podkladem pro proces řízení rizik, protože pojem bezpečnost v sobě proces vyhledávání a prevence možných rizik zahrnuje (Šupšáková, 2017, s. 221-228).

2.1.3. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče

Míra spokojenosti pacientů/klientů v jednotlivých oblastech ošetrovatelské péče představuje podstatnou informaci o úrovni celkové kvality v konkrétním zdravotnickém zařízení. Pacient má pro kvalitu jiná, nejen objektivní, ale především subjektivní kritéria. Kvalitu ošetrovatelské péče posuzuje zpravidla podle míry uspokojování svých potřeb v průběhu onemocnění, míry profesionální citlivosti a všímavosti sester k jeho problémům, chování a aktivity sester, úpravy jejich zevnějšku a kultivovanosti projevu (Pitrová et al., 2013).

Kvalita neznamena pouze schopnost profesionálů poskytovat „nejlepší“ péči, ale především schopnost uspokojovat všechny potřeby a očekávání pacienta/klienta. Vytvářet vhodné prostředí pro monitoring spokojenosti znamená zejména správně pochopit význam pojmu pacient/klient. Pacienta v nemocnici nemůžeme chápat pouze jako pasivního příjemce poskytované péče, ale hlavně jako aktivního účastníka procesu uzdravování (Pitrová et al., 2013).

Hospitalizovaný pacient velmi citlivě vnímá prostředí zdravotnického zařízení, jak se k němu ošetřující personál chová, jak jej léčí a ošetřuje, jak ho průběžně informuje, jak spolupracuje s ním a jeho nejbližšími příbuznými. Pacient jako klient od zdravotnických pracovníků očekává:

- Profesionální chování – samozřejmostí by mělo být představení se při prvním kontaktu, vhodné oslovování, dostatek trpělivosti.
- Humánní přístup – holistický, ne pouze medicínský přístup k jeho zdravotnímu problému. V žádném případě pacient není diagnózou.
- Empatii – ochotu a schopnost chápat a podpořit osobnost pacienta. Efektivní komunikaci – úsměv, dotyk, ochotu vyslechnout a efektivně komunikovat.
- Informovanost – poskytovat všechny potřebné informace, odpovídat na otázky.
- Respektování práv pacienta – právo na lidskou důstojnost, soukromí apod.

(Ondriová et al., 2013)

V devadesátých letech se objevuje první snaha sledovat spokojenost pacientů, ruku v ruce s tím vyvstává snaha kvalitu služeb zlepšovat. V roce 2000 přichází Sdružení fakultních nemocnic s iniciativou sjednotit monitoring spokojenosti pacientů do společné podoby, a to alespoň za fakultní nemocnice. Tato myšlenka získává podporu Ministerstva zdravotnictví a pokládá základy pro vznik projektu Kvalita očima pacientů v praxi. Cílem projektu bylo nejprve vytvořit především účinné metodické nástroje pro monitoring kvality péče, které bude možné používat komplexně, v různých typech zdravotnických zařízení (Raiter, 2015).

Příkladem měření kvality péče očima pacientů v současnosti může být projekt **Kvalita očima pacientů**, zkráceně KOP. Projekt podporovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR vznikl za účelem reagovat na projekt Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“. Zároveň vyhovuje požadavkům Evropské Unie o zavádění kontinuálního rozvoje kvality ve zdravotnictví. Měří kvalitu péče na základě zkušenosti – spokojenosti pacienta. Projekt shromažďuje pro pacienty objektivní a statisticky prokázané informace o kvalitě jednotlivých pracovišť. Proto mají pacienti lehčí přístup k poznatkům, které pracoviště si jak vede, a na jejich základě si pak snáze může vybrat. Cílem je podpořit zdravotnická zařízení v efektivním a systematickém zvyšování kvality poskytované péče a zvýšit informovanost veřejnosti o kvalitě. Projekt se člení na dvě základní části: kvalita lůžkové péče očima pacientů a kvalita ambulantní péče očima pacientů (Raiter, 2010).

Health Care Institute (HCI) je nezisková organizace, která napomáhá postupně zvyšovat kvalitu poskytované péče o pacienty v nemocnicích. Hlavní snahou organizace je diskutovat s managementem a zřizovateli nemocnic o nasazování nových manažerských přístupů, obvyklých v západní EU a USA. Health Care Institute provádí jednak celostátní porovnávání nemocnic podle rozhodujících faktorů mezi, než patří např. bezpečnost a spokojenost pacientů což vychází z principů Ministerstva zdravotnictví ČR. Dále organizace pořádá odborné konference. Musím, ale upozornit na metodiku a výsledky studií HCI, které jsou do jisté míry diskutabilní a celý projekt, tak působí komerčně. Jedná, se totiž o projekt čistě dobrovolný, čímž dochází ke zkreslení výsledků (HCI, 2013).

V rámci celostátního hodnotícího projektu „Nemocnice ČR 2017“ byly nemocnice komplexně hodnoceny ve čtyřech klíčových oblastech: Bezpečnost a spokojenost hospitalizovaných pacientů, Bezpečnost a spokojenost ambulantních pacientů, Bezpečnost a spokojenost zaměstnanců nemocnic a Finanční zdraví nemocnic. Projekt byl realizován v průběhu celého roku 2017 a bylo do něj zapojeno 155 nemocnic s akutními lůžky z celé České republiky. Absolutní vítěz projektu „Nemocnice ČR 2017“ ve všech čtyřech oblastech se stala Nemocnice Písek, a.s.. Pokračování projektu „Nemocnice ČR 2018“ v současnosti probíhá od 1. února do 31. srpna 2018 (HCI, 2013).

Odborný článek *Hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí* (Jarmila Winklerová, Darja Jarošová, 2013), který zkoumal spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na vybraných odděleních dvou nemocnic Moravskoslezského kraje. Uvádí výsledky studie, které prokázaly, že pacienti byli nejvíce spokojeni s technickými aspekty ošetrovatelské péče a nejméně s poskytováním informací. Zkoumaný soubor deskriptivní korelační studie tvořilo 507 pacientů hospitalizovaných v období od února do března 2011 na 13 lůžkových odděleních v nemocnicích Karviná-Ráj a Orlová. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník Patient Satisfaction Scale (PSS), který měří spokojenost pacientů v jedenácti položkách třech oblastí – technické/racionální aspekty, podávání informací a oblast interakce a podpory.

2.2. Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta

Jak již, bylo zmíněno v souladu s doporučením OECD z poslední revizní návštěvy v roce 2014 Ministerstvo zdravotnictví ČR, vytyčilo základní linie budoucí strategie rozvoje kvality a bezpečí zdravotní péče pro další léta, která se skládá ze čtyř bodů. Druhý bod „zvýšení zainteresovanosti na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb u veřejnosti /pacientů“ lze dále rozdělit do čtyř oblastí, mezi něž patří právě zlepšení orientace pacienta v systému zdravotních služeb a v oblasti kvality a bezpečí zdravotní péče. Na základě čehož připravilo MZČR příručku Rádce pacienta a portál kvality na webových stránkách MZČR.

Ministerstvo zdravotnictví ČR připravilo k lepší orientaci pacientů ve zdravotním systému a při kontaktu se zdravotními službami publikaci s názvem Rádce pacienta – příručka ke zlepšení bezpečí pacienta. Rádce pacienta obsahuje řadu užitečných informací a rad v oblasti komunikace se zdravotnickými pracovníky, dále doporučení, jak si zvolit lékaře či nemocnici, seznamuje s jejich právy dospělé i dětské pacienty. Příručka je podle ministerstva určena i pacientům, kteří nepracují s internetem, starším občanům, chronicky nemocným nebo rodinám s dětmi (MZČR, 2010).

Příručka Ministerstva zdravotnictví „Rádce pacienta“ navazuje na elektronickou knihu bezpečí z roku 2008 a je určena všem, kteří se chtějí lépe orientovat v systému poskytování zdravotních služeb (MZČR, 2010).

Příručku Rádce pacienta byla vydána především za účelem poskytnutí pacientům ucelené informace o tom, jak se chovat při čerpání zdravotní péče. Pacient by měl vědět, jaká má práva, dalším předpokladem je, že bude akceptovat doporučení lékařů. Publikace provází pacienta například hospitalizací. Od toho, co je dobré, aby si vzal s sebou do nemocnice, přes to, proč je dobré mluvit o svých onemocněních a opakovaně odpovídat na otázky zdravotníků. Dále příručka obsahuje informace o tom, na co má pacient upozorňovat sám, když jde na operační sál. Příručka také uvádí poučení o užívání léků a také to, na jaké informace má pacient obecně právo. Součástí publikace jsou i důležité kontakty obsahující nejen telefonní čísla a adresy ministerstva, krajských úřadů, profesních komor, zdravotních pojišťoven, ale i patientských organizací a sdružení (MZČR, 2010).

2.2.1. Popis příručky a historie vydání

Jak, již bylo, zmíněno publikace Rádce pacienta navazuje na elektronickou knihu bezpečí vydanou v roce 2008. Rádce pacienta je publikace, která má sloužit občanům/pacientům k

lepší orientaci ve světě zdravotnictví se zaměřením na poskytování zdravotních služeb. První vydání příručky Rádce pacienta vzniklo v roce 2009, rok poté Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo druhé přepracované vydání příručky. V roce 2016 vyšla zatím poslední třetí verze publikace Rádce pacienta – ke zlepšení bezpečí pacienta. Bohužel jsou dostupné pouze informace o distribuci prvního vydání příručky, kdy distribuce probíhala v krajských nemocnicích a prostřednictvím praktických lékařů pro dospělé, v termínu od 26. do 30. dubna 2010 (ČT24, 2010).

Současná příručka vznikla za odborného dohledu předního českého odborníka na kvalitu ve zdravotnictví Davida Marxe, vedoucího Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK Bohumila Seiferta, dále za spolupráce Marka Slabého, Mileny Kalvachové, Veroniky Stejskalové a Lenky Zemanové (Rádce pacienta, 2016).

Stejně jako v předchozích vydáních je jejím hlavním cílem informovat širokou veřejnost, jak se stát účinnými partnery zdravotníků při čerpání zdravotních služeb. V novém vydání příručky došlo nejen k aktualizaci důležitých rad a informací, ale došlo i k doplnění nových kapitol. Od předešlých příruček se třetí vydání liší také nejen vzhledem a grafickou úpravu, ale došlo i k úpravám některých kapitol a obsahu.

Nově v příručce můžeme nalézt informace o zřízení institutu ombudsmana pacientů přímo na Ministerstvu zdravotnictví ČR, o právech osob zdravotně znevýhodněných, specifika domácí péče a pečovatelské služby. Dále jsou v příručce nově dostupné informace, o tom jak vyjádřit cestou online dotazníků svou spokojenost s péčí praktického lékaře i ambulantního specialisty. V neposlední řadě je v příručce popsáno jak postupovat v případě, že se rozhodneme stát dárce kostní dřeně, a mnoho dalších užitečných témat včetně financování českého zdravotnictví. Do tištěné brožury si také pacienti mohou poznamenávat informace, které obdrží od zdravotníků, dále informace osobní (např. jaké užíváte léky, anamnestické údaje) apod. Ministerstvo zdravotnictví ČR připravilo Rádce pacienta 2016 také v anglickém jazyce. Anglická verze je určena především pro cizince, kteří dlouhodobě pobývají v ČR, a je volně dostupná ke stažení na webových stránkách ministerstva zdravotnictví v sekci občan/pacient Rádce pacienta (Rádce pacienta, 2016).

