

Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu rodiny

Lucie Strokoszová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie STROKOSZOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu rodiny.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:

V teoretické části studentka vypracuje soubor informací o kvalitě ošetrovatelské péče.

Zpracování praktické části:

V praktické části studentka stanoví cíle výzkumného šetření, formuluje hypotézy a vypracuje podklady k výzkumnému šetření.

Závěr bakalářské práce:

V závěru bakalářské práce studentka získaná data analyzuje a na základě zjištěných skutečností navrhne možná doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

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

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

JOBÁNKOVÁ, M., a kol. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.

MADAR, J., a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Bc. Miroslava Karkošková**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **12. ledna 2009**

Ve Zlíně dne 30. listopadu 2008



L.S.


prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan


Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem „Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu rodiny“ je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části se zaměřuji na vysvětlení základních pojmů, které se vztahují ke kvalitě zdravotní péče. Dále svou pozornost věnuji systémovým modelům kvality a akreditačnímu šetření. Podrobněji rozebírám jeden z uvedených modelů a to Model Kontinuálního zvyšování kvality. Zabývám se také jednotlivými možnostmi měření kvality ošetrovatelské péče. V předposlední kapitole se věnuji významu rodiny v péči o nemocného člena rodiny a poslední kapitola je věnována komunikaci, která je důležitým aspektem kvalitní ošetrovatelské péče.

V praktické části prostřednictvím analýzy dat získaných dotazníkovým šetřením zjišťuji, jak rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů kvalitu ošetrovatelské péče hodnotí a v čem konkrétně tuto kvalitu spatřují. V závěru práce jsou vyhodnoceny cíle a hypotézy.

Klíčová slova: kvalita péče, systémové modely kvality, akreditace, Model Kontinuálního zvyšování kvality, indikátory, standardy, audit, rodina, komunikace

ABSTRACT

The thesis named „The Quality of Nursing Care from the Family Point of View“ is divided into theoretical and practical part.

In the theoretical part I concentrate on the explanation of basic terms, which are associated with the quality of nursing care. My attention is also focused on the systematic models of quality and accredited examination. I analyse one of the models mentioned in more detail, and that is the Model of Continuous Quality Increase. I also deal with the individual possibilities of measuring the quality of nursing care. In the second last chapter, I address the significance of a family in the care of a sick family member and the last chapter is dedicated to communication, which is an important aspect of a quality nursing care.

In the practical part, via the analysis of data obtained by questionnaire inquiry, I discover how the quality of nursing care is perceived by family members of hospitalized patients. The goals and hypothesis are evaluated in the conclusion of the thesis.

Keywords: quality of care, systems models of quality, accreditation, Model of continual increases in quality, indicators, standards, audit, family, communication

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a citace jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům a byla citována podle platných norem.

Ve Zlíně 12. 1. 2009

.....

Lucie Strokoszová

Touto cestou bych chtěla poděkovat vrchní sestře **Bc. Miroslavě Karkoškové** za velkou podporu, trpělivost a za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a informací při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat vedení Krajské nemocnice T. Bati a. s. ve Zlíně za umožnění dotazníkové šetření a všem zdravotním sestřám interní kliniky za jejich spolupráci při realizaci dotazníkového šetření. Děkuji všem respondentům za jejich ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníků.

Děkuji své rodině, která mi byla oporou, a všem, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na zpracování mé bakalářské práce.

Ve Zlíně 12. 1. 2009

.....

Lucie Strokoszová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE	12
1.1 DEFINICE KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	12
1.2 SYSTÉM KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	12
1.3 CO JE KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ?	13
1.4 CO JE KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE?.....	14
1.5 CO JE KVALITA ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB?.....	14
2 SYSTÉMOVÉ MODELY KVALITY	16
2.1 NORMA ISO	16
2.2 MODEL SAK-ČR	17
2.3 MODEL EFQM	17
2.4 MODEL TQM	18
2.5 MODEL KONTINUÁLNÍHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY	18
3 JAKÉ JSOU VZTAHY MEZI JEDNOTLIVÝMI MODELY ŘÍZENÍ KVALITY?	19
4 IMPLEMENTACE SYSTÉMŮ KVALITY	20
4.1 INOVACE	20
4.2 INOVAČNÍ TEORIE	20
4.3 INOVAČNÍ PROCES	20
5 ZÁKLADNÍ POSTUPY PŘI ROZVOJI MANAGEMENTU KVALITY	21
6 AKREDITACE	22
6.1 DEFINICE AKREDITACE	22
6.2 HISTORIE AKREDITACÍ	22
6.3 FILOZOFIE AKREDITAČNÍHO PROCESU	22
6.4 VÝHODY AKREDITACE.....	22
7 MODEL KONTINUÁLNÍHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY	24
7.1 DEFINICE PROGRAMU KZK	24
7.2 PRINCIP PROGRAMU KZK.....	24
7.3 PERSPEKTIVY KVALITY	24
7.4 DIMENZE KVALITY.....	25
7.4.1 Dimenze kvality dle programu KZK.....	25