Rádce je určen všem, kteří se chtějí lépe orientovat ve zdravotnických zařízeních, ve zdravotnické legislativě, v problematice poskytování zdravotních služeb apod. Věřím, že jej ocení především starší občané a senioři, chronicky nemocní či rodiny s dětmi a další.

2.2.2. Obsah třetího vydání příručky Ministerstva zdravotnictví

Příručka Rádce pacienta má celkem 107 stran. Na úvod v příručce můžeme nalézt slovník základních pojmů, pro lepší orientaci veřejnosti v textu příručky, je zde uvedeno i několik zkratk a jejich vysvětlení pro laickou veřejnost. Příručka se dále skládá z devíti kapitol:

1. **Co je vlastně bezpečí pacienta** – v této kapitole je čtenář seznámen s pojmem bezpečí, a s tím jak může klient ve zdravotnickém zařízení k zvýšení bezpečnosti přispět např. dobrou informovaností.
2. **Desatero o bezpečí pacienta** – identifikace, znejte svůj zdravotní stav, upozorňujte kdykoliv je to třeba, dodržujte pravidla hry, ptejte se, vzdělávejte se, hygiena, dělejte si poznámky, vezměte si sebou doprovod, nebojte se, toto všechno je zahrnuto v kapitole desatero o bezpečí pacienta.
3. **Na co máte právo** – v této kapitole je mimo jiné popsáno kdo může nahlížet do zdravotnické dokumentace, jak často a kdy může klienta změnit svoji zdravotní pojišťovnu a lékaře, dále je zde popsáno na co máte právo jako osoba se zdravotním postižením a povinná mlčenlivost zdravotníků.
4. **Váš registrující lékař** – každý si může zvolit svého registrujícího lékaře, je zde uvedeno jaké informace, by měl váš ošetřující lékař o vás vědět, dále se tato kapitola věnuje tomu, jak poznáte, že váš ošetřující lékař poskytuje kvalitní péči a další důležité informace spojené s registrujícím lékařem.
5. **Vaše nemocnice** – v této kapitole nalezneme informace o tom podle čeho si zvolit nemocnici, co si sebou do nemocnice brát a raději nebrat, o průběhu hospitalizace, souhlasu pacienta s hospitalizací. Konec této kapitoly je věnován informacím o zdravotní dopravní službě, domácí péči, pečovatelské službě.
6. **Důležité informace** – zde je uvedeno kdy a jak volat na tísňovou linku 155, dále zásady první pomoci, preventivní prohlídky a screeningové programy, informace o sledování spokojenosti pacientů, dárcovství krev.
7. **Péče v posledním stadiu života** – tato kapitola uvádí jak postupovat v případě pohřbu, dále jsou zde uvedeny důležité informace organizace pohřbu jako např. „pohřební službu si svobodně volí pozůstalí“
8. **Důležití kontakty** – kontakty na ministerstvo zdravotnictví ČR, střediska zdravotnické záchranné služby, krajské úřady, krajské hygienické stanice, subjekty poskytující informace o kvalitě, zdravotní pojišťovny, patientské organizace a mnoho dalších.

9. Přílohy – zde je uvedena legislativa vztahující se k oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb, dále vzor informovaného souhlasu pacienta s hospitalizací a také prohlášení spojené s hospitalizací (Rádce pacienta, 2016).

2.3. Edukace

Kapitulu o edukaci jsem do své diplomové práce zařadila proto, že příručka ke zlepšení bezpečnosti pacienta – Rádce pacienta má jako hlavní cíl informovat čtenáře, jak se může stát účinným partnerem zdravotníků při čerpání zdravotních služeb. S čím úzce souvisí poskytnutí kvalitní edukace zdravotníky, ale také dostupnost srozumitelných edukačních materiálů.

Pojem edukace vznikl z latinského slova educio (educare), jehož význam je „vést vpřed“ nebo „vychovávat“. Jde tedy o výchovu a vzdělávání jedince, přičemž se tyto dvě složky edukace vzájemně prolínají a doplňují. Edukací obecně rozvíjíme vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti jedince, které jsou zhodnotitelné podle úrovně a kvality vzdělanosti jedince (Juřeníková, 2010).

Význam edukace ve zdravotnictví je velký. Měla by být součástí komplexní péče o každého pacienta. Přispívá ke zdraví jako důležitý a nenahraditelný prostředek prevence. Dále má svou roli v poučování pacientů o správném dodržování léčebného režimu. Díky edukaci tedy lze zcela předcházet zdravotním komplikacím, zmírňovat jejich dopad nebo se prostřednictvím ní navrátit ke zdraví. Významnou roli hraje edukace i v otázce zvýšení kvality života. Edukaci ve zdravotnictví nejčastěji provádí sestra (Juřeníková, 2010).

Edukační proces můžeme dělit do pěti fází. V první fázi edukačního procesu dochází k získání informací, posouzení stavu tedy k posuzování vzdělávacích potřeb, připravenosti se učit a stylu učení. Poté dochází k plánování, plán edukace je vytvořen na základě stanovených behaviorálních výstupů edukace, aby byly uspokojeny potřeby edukanta. Následuje implementace, tedy edukace s použitím konkrétních metod a nástrojů pro edukaci. Nakonec je prováděno hodnocení, stanovení behaviorálních změn ve znalostech, postoji a dovednostech (Mandysová, 2016, s. 16).

2.3.1. Edukace ve zdravotnictví

Edukace ve zdravotnictví – zdravotní výchova – se obecně zaměřuje na zvýšení celkové zdravotní uvědomělosti, popularizaci základních principů fyzické i duševní hygieny, základy zdravé výživy a zdravého životního stylu a na zdravotní prevenci. V praxi pak v konkrétních situacích se zabývá poskytováním podrobných cílených instrukcí – návody na užívání léku, dietní režim pro vybrané onemocnění, instruktáž při používání rehabilitační pomůcky, bezpečné používání léčiv, nežádoucí účinky, informace o možných interakcích mezi potravou a léčivem, informace o rehabilitačních postupech apod. (Sochorová, 2013).

Při edukaci pacientů spolupracují zdravotničtí pracovníci různých odborností, edukace pacientů přispívá k zajištění jejich větší účasti na procesu poskytování péče. Studenti nelékařských zdravotnických oborů v rámci studia absolvují i předměty specializované právě na edukační činnost, v ošetrovatelství je edukace vyčleněna samostatně jako aplikovaný obor ošetrovatelství, který se zabývá výchovou a vzděláváním klientů/pacientů, ale i zdravé populace (Sochorová, 2013).

Edukace ve zdravotnictví hraje důležitou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevenci. Měla by přispět ke zlepšení kvality života jedince, k jeho udržení či navrácení zdraví. Edukaci můžeme dělit na základní, komplexní, pokračující neboli reedukační (Juřeníková, 2010).

Na edukaci je možno pohlížet z různých úhlů. Pokud se zamyslíme nad tím, jak a kde edukace probíhá, může se jednat například o edukaci formální nebo neformální, skupinovou nebo individuální, edukaci distanční nebo prezenční a také o samostudium či informální učení (Mandysová, 2016, s. 7).

Dále zmiňuji edukační metody, mezi něž patří pro nás důležitá metoda tištěného slova. Jedná se o metodu hodně využívanou při edukaci ve zdravotnictví. Díky této metodě je možné oslovit poměrně velkou cílovou skupinu a velký význam má i pro pacienty s poruchami sluchu. Mezi formy metody tištěného slova patří např. letáky, články, brožury, knihy (Juřeníková, 2010).

Efektivní edukace tak může vyvolat pozitivní změny v oblasti poznatků, jejich pochopení ve vzájemných souvislostech a následně přinést pozitivní posun v přesvědčeních a postojích klientů/pacientů. Mezi nejčastější metody edukace patří např. přednáška, instruktáž, rozhovor, diskuze, textová publikace, vizuální edukace (Juřeníková, 2010)

Překážky při edukaci

Při edukaci pacientů je možno identifikovat celou řadu překážek, které tento proces ztěžují. Překážky se mohou lišit, zda je na ně nahlíženo z pohledu pacienta nebo sestry. Existují přitom i další objektivní faktory negativně ovlivňující proces edukace (Mandysová, 2016, s. 16).

- **Z pohledu sestry** je jedním z největších problémů nedostatek času na edukaci. Kratší hospitalizace pacientů ve srovnání s minulostí přispívá k nutnosti, aby sestry dokázaly uplatňovat zkrácenou, ale zároveň efektivní formu edukace. Mnoho sester se také necítí kompetentní nebo si nevěří, co se týče svých dovedností v oblasti edukace. V

praxi se také setkáváme s faktem, že přímá fyzická péče o pacienta bývá lékaři a administrativními pracovníky více ceněna než edukace. V současnosti bývá edukace prováděna v nevhodném prostředí, které se mnohdy vyznačuje nedostatkem místa a soukromí, hlukem a častým přerušováním z různých důvodů, čímž není možné se na edukaci soustředit.

- **Překážky z pohledu pacienta** se rovněž vyznačují nedostatkem času se učit, a to často z obdobných důvodů jako je tomu u sester. Pacient se cítí frustrován, rozčarován, což negativně ovlivňuje jeho schopnost a ochotu se učit. Stres a úzkost, spojená s akutním nebo chronickým onemocněním, kognitivní a senzorické deficity či nízká úroveň vzdělání jsou jen některé z mnoho faktorů, které negativně ovlivňují proces edukace. Projevuje se negativní vliv prostředí zdravotnického zařízení sám o sobě, ztráta soukromí, pocit izolace od světa. Navíc je zřejmé, že osobní vlastnosti pacienta mají velký vliv na to, do jaké míry je dosaženo výstupů v oblasti změny chování (Mandysová, 2016, s. 16-17).

Mezi další překážky při edukaci z pohledu pacienta, můžeme také zařadit neefektivní a nesrozumitelný edukační materiál, který pak nedokáže dostatečně plnit svou funkci a stává se pro pacienta zcela neúčinným.

Dlouhodobé udržení výsledků edukace

Pro dlouhodobé udržení výsledků edukace je žádoucí, aby obsah edukace pacientovi dával smysl, edukace by měla být dobře zorganizovaná a měla by probíhat v příjemném prostředí. Rychlost edukace by měla být přizpůsobena schopnostem pacienta zpracovat nové informace. Procvičování nových znalostí a dovedností za různých podmínek upevňuje výsledek. Poskytování pozitivní zpětné vazby je pro pacienta znamením, že dosáhl plánovaného cíle. Je důležité zajistit, aby byly nové znalosti, dovednosti a postoje přeneseny i do nového prostředí. Nesmí se přitom předpokládat, že výsledek je trvalý – je důležité změnu chování měřit i po uplynutí určité doby (Mandysová, 2016, s. 18).

2.3.2. Edukační materiály a jejich srozumitelnost

Při edukační činnosti můžeme využít materiály, které slouží k předání informací, doplnění a hlavně, tyto materiály si klient může odnést s sebou a případně v nich zpětně vyhledávat informace, které při ústním podání zapomněl, nebo nestihla zaznamenat. (Sochorová, 2013)

K dispozici je řada tištěných edukačních materiálů, které jsou vytvářeny tak, aby lékařům či zdravotníkům ušetřili práci tím, že poskytnou odpovědi na nejčastěji kladené otázky pacientů, shrnou základní informace o onemocnění, jeho léčbě, prevenci, režimových opatření apod. (Sochorová, 2013).

Jedním z faktorů ovlivňujících kvalitu edukačních materiálů pro laickou veřejnost je jejich srozumitelnost. Pokud je edukační materiál pro laickou veřejnost nesrozumitelný, jeho využití v praxi může být velmi nízké. Klient pravděpodobně nedokáže poskytované informace adekvátně zpracovat a využít je (Chamerová, 2012).

Hodnocení míry srozumitelnosti (míry obtížnosti či čtivosti) textu je možné provádět pomocí matematické analýzy textu (k čemuž není třeba přítomnosti klienta) nebo pomocí testů, kdy se srozumitelnost vybraného textu stanovuje přímo s klienty (Bastable, 2008, s. 258–260).

V zahraniční odborné literatuře se vyskytuje přes 40 metod matematické analýzy textu, tzv. „vzorců čtivosti“, např. vzorec SMOG – Simple Measure of Gobbledygook, Fog Index, Fry Readability Graph Extended a Flesch Kincaid Grade Level (Clayton, 2009, s. 2230).

Pro posouzení českého textu existuje jen několik měřítek. Mistríkův vzorec (MV), který byl vytvořen slovenským jazykovědcem Josefem Mistríkem v roce 1968. Jako jedno z mála měřítek obsahuje tzv. index opakování (I), který je ukazatelem předvídatelnosti textu. Tedy čím vyšší je I, tím vyšší je předvídatelnost textu a tím také jeho srozumitelnost. Vzorec již byl využit i v ošetřovatelské literatuře, a to např. pro hodnocení edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody (Chamerová, Mandysová, 2012).

Kromě MV byla v české odborné literatuře popsána i další měřítka, která však jsou uplatňována téměř výhradně pro analýzu učebních textů v primárním, a sekundárním vzdělávání. Příkladem je metoda německé autorky Netslerové z roku 1974, která byla v roce 1984 adaptována Průchou a v roce 1996 Pluskalem – s těmito úpravami je označována jako metoda Nestrellová – Průcha – Pluskal. Jedná se o poněkud náročnější metodu, která pracuje jednak se syntaktickou obtížností textu (průměrnou délkou vět a větných úseků), jednak s obtížností sémantickou (pojmovou). Je přitom třeba rozlišit pět druhů pojmů: běžné pojmy,

nově zaváděné odborné pojmy, faktografické pojmy, kvantitativní pojmy a opakované pojmy (Mandysová, 2016, s. 54-55).

Dále kromě měřítek a vzorců zaměřených na schopnost číst a porozumět textu a na čtivost byl v anglickém jazyce vytvořen nástroj k posouzení vhodnosti materiálu - Suitability Assessment of Material, který se zabývá tím, zda je edukační materiál vhodný pro danou skupinu edukantů (Mandysová, 2016, s. 55).

2.3.3. Současný stav výzkumu hodnotící obtížnost edukačních materiálů v České republice a zahraničí

Českých výzkumů na tuto problematiku je značně méně. Teoretické a výzkumné práce vznikají v České republice pouze ojediněle a jedná se o výzkumy, které analyzují obtížnost učebnic, nikoliv edukačních materiálů. Za české studie uvádím výzkum Chámerové a Mandysové 2012: Srozumitelnost edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody (CMP): využití Mistríkova vzorce a poslechového testu (2012). Tato studie se zabývala srozumitelností edukačních materiálů pro laickou veřejnost pomocí Mistríkova vzorce v porovnání s poslechovým testem. Výsledky výpočtu svědčí o obtížnosti EM na téma CMP, poskytovaných ve zdravotnických zařízeních laické veřejnosti.

Z výsledků poslechových testů, provedených u EM s nejvyšším a nejnižším počtem bodů dle Mistríkova vzorce, je patrné, že oba EM byly pro vzorek respondentů špatně srozumitelné – respondenti byli schopni správně odpovědět na 39 % otázek vycházejících z textu EM, který byl dle Mistríkova vzorce ohodnocen jako „nejlépe srozumitelný“, a přibližně na čtvrtinu (26 %) otázek vycházejících z textu EM ohodnoceného dle Mistríkova vzorce jako „nejhůře srozumitelný“. Jak již bylo zmíněno, Bastable (2008, s. 260) uvádí, že srozumitelnost pod 75 % znamená, že je materiál těžko srozumitelný – výsledky výzkumu jsou tedy hluboko pod touto hranicí (Chámerová, Mandysová, 2012).

V zahraničí je výzkumu edukačních materiálů věnována vysoká pozornost. Pro zajímavost jsou uvedeny některé příklady zahraničních studií. Odborný článek *Evaluation of Printed Health Materials for Patients with Heart Disease and Chronic Lung Conditions* (Jacob et al., 2016), se zabýval studií 22 různých edukačních materiálů, z nichž 10 bylo zaměřeno na srdeční onemocnění a 12 se zaměřovalo na chronické onemocnění plic. Materiály byly hodnoceny několika způsoby: Text Readability Consensus Calculator pro čitelnost textu, Materials Assessment Tool (PEMAT) pro hodnocení tištěných materiálů, tato metoda se zaměřuje na vyhodnocení a porovnání srozumitelnosti EM, Suitability of Assessment of

Materials instrument (SAM). Výsledky ukázaly, že EM byly na nevhodné úrovni. Úroveň čtení většina vyhodnocených materiálů pro vzdělávání pacientů byla vyšší než úroveň 5 třídy. Podle výsledků studie EM nesouhlasí s úrovní gramotnosti zamýšleného edukanta a mají tedy omezenou efektivnost. Písemné materiály, které nejsou vhodné, by měly být revidovány, aby poskytovaly důležité informace vhodným způsobem.

Odborný článek *Reading Grade Level and Readability of Printed Cancer Education Materials* (Singh, 2003), se zabývá úrovní srozumitelnosti edukační brožurky pro pacienty. Výsledky dokládají, že z 10 analyzovaných brožur byla polovina příliš obtížná pro běžného čtenáře. Tato polovina brožur by byla srozumitelná pouze pro čtenáře vysokoškolského vzdělání.

Další zahraniční studie *Reconstructing Readability: Recent Developments and Recommendations in the Analysis of Text Difficulty* (Rebekah George Benjamin, 2011) hodnotila účinnost metod analýzy textu. Cílem v tomto článku bylo popsat vývoj a vyhodnotit účinnost metod analýzy textu, která se objevila v posledních dvou desetiletích. Jsou zde popsány klíčové rozdíly metod a identifikace slabých a silných stránek v hodnocení obtížnosti textu.

Poslední uvedený příklad zahraniční studie: *An implementation pathway for matching education material with the literacy level of dialysis patients* (Julie E. Owen, 2009) se zabýval edukačními brožurkami v souvislosti s gramotností. V zahraniční studii byly posuzovány edukační brožury a bylo zjištěno, že až 40% populace by mohlo mít problém s porozuměním, pokud mají omezenou funkční gramotnost.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce popisuje dotazníkové šetření. Nejprve jsou uvedeny cíle práce a výzkumné otázky. Poté následuje výzkumný design, ve kterém popisují dotazník vlastní konstrukce, metodiku výzkumu a charakter souboru. Dále uvádím interpretaci a analýzu získaných dat pomocí dotazníkového šetření.

3.1. Výzkumný design

3.1.1. Cíle práce

Zjistit zda pacient lázeňského zařízení znají příručku Ministerstva zdravotnictví ČR- Rádce pacienta.

Zjistit, jak pacienti, kteří příručku znají, nebo se s ní seznámili, jí hodnotí.

3.1.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak velké množství oslovených respondentů zná příručku Rádce pacienta?

Výzkumná otázka č. 2: Liší se hodnocení příručky Rádce pacienta podle sledovaných proměnných, znalost příručky a četnost hospitalizace?

3.1.3. Výzkumný nástroj

Průzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou sběru dat pomocí nestandardizovaného, anonymního dotazníku vlastní tvorby (viz. Příloha A). Jedná se o nejrozšířenější metodu, která je jednoduchá, časově nenáročná, s relativně přesvědčivou anonymitou, a kterou lze získat velké množství informací během krátkého času a při nízkých nákladech. Výrazným negativem této metody je však riziko nízké návratnosti, které může zkreslit výsledky (Disman, 2002, s. 141–142).

Vlastní dotazník se skládá ze 17 otázek. Položky v dotazníku jsou rozděleny do tří kategorií na otázky hodnotící, otázky prověřující znalost příručky a otázky identifikační. Dotazník je tvořen převážně uzavřenými otázkami a několika málo polouzavřenými otázkami. Pro dotazníkové šetření jsem vybrala několik forem požadovaných odpovědí, u otázky č. 4 a 5 jsem zvolila položky dichotomické (např. ano – ne). Dále jsem zvolila formu polytomických položek s výběrovou odpovědí. U otázky č. 3 jsem zvolila druh výběrových položek tzv.

škálové položky. U poslední kategorie identifikačních otázek se jedná o položky zjišťující fakta, sem patří i otázky na demografii, pohlaví, věk (Chráska, 2007).

Problém návratnosti dotazníků je jeden z hlavních nedostatků, které je potřeba eliminovat. Proto je nutné zajistit co nejvyšší návratnost. Jak uvádí Rechiel (2009) je třeba dbát na vzhled dotazníku a optimální organizaci jeho distribuce. Při tvorbě vlastního dotazníku jsem proto dbala na vizuální úpravu a adekvátní délku dotazníkového šetření. Dále jsem na úvod dotazníku uvedla důvod dotazníkového šetření a krátké představení mé osoby jako autorky dotazníku. K návratnosti také přispěla osobní distribuce tištěných dotazníků, která probíhala přímo na mém pracovišti, ihned po přijetí pacienta k hospitalizaci. Návratnost kompletně vyplněných dotazníků v průzkumném šetření byla 71,25%.

Z celkového počtu 140 hospitalizovaných pacientů jsem během své služby oslovila 80 pacientů ihned při přijetí nebo posléze vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. V krabicovém boxu určeném pro sběr dotazníku bylo odevzdáno 65 dotazníků. Z toho bylo 8 dotazníků ze studie vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Dva pacienti byli ze studie vyřazeni ještě během hospitalizace z důvodu zhoršení zdravotního stavu a následného přeložení na kardiochirurgii. Celkem jsem tedy pracovala s 57 dotazníky.

3.1.4. Metodika sběru dat

Před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž pro ověření přijatelnosti formulace dotazníku pro pacienty lázeňského zařízení. Pilotáže se účastnilo 10 respondentů, kteří velmi dobře přijali předložený dotazník a otázkám dostatečně porozuměli. Po dokončení pilotáže tedy nedošlo k žádným dalším úpravám dotazníku, proto mohlo být výše zmiňovaných deset respondentů z pilotáže zařazeno do dotazníkového šetření. Pilotní sondáž proběhla v době předcházející vlastnímu výzkumu, tedy během měsíce června 2017. Cílem pilotáže bylo zjistit, zda je dotazník vlastní konstrukce pro pacienty srozumitelný, což se pilotáží potvrdilo.

Sběr dat probíhal se souhlasem lázeňského zařízení na mém pracovišti, které velmi úzce spolupracuje s kardiochirurgickými klinikami na programu rehabilitací po operacích srdce. Výzkumné šetření bylo prováděno v lázeňském hotelu, který má kapacitu 100 lůžek z toho 16 lůžek je součástí mého pracoviště zaměřeného na rehabilitaci. Pracoviště, na kterém probíhal sběr dat, má podobu jednotky intenzivní péče se základním vybavením jako je centrální monitorovací systém, defibrilátor, centrální rozvod kyslíku a také 24 hodinová přítomnost lékaře.

Na počátku dotazníkového šetření byli všichni pacienti, kteří byli hospitalizováni v průběhu mé služby na oddělení, osloveni, zda znají příručku Rádce pacienta. Pokud ano byl jim ihned předložen dotazník k vyplnění, který následně pacienti vhadzovali do zaslepeného krabicového boxu. Krabicový box byl umístěn na ambulanci, která se nacházela na stejném patře jako pracoviště, na kterém pobíhal sběr dat. Pokud pacienti příručku neznali, následoval volný rozhovor (též. neformální, nestrukturovaný) mé osoby a respondentů, kteří příručku neznali. Tento druh rozhovoru prezentuje relativně nejvyšší stupeň volnosti při dotazování. Jak uvádí Reichel (2009) otázky nejsou předem dány, vznikají během přirozené komunikace s informantem. Obsah i rozsah takovýchto rozhovorů se liší případ od případu. Následně po rozhovoru, byla příručka Rádce pacienta klientům nabídnuta k zapůjčení po celou dobu lázeňského pobytu k nahlédnutí. Spolu s příručkou pacienti obdrželi dotazník v tištěné formě, který byl pro mou potřebu označen buďto písmenem Z – znal/a příručku nebo písmenem N – neznal/a příručku Rádce pacienta. Toto označení bylo použito pro mou zpětnou kontrolu při vyhodnocování dat dotazníkového šetření. Vyplněný dotazník měli pacienti možnost vhadzovat do zaslepeného krabicového boxu, který byl umístěn na sesterské ambulanci, kterou pacienti pravidelně navštěvovali v rámci ranních vizit a ordinací.

Pro úspěch dotazníkového šetření je důležité jak uvádí Chráska (2007), aby respondenti měli záruku, že dotazníkem zjištěné skutečnosti nebudou zneužity proti nim. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla pro použití anonymních dotazníků. Anonymním dotazníkem většinou získáme pravdivější údaje, na druhé straně však anonymní dotazník může svádět k neodpovědnému vyplnění či dokonce k recesi. Anonymita dotazníkového šetření byla zajištěna zaslepeným krabicovým boxem s otvorem pro vhození vyplněného dotazníku. Získaná data byla po sběru anonymně zpracována.

Podmínkou pro zařazení pacientů do dotazníkového šetření byla hospitalizace na pracovišti během mé služby. Tuto podmínku jsem si stanovila, vzhledem k dodržení metodiky sběru dat. Přijaté pacienty jsem oslovovala osobně a poté jim předkládala dotazník. Osobní kontakt jsme zvolila protože, jsem s pacienty, kteří příručku neznali, po oslovení vedla neformální rozhovor, který měl přispět k lepší orientaci pacientů v příručce. Osobní kontakt tak přispěl k lepší vzájemné komunikaci. Dalším kritériem byla ochota oslovených pacientů spolupracovat při dotazníkovém šetření. Některé pacienty jsem oslovovala až s odstupem času, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu po přijetí k rehabilitaci. Tyto pacienty jsem poté oslovovala, až druhý den pokud souhlasili se zařazením do dotazníkového šetření.

Kritérium pro vyřazení z dotazníkového šetření byla neochota spolupracovat, neúplné vyplnění dotazníku, nebo neočekávané ukončení pobytu pro zhoršení zdravotního stavu pacienta.

3.1.5. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili pacienti indikovaní k rehabilitaci po kardiochirurgických výkonech především po operaci chlopně, aortokoronárního bypassu, operaci aorty, kteří souhlasili se zařazením do dotazníkového šetření. Pacienti jsou k rehabilitaci přeloženi z kardiochirurgické jednotky intenzivní péče obvykle pátý až desátý den po operaci. Při přijetí je každý pacient vyšetřen lékařem, je provedeno EKG (elektrokardiogram) vyšetření a spirometrie (vyšetření plic a průdušek pomocí rychlého výdechu do přístroje). Jsou provedeny potřebné laboratorní testy. Obvykle jeden až tři dny zůstává pacient na jednotce intenzivní péče, kde je možnost monitorace základních životních funkcí – tepové frekvence, krevního tlaku, EKG. Pacienti mají zprvu šetrnější pohybovou aktivitu přímo na jednotce intenzivní péče – dechová cvičení, cvičení při nízké zátěži. Základní délka pobytu je 28 dní s možností prodloužení při pomalém postupu rehabilitace.

Výzkumný soubor tvořilo 57 respondentů, z toho bylo 29 mužů a 28 žen. Respondenti byli nejčastěji ve věkové skupině 65 let a více, a nejčastěji dosahovali vzdělání střední s maturitou. Více, jak polovina respondentů uvedla, že byli hospitalizováni opakovaně, což se vzhledem k charakteru kardiologického onemocnění a věku respondentů dalo předpokládat. S tím souvisí i fakt, že většina respondentů označila svůj pobyt v lázeňském zařízení za plánovaný. Příručku rádce pacienta znalo pouze 5 respondentů z celkového počtu 57.

3.2. Analýza dat a interpretace výsledků

Následovat bude analýza dat z výzkumného šetření, které bylo realizováno během měsíců září až prosinec v roce 2017. Pro zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2013 a program STATISTICA 12. Data jsou zpracována deskriptivní statistikou do tabulek. Tuto kapitolu jsem dále rozdělila na tři podkapitoly podle kategorie otázek v dotazníkovém šetření.

Během analýzy výsledků jsem respondenty dělila do skupin podle předem stanovených proměnných. Za proměnné jsem si zvolila znalost příručky a počet hospitalizací. Z úvodního dotazování jsem zjistila, že příručku znalo pouze 5 oslovených pacientů. Jednalo se o 2 ženy a 3 muže. Až na jednu ženu, byl jejich pobyt plánovaný a hospitalizování byli opakovaně. Většina z respondentů, kteří příručku znali, dosahovala vzdělání střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání). Všichni respondenti, kteří příručku znali, byli mladší 65 let. Dva respondenti byli ve věku 35 – 44 a dva ve věkové kategorii 45 -54, jeden respondent byl ve věku 55 – 64.

Dále jsem respondenty během analýzy výsledků rozdělila podle četnosti hospitalizace na ty, co uvedli opakovanou hospitalizaci a ty co byli hospitalizováni jednou. Důvodem byl předpoklad, že pacienti, kteří uvedli opakovanou hospitalizaci, budou častěji informováni o existenci příručky Rádce pacienta vzhledem k opakovanému pobytu v nemocnici.

3.2.1. Identifikační otázky

Jak, je patrné z tabulky 1 z celkového počtu 57 respondentů bylo ve výzkumném souboru 28 (49 %) žen a 29 (51 %) mužů.

Tabulka 1 Zastoupení pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů		
Četnost	n_i	(%)
Žena	28	49
Muž	29	51
Celkem	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

V tabulce 2 je uvedeno věkové rozdělení respondentů. Respondenti nečastěji patřili do věkové kategorie 65 a více let, tuto skupinu tvořilo 25 (44 %) respondentů. Střední hodnotou věku byla kategorie 55 – 64 let, tu tvořilo 22 (39 %) respondentů. Do kategorie 15 – 24 nespadal žádný respondent.

Tabulka 2 Věkové rozložení respondentů

Věk respondentů		
četnost	n_i	(%)
15 – 24	0	0
25 – 34	1	2
35 – 44	2	3
45 – 54	7	12
55 – 64	22	39
65 a více	25	44
Celkem	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z níže uvedeného tabulky 3 vyplývá, že nejvíce 32 (56 %) respondentů dosahovalo vzdělání střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání). Vzdělání střední bez maturity mělo 21 (37 %) respondentů. Základní vzdělání měl pouze jeden respondent. Vysokoškolského vzdělání dosahovali 3 (5 %) respondenti.

Tabulka 3 Přehled dosaženého vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů		
Četnost	n_i	(%)
Základní (a bez maturity)	1	2
Střední bez maturity (s/bez výučního listu)	21	37
Střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání)	32	56
Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)	3	5
Celkem	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z celkového počtu respondentů více jak polovina 38 (67 %) respondentů byla hospitalizována opakovaně viz. tabulka 4. Jednou bylo hospitalizováno 19 (33 %) respondentů. Odpověď nikdy ne zvolil žádný respondent.

Tabulka 4 Rozdělení respondentů podle počtu hospitalizací

Počet hospitalizací		
četnost	n_i	(%)
Nikdy	0	0
Jednou	19	33
opakovaně	38	67
Celkem	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Jak ukazuje, tabulka 5 pobyt v lázeňském zařízení byl pro většinu respondentů 48 (84 %) plánovaný. Svůj pobyt za neplánovaný označilo 7 (12 %) respondentů. Pouze 2 (4 %) respondenti uvedli, možnost nedokázu určit.

Tabulka 5 Druh pobytu v lázeňském zařízení

Pobyt v lázeňském zařízení		
Četnost	n_i	(%)
Plánovaný	48	84
Neplánovaný	7	12
Nedokázu určit	2	4
Celkem	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

3.2.2. Zjišťovací otázky

První otázka dotazníku zjišťovala, jakým způsobem se respondenti, o příručce Rádce pacienta dozvěděli viz. tabulka 6. Odpovědi byli, rozděleny do kategorií média, zdravotnický personál (zn. lékař, sestra), webové stránky MZČR, jiná osoba. Respondenti mohli také zvolit odpověď jinak, která byla zařazena jako poslední, kde mohli respondenti rozepsat, jak se o příručce dozvěděli. Respondenti mohli zvolit i více možností.

Tabulka 6 Přehled způsobu seznámení respondentů s příručkou

Způsob seznámení s příručkou		
Četnost	n_i	(%)
Televize	1	2
Internet	3	5
Noviny, časopis	2	3
Sestra	52	88
Jiná osoba	1	2
Celkem	60	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Pro lepší přehlednost výsledků jsem uvedla pouze odpovědi, které byly alespoň jednou v dotazníkovém šetření zastoupeny. Vzhledem k tomu, že většina respondentů příručku neznala, tak je i z tabulky 6 patrné, že se 52 (88 %) respondentů o příručce Rádce pacienta dozvědělo od sestry, což můžeme specifikovat konkrétně od mé osoby během volného rozhovoru prováděného po přijetí pacientů k hospitalizaci na mém pracovišti. Respondenti, kteří příručku znali, se s ní seznámili nejčastěji z internetu 3 (5 %), jednalo se o muže a ženu ve věku 35 – 44 let a jednoho muže ve věku 45 – 54 let. Z novin nebo z časopisu se o příručce dozvěděli 2 (3 %) respondenti. Jeden respondent se o příručce dozvěděl v televizi, a jeden respondent byl informován jinou osobou. Všichni respondenti, kteří příručku znali, byli mladší 65 let.

Druhá otázka dotazníku byla zaměřená nato, jak respondenti hodnotí příručku Rádce pacienta. Na výběr bylo ze čtyř možností od velmi užitečná, až po není vůbec užitečná. Pro tuto otázku

jsem rozdělit respondenty podle proměnných dle znalosti příručky a počtu hospitalizací. V tabulce 7 jsou respondenti rozděleni podle počtu hospitalizací a v tabulce 8 podle znalosti příručky. V každé tabulce je uvedeno vždy srovnání s celkovým počtem respondentů.

Tabulka 7 Hodnocení užitečnosti příručky Rádce pacienta podle počtu hospitalizací

Možnosti	Jednou		Opakovaně		Celkem (n=57)	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Četnost	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Velmi užitečná	10	17	14	25	24	42
Spíše užitečná	9	16	24	42	33	58
Ne moc užitečná	0	0	0	0	0	0
Není vůbec užitečná	0	0	0	0	0	0
Celkem	19	33	38	67	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Nejprve se zaměříme nato, jak příručku hodnotili všichni respondenti dohromady. Z výše uvedené tabulky 7 vyplývá, že všichni respondenti hodnotili příručku kladně, což znamená, že zvolili možnost velmi užitečná nebo spíše užitečná. Nejvíce respondentů z celkového počtu tedy 33 (58 %) označilo příručku za spíše užitečnou.

Respondenti, kteří uvedli pouze jednu hospitalizaci, na rozdíl od druhé skupiny nejvíce volili odpověď velmi užitečná 10 (17 %).

Nikdo z oslovených respondentů nevybral odpověď ne moc užitečná nebo není vůbec užitečná.

Statistické zpracování výsledků

Pro statistické zpracování výsledků byl použit program STATISTICA 12. Pro testování hypotéz byl zvolen Fisherův exaktní test vypočítaný pomocí čtyřpolní tabulky 8. Jedná se o test, který je založen na výpočtu přesné (exaktní) pravděpodobnosti, se kterou bychom za platnosti nulové hypotézy o nezávislosti veličin X a Y získali naši konkrétní realizaci čtyřpolní tabulky. Výsledná testová statistika, respektive P -hodnota, Fisherova exaktního testu je součtem pravděpodobností menších nebo stejných jako hodnota P , která přísluší čtyřpolní tabulce sestavené na základě pozorovaných hodnot. Sčítáme tak pravděpodobnosti

možností, které jsou více nebo stejně vzdáleny od nulové hypotézy, jinými slovy tedy představují extrémnější nebo stejně extrémní variantu výsledku. Poté P -hodnotu pro rozhodnutí o platnosti nulové hypotézy srovnáme se zvolenou hladinou významnosti testu α , je-li P -hodnota testu menší než zvolené α , zamítneme nulovou hypotézu o nezávislosti veličin X a Y . Hypotéza byla testována na zvolené hladině významnosti $\alpha < 0,05$ (Chráska, 2007).

H₀: Pacienti opakovaně hospitalizovaní budou hodnotit příručku Rádce pacienta stejně, jako pacienti hospitalizovaní jednou.

H_a: Pacienti opakovaně hospitalizovaní budou hodnotit příručku Rádce pacienta lépe než pacienti hospitalizovaní jednou.

Tabulka 8 Čtyřpolní tabulka Fisherova testu

Hodnocení Příručky	Počet hospitalizací		Σ
	Jednou	Opakovaně	
Velmi užitečná	10	14	24
Spíše užitečná	9	24	33
Σ	19	38	57

Z čtyřpolní tabulky podle výpočtu Fisherova oboustranného testu dostaneme hodnotu $P = 0,27$ která je výrazně vyšší než stanovená hladina významnosti $\alpha < 0,05$. Na základě tohoto tvrzení přijmáme H_0 tzn. Pacienti opakovaně hospitalizovaní hodnotí příručku Rádce pacienta stejně, jako pacienti hospitalizovaní jednou.

Z tabulky 9 vyplývá, že všichni respondenti, kteří příručku znali 5 (9 %), ji označili, za spíše užitečnou. U respondentů, kteří příručku neznali, nejčastěji také padla odpověď spíše užitečná 28 (49%).

Tabulka 9 Hodnocení příručky rádce pacienta podle znalosti příručky

Hodnocení příručky	Znají		Neznají		Celkem (n=57)	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Velmi užitečná	0	0	24	42	24	42
Spíše užitečná	5	9	28	49	33	58
Ne moc užitečná	0	0	0	0	0	0
Není vůbec užitečná	0	0	0	0	0	0
Celkem	5	9	52	91	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Statistické zpracování výsledků

H₀: Respondenti, kteří příručku znají, jí budou hodnotit stejně jako respondenti, kteří se s ní seznámili.

H_a: Respondenti, kteří příručku znají, jí budou hodnotit lépe než, respondenti kteří se s ní seznámili.

Tuto předem stanovenou hypotézu nebylo možné testovat pomocí Fisherova exaktního testu v důsledku výskytu nulové hodnoty v čtyřpolní tabulce. Jednalo se o pacienty, kteří příručku znali, kteří jí všichni označili za spíše užitečnou tudíž v čtyřpolní tabulce vznikla nulová hodnota se kterou nelze korektně hypotézu testovat pomocí Fisherova exaktního testu. Z tabulky 9 je patrné že, všichni respondenti, kteří příručku znali, jí hodnotili za spíše užitečnou stejně jako 49% respondentů, kteří se s ní seznámili až během hospitalizace.

Další otázkou dotazníkového šetření jsem chtěla získat informace o tom, jak respondenti hodnotí jednotlivé oblasti příručky podle toho, jak je využívají viz. tabulka 10. Jednalo se o oblasti zaměřená na pacienta, ambulanci, nemoc, legislativu, záchranou zdravotnickou službu a první pomoc. Hodnocení oblastí z příručky bylo obdobné jako ve škole 1 – absolutně využil/a, 5 – vůbec nevyužil/a.

Tabulka 10 Hodnocení využití informací a kapitol z příručky

Možnosti	1 – absolutně využil/a, 5 – vůbec nevyužil/a.													
Četnost	n_i					(%)					n	Medián	Modus	Četnost modu
Hodnocení	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
Informace o Pacientovi	15	33	9	0	0	26	58	16	0	0	57	2	2	33
Informace o Ambulanci	13	32	12	0	0	23	56	21	0	0	57	2	2	32
Informace o Nemoci	15	30	12	0	0	26	53	21	0	0	57	2	2	30
Důležité informace	19	24	14	0	0	33	42	25	0	0	57	2	2	24
Informace o Legislativě	13	27	13	4	0	23	47	23	7	0	57	2	2	27

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z výše uvedené tabulky 10 je patrné, že respondenti nejčastěji hodnotili využití informací z příručky známkou 2. Znamka 2 byla tedy nejčastější hodnotou a zároveň hodnotou střední. Respondenti uvedli že, nejvíce využívají důležité informace z příručky mezi, než patří např. informace o zdravotnické záchranné službě, první pomoc, informace o prevenci atd.. Nejméně respondenti využívají informace o legislativě. Tuto možnost respondenti ohodnotili známkou 4 celkem 4 (7%). Důvodem malého využití informací o legislativě, může být jednak vyšší věk respondentů, ale také forma informací o legislativě uvedených v příručce. V příručce nalezneme pouze vypsané zákony vztahující se k oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb. Čtvrtá otázka v dotazníkovém šetření, zjišťovala, zda respondentům chyběla nějaká oblast v příručce Rádce pacienta a pokud ano tak měli možnost rozepsat jaká. V této otázce všichni respondenti uvedli, že jim v příručce žádná oblast nechyběla.

Další otázkou z dotazníkového šetření jsem chtěla zjistit, zda by respondenti příručku doporučili jiným osobám či blízkým. Na výběr bylo pouze ze dvou možností ano, ne. I v tomto případě jsem rozdělila respondenty do dvou skupin podle počtu hospitalizací viz. tabulka 11 a znalosti příručky viz. tabulka 12.

Tabulka 11 Četnost odpovědí respondentů na doporučení příručky ostatním pacientům či blízkým dle počtu hospitalizací

Možnosti	Jednou		Opakovaně		Celkem (n=57)	
Četnost	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ano	17	30	38	67	55	97
Ne	2	3	0	0	2	3
Celkem	19	33	38	67	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z výše uvedené tabulky 11 vyplývá, že většina respondentů 55 (97 %), by příručku doporučila svým blízkým a jiným osobám či ostatním pacientům. Pouze 2 (3 %) respondenti uvedli, že by příručku nedoporučili. Oba respondenti, kteří uvedli, že by příručku nedoporučili, příručku neznali a o její existenci se tak dozvěděli od sestry. Jednalo se o muže ve věkové kategorii 65 a více let s dosaženým vzděláním střední s maturitou. Oba respondenti byli hospitalizováni jednou a jejich pobyt v lázeňském zařízení byl plánovaný. Ani jednomu z těchto dvou respondentů v příručce nechyběla žádná oblast a příručku hodnotili za velmi užitečnou a spíše užitečnou.

Všichni respondenti 38 (67 %), kteří byli hospitalizováni opakovaně, by příručku doporučili jiným osobám a blízkým.

Tabulka 12 Četnost odpovědí respondentů na doporučení příručky jiným osobám dle znalosti příručky

Možnosti	Znají		Neznají		Celkem (n=57)	
Četnost	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ano	5	9	50	88	55	96
Ne	0	0	2	4	2	4
Celkem	5	9	52	91	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z tabulky 12 vyplývá že, všichni respondenti 5 (9 %), kteří příručku znali, by jí doporučili. Z druhé skupiny respondentů by jí doporučilo respondentů 50 (96 %). Pouze 2 respondenti (4 %) z druhé skupiny, tedy těch respondentů, kteří ji neznali, by jí nedoporučili jiným osobám.

Otázkou číslo 6 byla zaměřená nato, jaký typ informací respondenti nejčastěji vyhledávají v souvislosti se svým zdravotním stavem. Na výběr bylo z šesti možností, které zahrnovali informace o zdravotnických zařízeních, o prevenci a očkování, o nemocech, o zdravotním pojištění, o legislativě a v neposlední řadě mohli respondenti zvolit možnost jiné informace. Respondenti měli možnost zvolit i více odpovědi.

Tabulka 13 Přehled nejčastěji vyhledávaných informací respondenty

Typ informací		
Četnost	n_i	%
Informace o zdravotnických zařízeních	38	30
Informace o prevenci a očkování	28	22
Informace o nemocech	50	40
Informace o zdravotním pojištění	1	1
Informace o legislativě	0	0
Jiné informace	9	7
Celkem odpovědí	126	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z výše uvedené tabulky 13 je patrné, že nejvíce respondentů 50 (40 %) nejčastěji vyhledává informace o nemocech (příznaky, léčba atd.). Druhé nejvíce vyhledávané informace byly informace o zdravotnických zařízeních, ty označilo 38 (30 %) respondentů. Pouze jeden respondent uvedl, že vyhledává informace o zdravotním pojištění. Nikdo z respondentů nevedl, že vyhledává informace o legislativě.

Další otázkou jsem zjišťovala, zda jsou pacienti spokojeni s tím, jak se zdravotníci v našem lázeňském zařízení zajímají o jejich zdravotní stav. Respondenti měli na výběr ze čtyř možností a opět byli rozděleni do skupin dle proměnných.

Tabulka 14 Spokojenost respondentů v lázeňském zařízení

Hospitalizace	Jednou		Opakovaně		Celkem (n=57)	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ano, vždy	14	24	26	46	40	70
Spíše ano	5	9	11	19	16	28
Spíše ne	0	0	1	2	1	2
Ne, nikdy	0	0	0	0	0	0
Celkem	19	33	38	67	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Většina 40 (70 %) z celkového počtu respondentů, byla vždy spokojená s tím, jak se zdravotníci zajímají o jejich zdravotní stav. Odpověď ano vždy, byl nejčastěji volená i u respondentů hospitalizovaných jednou 14 (24 %) a respondentů hospitalizovaných opakovaně 26 (46 %). Pouze 1 (2 %) respondent uvedl, že spokojen spíše není. Tento respondent také uvedl v otázce 9, že se necítí v našem lázeňském zařízení bezpečně. Jednalo se p muže ve věku 35 – 44 let s dosaženým vzděláním střední bez maturity. Jeho pobyt v lázeňském zařízení byl plánovaný a hospitalizovaný byl opakovaně. Dále respondent uvedl, že vždy upozorní personál v případě, že mu jeho postup připadá nesprávný a, že se nikdy nebojí zeptat, pokud mu informace nejsou srozumitelné. Příručku Rádce pacienta znal a hodnotil ji za spíše užitečnou, také uvedl, že by ji doporučil jiným osobám.

Další otázka patří mezi otázky, kterými jsem chtěla zjistit, jak se pacienti v našem lázeňském zařízení zapojují do kontroly kvality poskytované péče viz. tabulka 15. A to tak, zda upozorní ošetřující personál v případě, že jim jeho postup připadá nesprávný (např. personál si neumyje ruce, nenavlékne nové rukavice atd.). Respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí od, ano, vždy upozorním ošetřující personál až po ne, nikdy neupozorním.

Tabulka 15 Zapojení respondentů do kontroly kvality poskytované péče

Hospitalizace	Jednou		Opakovaně		Celkem (n=57)	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ano, vždy	2	4	5	9	7	13
Spíše ano	13	23	18	32	31	54
Spíše ne	4	7	15	26	19	33
Ne, nikdy	0	0	0	0	0	0
Celkem	19	33	38	67	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z tabulky 15 je patrné, že z celkového počtu respondentů zvolilo 31 (54 %) odpověď spíše ano. Druhá nejpočetnější skupina respondentů 19 (33 %) uvedla, že spíše neupozorní ošetřující personál. Pouze 7 (13 %) respondentů uvedlo, že upozorní vždy. Nikdo z respondentů nevedl, že ošetřující personál nikdy neupozorní.

Otázka č. 9 patří také mezi otázky, kterými jsem zjišťovala, zda se pacienti aktivně zapojují do kontroly kvality poskytované péče.

Tabulka 16 Četnost odpovědí respondentů na otázku zaměřenou na aktivní zapojení pacientů do kontroly kvality poskytované péče

Možnosti	Jednou		Opakovaně		Celkem (n=57)	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ne, nikdy se nebojím	10	17	22	39	32	56
Spíše ne	8	14	15	26	23	40
Spíše ano	1	2	1	2	2	4
Ano, vždy se bojím	0	0	0	0	0	0
Celkem	19	33	38	67	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

V otázce č. 9 jsem se ptala, zda se respondenti nebojí zeptat, kdykoliv jim nejsou informace poskytnuté od zdravotnického personálu (sester, lékařů, fyzioterapeutek) jasné a srozumitelné. Tabulka 16 uvádí, že většina respondentů se nebojí zeptat, pokud jsou jim informace od zdravotníků nesrozumitelné. Pouze 2 (4 %) uvedlo, že se spíše bojí zeptat, pokud jim nejsou informace od zdravotníku jasné, nebo jsou nesrozumitelné.

Další otázkou v dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, zda se pacienti cítí bezpečně v našem lázeňském zařízení. Na výběr bylo pouze ze dvou možností odpovědí ano, ne.

Tabulka 17 Četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 10

Možnosti	Četnost	
	n_i	(%)
Ano	56	98
Ne	1	2
Celkem	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Jak ukazuje tabulka 17 většina respondentů tedy 56 (98 %) se cítí v našem lázeňském zařízení bezpečně. Pouze jeden respondent muž ve věku 35 - 44 let uvedl, že se v našem lázeňském zařízení bezpečně necítí. Jednalo se o respondenta, který uvedl, že spíše není spokojen s tím, jak se zdravotníci zajímají o jeho zdravotní stav. Muž byl hospitalizován opakovaně a jeho pobyt v lázeňském zařízení byl plánovaný.

3.2.3. Otázky hodnotící orientaci respondentů v příručce

První otázkou z této kategorie jsem chtěla zjistit, jak se respondenti orientují v příručce. V otázce, jsem se ptala, za jakých okolností mají respondenti právo změnit svého ošetřujícího lékaře, pakliže nejsou s jeho péčí spokojeni. Správná odpověď byla ano s tříměsíčním odstupem. Pro lepší přehlednost výsledků jsem rozdělila respondenty na dvě skupiny dle proměnné znalost příručky a vpravo jsem uvedla porovnání s celkovým počtem respondentů tabulka 18.

Tabulka 18 Orientace respondentů v příručce otázka č. 11

Možnosti	Znají		Neznají		Celkem	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ano, ihned	5	9	19	33	24	42
Ano, s tříměsíčním odstupem	0	0	26	46	26	46
Nevím, je to komplikované	0	0	7	12	7	12
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	5	9	52	91	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Z výše uvedené tabulky 18 vyplývá, že pouze 26 (46 %) respondentů odpovědělo správně. Zajímavé je, že všech 26 respondentů spadalo do skupiny respondentů, kteří příručku před oslovením a volným rozhovorem neznali. Všech 5 (9 %) respondentů, kteří příručku znali, uvedlo odpověď ano ihned, která byla špatně. Odpověď ano ihned zvolilo i 19 respondentů, kteří příručku neznali. Celkem 7 (12 %) respondentů uvedlo odpověď, nevím je to moc komplikované, všichni tito respondenti spadali do kategorie respondentů, kteří příručku neznali.

Druhá otázka z této kategorie je také jako předchozí zaměřená na hodnocení orientace respondentů v příručce. V otázce jsem se ptala, zda se pacienti domnívají, že mají právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Na výběr měli respondenti ze tří možností, správná odpověď byla ano, můžu si ji vybrat sám/a. I v tomto případě jsem respondenty

rozdělila do dvou skupiny, dle proměnné znalost příručky a zároveň jsem v tabulce 19 uvedla porovnání s celkovým počtem respondentů.

Tabulka 19 Orientace respondentů v příručce otázka č. 12

Možnosti	znají		Neznají		celkem	
	n_i	(%)	n_i	(%)	n_i	(%)
Ano, můžu si ji vybrat sám/a	4	7	27	47	31	54
Ano, i případě, že mě tam odváží rychlá záchranná služba	1	2	16	28	17	30
Ne, řídí se to podle spádové oblasti (okres)	0	0	9	16	9	16
Celkem	5	9	52	91	57	100

Vysvětlivky: n_i – absolutní četnost

Pokud se zaměříme pouze na správnou odpověď, je z tabulky 19 patrné, že správně odpovědělo celkem 31 (54 %) respondentů. Respondentů, kteří příručku neznali, odpovědělo správně celkem 27 (47 %). Z respondentů, kteří příručku znali, odpověděli dobře 4 (7 %) respondenti a pouze jeden respondent zvolil špatnou odpověď, což je podstatný rozdíl oproti předchozí otázce, kde všichni respondenti, kteří příručku znali, odpověděli špatně.

4 Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, zda pacienti v lázeňském zařízení znají příručku Rádce pacienta vydanou v roce 2016 Ministerstvem zdravotnictví ČR. Dalším cílem bylo zjistit, jak ji respondenti hodnotí.

Výzkumný soubor tvořili pacienti s onemocněním srdce, po kardiochirurgických operacím prováděných převážně ve velkých fakultních nemocnicích, kteří byli indikováni k rehabilitaci. Pacienti jsou k rehabilitaci přeloženi z kardiochirurgické jednotky intenzivní péče obvykle pátý den po operaci. Překlad do lázeňského zařízení je pro mnoho pacientů náročný, vzhledem k tomu že jsou pacienti převáženi rychlou záchrannou službou, cesta může trvat i několik hodin. Z tohoto důvodu, dochází u pacientů, v některých případech po přijetí do lázeňského zařízení k nevolnosti a celkové slabosti. Pacienti obvykle zůstávají jeden až tři dny na jednotce intenzivní péče, kde je možnost monitorace základních životních funkcí – tepové frekvence, krevního tlaku, EKG. Pacienti mají zprvu šetrnější pohybovou aktivitu přímo na jednotce intenzivní péče – dechová cvičení, cvičení při nízké zátěži. Základní délka pobytu je 28 dní s možností prodloužení při pomalém postupu rehabilitace.

Jelikož soubor respondentů tvořili pacienti, kteří podstoupili operaci srdce většinou ve fakultní, nebo krajské nemocnici předpokládala jsem, že budou o příručce Rádce pacienta informováni. Což ses v dotazníkovém šetření nepotvrdilo. Dalším předpokladem informovanosti pacientů o příručce byla většinou opakovaná hospitalizace a plánované přijetí k rehabilitaci. Dále také fakt, že se jednalo již o třetí vydání příručky Rádce pacienta. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že příručku Rádce pacienta neznala ani desetina z celkového počtu respondentů i přesto, že první příručka Rádce pacienta vyšla již v roce 2009 (MZČR, 2010).

Vzhledem k nízké informovanosti pacientů o existenci příručky jsem se zabývala otázkou dostupnosti a distribuce příručky Rádce pacienta v tištěné podobě. Podle informací, které jsem obdržela přímo z MZČR z oddělení se styku s veřejností, třetí vydání příručky Rádce pacienta vyšlo v nákladu 50 000 kusů, z toho vyšlo 40 000 kusů v českém jazyce a 10 000 kusů v angličtině. Jednalo se o poloviční počet výtisků oproti prvnímu vydání příručky v roce 2009, kdy příručka vyšla v nákladu 100 tisíc publikací (Meduna, 2018).

Příručka byla distribuována do všech fakultních nemocnic, krajských nemocnic, na zdravotní odbory Krajských úřadů, dále také do vybraných patientských organizací a na zdravotní pojišťovny. Dalo by se tedy předpokládat, že pacienti hospitalizovaní ve fakultních

nemocnicích, především ti co byli hospitalizováni opakovaně, budou o příručce Rádce pacienta informováni. Dále je příručka v tištěné podobě na přání pacientů dostupná k vyzvednutí přímo na recepci MZČR. Příručka je také dostupná online ke stažení na stránkách MZČR: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/radce-pacienta_2898_29.html.

Národní registr hospitalizovaných evidoval v roce 2016 celkem 2 369 tisíc ukončených případů hospitalizace a meziroční pokles činil 13,8 tisíc případů (0,6 %). Průměrný denní stav léčených pacientů v lůžkovém zdravotnickém zařízení činil 55,8 tisíc osob. Nemocnic se v roce 2016 týkalo 94,3 % všech hospitalizací. Konkrétně ve fakultních nemocnicích činil průměrný denní stav pacientů 8 616 osob (ÚZIS, 2016). Zde bychom se měli zamyslet nad tím, zda v porovnání počtu hospitalizací a průměrného stavu pacientů ve fakultních nemocnicích je 40 000 tištěných příruček Rádce pacienta dostatečné množství.

Otázkou zůstává, proč je informovanost pacientů lázeňského zařízení, kteří byli hospitalizováni ve fakultních a krajských nemocnicích o příručce tak nízká. V dostupných zdrojích, kterými jsou vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče jsem nenalezla žádné informace o povinnosti zdravotnických zařízení seznamovat pacienty s příručkou Rádce pacienta. V akreditačních standardech pro nemocnice z roku 2014, jsou pouze uvedené informace o zavedení účinného systému edukace pacientů a jejich blízkých a o vzájemné spolupráci pracovníků nemocnice při edukaci pacienta (SAK ČR, 2014).

Dalším důvodem nízké informovanosti o existenci příručky mohou být vnitřní faktory pacienta. Mezi tyto důvody můžeme řadit např. pacienty, kteří nejsou aktivní na internetu, jelikož je momentálně příručka dostupná převážně online ke stažení. Dalším z těchto důvodů může být psychický stav pacienta při přijetí do nemocnice. Přijetí do nemocnice je narušen běžný způsob života, nutnost podřízení se nemocničnímu režimu, do jisté míry ztráta soukromí, bolest. Reakce může být různá dle typu osobnosti, schopnost adaptovat se, povahy onemocnění. Na pacienty je kladen velký tlak v podobě vyšetření, předkládání souhlasů s hospitalizací, kladení otázek během ošetřovatelské anamnézy a mnoho dalších faktorů, které mohou mít vliv na vnímání pacienta během hospitalizace (Tondorvá, 2010).

Během dotazníkového šetření na mém pracovišti se ukázalo, že nejen pacienti ale ani zdravotnický personál (tzn. sestry, lékař, fyzioterapeut) nejsou informováni o existenci příručky Rádce pacienta. Toto zjištění nebylo záměrem diplomové práce, ale jedná se o významný ukazatel neinformovanosti o existenci příručky rádce pacienta. V důsledku tohoto

zjištění by bylo adekvátní vytvořit stálou reklamní kampaň, která bude průběžně informovat širokou veřejnost o existenci příručky za využití médií např. televizní reklamy, rádia atd.

Navzdory tomu, že pacienti příručku většinou neznali a byli o její existenci informováni až během volného rozhovoru semnou ji všichni respondenti hodnotili kladně, tedy za velmi užitečnou nebo spíše užitečnou. S tím souvisí i fakt, že se při statistickém testování hypotézy nepotvrdil, významný rozdíl mezi hodnocením příručky u respondentů rozdělených dle proměnných tzn. počtu hospitalizací a znalosti příručky. Všichni respondenti, kteří příručku znali, ji hodnotili za spíše užitečnou stejně jako většina respondentů, kteří byli hospitalizováni opakovaně. Respondentům v příručce nechyběla žádná oblast a všichni respondenti, kteří ji znali, uvedli, že by jí doporučili jiným osobám či blízkým. Pouze dva respondenti, kteří příručku neznali, by jí nedoporučili. Jednalo se o muže ve věku 65 a více let.

V dotazníkovém šetření, byly zařazeny i dvě otázky prověřující orientace pacientů v příručce. Jednalo se o otázky č. 11 a 12 v dotazníkovém šetření. Dotazníkové šetření ukázalo, že všichni respondenti, kteří příručku znali, na otázku č. 11 prověřující orientaci v příručce odpověděli špatně. Všichni vybrali odpověď, že mohou změnit registrujícího lékaře ihned, což není správně. Ve druhé otázce prověřující orientaci v příručce, která se týkala výběru zdravotnického zařízení, odpověděl špatně pouze jeden respondent, který příručku znal. U respondentů, kteří příručku neznali vždy více, jak polovina zvolila správnou odpověď. Na tento fakt mohl mít vliv volný rozhovor vedený s respondenty, kteří příručku neznali za účelem seznámení se základními kapitolami a informacemi z příručky. Všichni respondenti měli možnost si příručku zapůjčit k nahlédnutí po celou dobu hospitalizace.

Dále jsem se zajímala, jak respondenti hodnotí jednotlivé oblasti z příručky. Jako nejužitečnější hodnotili důležité informace (např. zdravotnická záchranná služba, první pomoc, prevence atd.). Respondenti uvedli, že nejméně využívají informace o legislativě, což může být způsobeno charakterem výzkumného souboru, jelikož se jednalo převážně o pacienty ve věkové kategorii 65 a více let. Dále mohlo být důvodem nízkého využití těchto informací pouhý seznam legislativy vztahující se k oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb uvedený v příloze příručky.

Za limit své diplomové práce bych uvedla, především to, že skupinu respondentů tvořili pacienti z jednoho lázeňského zařízení. Tohoto faktu jsem si zcela vědoma, proto se výsledek dotazníkového šetření nedá zobecňovat na všechny pacienty. Na druhou stranu se jednalo o pacienty překládané z velkých především fakultních nemocnic, kam byla příručka

distribučována, takže předpoklad, že pacienti budou příručku znát, byl zcela reálný. Vzhledem k výsledkům z mého výzkumného šetření bych do praxe doporučila hlubší prozkoumání informovanosti jak pacientů tak zdravotníků o existenci příručky Rádce pacienta. Dále bych doporučila se zaměřit konkrétně na distribuci příručky přímo k pacientům. Není totiž jasné, zda mají zdravotnická zařízení povinnost pacienty o příručce informovat. Proto bych doporučila provést výzkum v akreditované nemocnici na reprezentativním souboru respondentů.

5 Závěr

V diplomové práci jsem zkoumala, zda pacienti hospitalizovaní v lázeňském zařízení znají příručku Rádce pacienta. Dále jsem se zabývala tím, jak pacienti příručku hodnotí a zda jim připadá užitečná. Ke sběru dat jsem použila dotazník vlastní konstrukce, který jsem osobně rozdávala na svém pracovišti. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že většina oslovených respondentů příručku neznala. Respondenty, kteří příručku neznali, jsem o její existenci informovala během volného rozhovoru po přijetí k hospitalizaci. Respondenti měli možnost zapůjčení příručky po celou dobu pobytu.

Ve své práci jsem srovnávala hodnocení příručky podle předem stanovených proměnných znalost příručky a četnost hospitalizace. Všichni respondenti hodnotili příručku kladně, tedy za spíše užitečnou nebo užitečnou. Statistickým testováním hypotéz podle Fisherova oboustranného testu se nepotvrdil statisticky významný rozdíl v hodnocení příručky u respondentů rozdělených dle počtu hospitalizací. Z toho vyplývá, že pacienti hospitalizovaní jednou a opakovaně hodnotili příručku stejně, a to za spíše užitečnou. Všichni respondenti, kteří příručku znali, jí hodnotili také za spíše užitečnou.

Respondenti nejčastěji z příručky využívali informace o pacientovi mezi, které patří informace o identifikaci, zdravotním stavu, doprovodu atd. Nejméně respondenti využívají informace o legislativě uvedené v příloze příručky. Informace o legistově zároveň patřili mezi informace, které respondenti v souvislosti se zdravotním stavem nejméně vyhledávali.

Hlavním přínosem práce je základní přehled informovanosti pacientů konkrétního zdravotnického zařízení o příručce Rádce pacienta. Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že znalost příručky je mezi pacienty velmi nízká. Na druhou stranu je příručky pacienty hodnocená kladně a většina respondentů by jí doporučila ostatním pacientům či blízkým osobám. Bylo by vhodné se dále zabývat tím, jaká je informovanost o příručce mezi pacienty velkých fakultních a krajských nemocnic kam byla příručky přímo distribuována MZČR.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Knižní zdroje

BASTABLE, Susan. B. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett, 2008, 667 s. ISBN 978-0-7637-4643-8.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Dotisk 3. vydání Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.

CHRÁSTKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Grada Publishing, a.s., 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. ISBN 80-701-3442-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

MADAR, Jiří et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.

MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016, 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.

PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 5. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-226-0456-5.

Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta. Vydání třetí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. ISBN 978-80-85047-52-3.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing, a.s., 2009, 192 s. ISBN 978-247-3006-6.

SOCHOROVÁ, Hana. *Příprava edukačních materiálů pro klienty se smyslovým postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7368-964-3.

ŠKRLA Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. první. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.

ŠVARCOVÁ, Jena et al. *Ekonomie: stručný přehled*. Zlín: CEED, 2005. 295 s. ISBN 80-903433-1-7.

Články

BENJAMIN, R. G. Reconstructing Readability: Recent Developments and Recommendations in the Analysis of Text Difficulty. *Educational Psychology Review* [online]. 2012 [cit. 2018-01-4]. ISSN: 1040-726X. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=3be36115-50074a749af1757c43a55b7%40sessionmgr112&hid=122&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=71284164>

CLAYTON, L. H. Development and psychometric properties of a tool to evaluate material used in patient education. *Journal of Advanced Nursing*. 2009, 65(10), 2229–2238. [cit. 2018-02-10]. ISSN 1365-2648.

CHAMEROVÁ, Radka a Petra MANDYSOVÁ. Srozumitelnost edukačních materiálů na téma cévní mozkové příhody: využití Mistříkova vzorce a poslechového testu. *Profese – online*. 2012, 1(5), 11-15. ISSN 1803-4330.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Anna, HUDÁKOVÁ a Matilda, PAVELKOVÁ. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra* [online]. 2013, 1 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686>

OWEN, J. E. An implementation pathway for matching education material with the literacy level of dialysis patients. *Renal Soc Ausrealas* [on-line]. 2009 [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=3be36115-5007-4a749af71757c43a55b7%40sessionmgr112&hid=122&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010492037>. ISSN 1832-3804.

PITROVÁ, Martina, Eva, HLAVÁČKOVÁ a Lucie, KROUTILOVÁ. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. *Sestra* [online]. 2013, **6** [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-pecce-jako-indikator-spokojenosti-pacientu-470799>

POKOJOVÁ, Radka. Nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, **22**(7-8), 13. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka. Řízení rizik. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, **21**(1), 29-30. ISSN 1210-0404.

POKOJOVÁ, Radka. Stručný pohled do systému kvality. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, **20**(7-8), 34-35. ISSN 1210-0404.

SINGH, J. Reading Grade Level and Readability of Printed Cancer Education Materials. *Oncology Nursing Forum* [on-line]. 2013 [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=7af8e00ea4a0426d9f63cf6956fbc0c%40sessionmgr4004&hid=4104&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2003134939>. ISSN 0190-535x.

THOMAS, Eric J. a Laura A. PETERSEN. Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2003 [cit. 2018-01-02]. ISSN: 0884-8734. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1046/j.1525-1497.2003.20147.x>.

WINKLEROVÁ, Jana a Dana, JAROŠOVÁ. Hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí. *Profese online: recenzovaný časopis pro zdravotnické obory*. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě. 2013, **4**(2), 36 – 40. ISSN 1803-4330.

Elektronické zdroje

ČT24. Domáci. Ministerstvo vydalo příručku pro větší informovanost pacientů[online]. 2010 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1341126-ministerstvo-vydalo-prirucku-pro-vetsi-informovanost-pacientu>

HEALTHCARE INSTITUT. O nás. *Zvyšování kvality, bezpečnosti a efektivity ve zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z:<http://www.hc-institute.org/cz/o-nas.html>

HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče: etiologie, epidemiologie a aktuální mezinárodní situace* [online]. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Praha. ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/dokumenty/Teoreticky_uvod_NU.pdf

KVALITA OČIMA PACIENTŮ *Hodnocení nemocnic* [online]. 2015 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>.

MEDUNA, Kateřina. *Re: příručka Rádce pacienta* [e-mailová komunikace]. 13. dubna 2018, 10:53 CET [cit. 2018-04-14]. Osobní komunikace.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Tiskové zprávy [online]. 2010 [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-publikaci-radce-pacienta-ktera-prispeje-k-lepsi-orientaci-pacientu-pri-kontaktu-se-zdravotnimi-sluzbami_3478_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb [online]. 2016 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Indikátory kvality zdravotní péče [online]. 2013 [cit. 2018 – 03 - 13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/indikatory-kvality-zdravotni-pece_2907_29.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Spolupráce s OECD [online]. 2013 [cit. 2018 – 03 - 13]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/spoluprace-s-oecd_2861_29.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Spolupráce s WHO [online]. 2013 [cit. 2018 – 03 - 13]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/spoluprace-s-who_2862_29.html

RAITER, Tomáš. O projektu: *Kvalita očima pacientů: Hodnocení nemocnic* [online]. 2015 [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Oprojektu.html>.

SAK – Spojená akreditační komise ČR. SAK ČR [online]. 2010 [cit. 2018-03-28]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2010/ministerstvo-zdravotnictvi-vydalo-radce-pacienta-.69/>

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, o. p. s. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3 vyd. Praha: SAK, o. p. s, TIGIS, spol. s r. o., 2014, 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05. [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

STAPRO. Ukazatele kvality ve zdravotnictví [online]. 2016 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.stapro.cz/ukazatele-kvality-ve-zdravotnictvi/>

TORVADOVÁ, Irena. *Adaptace nemocného na hospitalizaci*. [online] 2016 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Adaptace.pdf

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS ČR a kraje [online]. 2010 – 2013 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: [<http://www.uzis.cz/cr-kraje>].

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS ČR a kraje [online]. 2014 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Odbor analýz, publikací a externí spolupráce. *Klasifikace nežádoucích událostí* [online]. 2013 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: [file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/Klasifikace_nezadoucich_udalosti_20130315%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/U%C5%BEivatel/Downloads/Klasifikace_nezadoucich_udalosti_20130315%20(4).pdf)].

7 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník vlastní konstrukce

Příloha B – emailová korespondence s MZČR

Anonymní dotazník

Dobrý den vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s dotazníkem, jehož cílem je zjistit informovanost pacientů o příručce vydávané Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZ ČR) s názvem: „Rádce pacienta“. Jmenuji se Magdalena Nezbedová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia na fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Vyplněním dotazníku poskytnete důležitou zpětnou vazbu tvůrcům příručky. Zároveň mně získané poznatky o informovanosti pacientů v této problematice poslouží jako podklad pro vypracování diplomové práce na téma: „Rádce pacienta – příručka MZ ČR určená pacientům.“

Dotazník je anonymní, prosím Vás tímto o pravdivé a upřímné vyjádření Vašich názorů, postřehů a mínění o problematice. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a jeho vyplnění budu považovat za vyjádření souhlasu s výše uvedeným.

Při vyplňování tiskopisu prosím zakroužkujte vždy pouze jednu vámi zvolenou variantu, není-li uvedeno u dané otázky jinak.

1. Jakým způsobem jste se o příručce „Rádce pacienta“ dozvěděl/a? (vyberte i více možností)

- a) Z médií: televize internet rádio noviny, časopisy
- b) Od zdravotnického personálu: lékař sestra
- c) Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví české republiky
- d) Byl/a jsem informován/a jinou osobou (blízcí, přátelé, ostatní pacienti)
- e) Jinak, jak doplňte:

2. Příručka „Rádce pacienta“ je podle vašeho mínění?

- a) Velmi užitečná
- b) Spíše užitečná
- c) Ne moc užitečná
- d) Není vůbec užitečná

3. Jakou celkovou známkou byste ohodnotil/a informace z jednotlivých oblastí/kapitol, podle toho, jak jste je využil/a? (1 = absolutně využil/a, 5 = vůbec nevyužil/a – jako ve škole)

a) Informace o pacientovi (totožnost, zdravotní stav, doprovod atd.)

1 2 3 4 5

b) Informace o ambulanci (registrace, registrující lékař, odborný lékař atd.)

1 2 3 4 5

c) Informace o nemocnici (příjem, průběh hospitalizace, propuštění atd.)

1 2 3 4 5

d) Důležité informace (zdravotnická záchranná služba, první pomoc, prevence atd.)

1 2 3 4 5

e) Informace o legislativě (informovaný souhlas, práva pacientů, práva dětí, zákony atd.)

1 2 3 4 5

4. Chyběla Vám v příručce nějaká oblast (typ informace) a pokud ano, prosím popište?

a) Ne

b) Ano, prosím popište:.....

.....

5. Doporučil/a byste příručku „Radce pacienta“ jiným osobám, pacientům a blízkým?

a) Ano

b) Ne

6. Jaký typ informací v souvislosti se zdravotním stavem nejčastěji vyhledáváte?(vyberte i více možností)

a) Informace o zdravotnických zařízeních

b) Informace o prevenci a očkování

c) Informace o nemocech (příznaky, léčba atd.)

d) Informace o zdravotním pojištění

e) Informace o legislativě (ve zdravotnictví)

f) Jiné informace

7. **Jste spokojený/á s tím, jak se zdravotníci v našem zdravotnickém zařízení zajímají o váš zdravotní stav?**
- a) Ano, vždy
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, nikdy
8. **Upozorníte ošetřující personál v případě, když Vám jeho postup připadá nesprávný (např. personál si neumyje ruce, nenavlékne si nové rukavice atd.)?**
- a) Ano, vždy
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, nikdy
9. **Nebojíte se zeptat, kdykoliv vám není něco jasné, nebo jsou informace od zdravotníků nesrozumitelné?**
- a) Ne, nikdy se nebojím
 - b) Spíše ne
 - c) Spíše ano
 - d) Ano, vždy se bojím
10. **Cítíte se v našem lázeňském zařízení bezpečně?**
- a) ano
 - b) ne
11. **Domníváte se, že pokud nejste s péčí svého registrujícího lékaře (všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, gynekolog) spokojeni, máte právo jej změnit?**
- a) Ano, ihned
 - b) Ano, s tříměsíčním odstupem
 - c) Nevím, je to komplikované
 - d) Ne
12. **Domníváte se, že máte právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice)?**

- a) Ano, můžu si ji vybrat sám/a
- b) Ano, i v případě, že mě tam odváží rychlá záchranná služba
- c) Ne, řídí se to podle spádové oblasti (okres)

13. Jste?

- a) Žena
- b) Muž

14. Jaký je Váš věk?

- a) 15-24
- b) 25-34
- c) 35-44
- d) 45-54
- e) 55-64
- f) 65 a více

15. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní (a bez vzdělání)
- b) Střední bez maturity (s/bez výučního listu)
- c) Střední s maturitou (a vyšší odborné vzdělání)
- d) Vysokoškolské (bakalářské, magisterské, doktorandské)

16. Kolikrát jste v minulosti byl/a hospitalizován/a v nemocnici?

- a) Nikdy
- b) Jednou
- c) Opakovaně

17. Váš pobyt v našem zařízení je?

- a) Plánovaný
- b) Neplánovaný
- c) Nedokážu určit

Děkuji Vám za ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníků!!!

Příloha B – emailová korespondence s MZČR

Dobrý den, paní Nezbedová,

Rádce pacienta vyšel v nákladu 50.000 ks (40.000 ks CZ + 10.000 ks ANJ)

Distribuován byl do všech fakultních nemocnic, krajských nemocnic, na zdravotní odbory Krajských úřadů, dále také do vybraných patientských organizací a na zdravotní pojišťovny.

Na přání pacientů taktéž Rádce předáváme osobně na recepci MZ.

S pozdravem

Kateřina Meduna

oddělení styku s veřejností

Odbor komunikace s veřejností

Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2

tel.: +420 224 972 944

mobil: +420 602 206 767

e-mail: katerina.meduna@mzcr.cz, www.mzcr.cz