7.5	POHLEDY NA KVALITU	26
8	NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	27
8.1	INDIKÁTORY KVALITY	27
8.1.1	Definice indikátorů kvality.....	27
8.1.2	Druhy indikátorů	27
8.1.3	Smysl indikátorů kvality	29
8.2	STANDARDY KVALITY PÉČE.....	29
8.2.1	Definice standardu.....	29
8.2.2	Kritéria standardu	29
8.3	AUDIT.....	30
8.3.1	Definice auditu	30
8.3.2	Zdravotnický audit	31
8.3.3	Ošetrovatelský audit	31
9	RODINA	33
9.1	RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO NEMOCNÉHO	33
9.1.1	„Nemocná rodina“	33
9.1.2	Kontakt nemocného s rodinou.....	34
9.1.3	Komunikace s rodinou	34
10	KOMUNIKACE JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST KVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	35
10.1	DEFINICE KOMUNIKACE.....	35
10.2	DRUHY KOMUNIKACE.....	35
10.2.1	Verbální komunikace	35
10.2.2	Neverbální komunikace.....	35
10.3	ZÁKLADNÍ METODY KOMUNIKACE.....	35
10.4	DRUHY PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE	37
10.5	KRITÉRIA ÚSPĚŠNÉ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	37
10.6	PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
11	METODIKA PRÁCE.....	41
11.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	41
11.2	FORMULACE CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	41
11.3	METODY PRÁCE.....	42
11.3.1	Dotazník	42
11.3.2	Formy položek v dotazníku.....	43
11.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	44
11.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	44
11.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	45
12	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	46

12.1	VYHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK DOTAZNÍKU.....	46
12.2	VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ	75
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM TABULEK.....	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	85

ÚVOD

Onemocněním člena rodiny se rodina dostává do krize, která může výrazně ovlivnit její fungování. Naruší se rodinná pohoda, role a povinnosti nemocného člena rodiny se přesunují na ostatní členy nebo zůstávají nezastoupené. Během nemoci pacient hledá oporu a pomoc u svých nejbližších a jejich reakce a rady mají při jeho rozhodování a jednání velký význam. Dříve měla rodina větší vliv a zájem o péči, dnes je vytlačena do pozadí. Veškerá péče o nemocné je v dnešní společnosti přenesena na zdravotnické zařízení s mizivou spoluúčastí rodiny a často i samotného pacienta. Je třeba si však uvědomit, že úlohu rodiny nenahradí žádná instituce.

Pro kvalitní využití rodiny ve prospěch pacienta, je zcela nezbytná úzká spolupráce zdravotníků, rodinných příslušníků a pacienta. Mnohé funkce rodiny převzala nemocnice, ale rodině zůstává funkce podpůrná. Většina příbuzných má zájem přispět k uzdravení nebo zlepšení kvality života, a proto by sestry i lékaři měli rodinu brát jako rovnocenného partnera v péči o jejich člena rodiny. [1, 27]

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

1.1 Definice kvality zdravotní péče

Kvalita je intuitivně vnímaný pojem, který lze jen těžko jednoznačně definovat. Existuje celá řada definic, vztahujících se ke kvalitě zdravotní péče, avšak žádná z nich není doposud univerzální.

Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“ (Gladkij, 1999, s. 12)

Podle novější definice (WHO 1982) je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje a v souladu s ekonomickými možnostmi. [7,8]

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.“ (Gladkij, 1999, s. 12)

Kvalita péče je dynamický pojem s mnoha rozměry. Její definice závisí jak na pohledu osoby, která ji definuje, tak na kontextu společenského a organizačního prostředí. Definice kvality se mění při vzniku a přijetí nových poznatků, proto se musíme ptát z čí perspektivy je nazírána, na jakých hodnotách je založena a z jakých znalostí a zdrojů pramení. [8]

1.2 Systém kvality ve zdravotnictví

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Systém kvality zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní péči a zdravotnické služby. (Gladkij, 2003, s. 289)

Podstatou celého systému kvality je pomáhat zdravotnickým institucím naplňovat žádoucí kvalitativní cíle jejich poslání. Jedná se o metodu, která má zabezpečovat dostatečnou spolehlivost, že proces nebo určitá služba naplní požadavky komplexního pojetí její kvality.

Abychom dosáhli úspěšného rozvoje kvality ve zdravotnictví, je zapotřebí vyvíjet snahu o rozvoj kvality a o rozvoj efektivnosti. V rozvoji kvality je neméně důležité stanovit včasné a objektivní definice cílů, vnitřních problémů a podstatného prostředí pro účinné zlepšování systémů. [7]

Cíle systému kvality:

- *zlepšování kvality péče, poskytované podle potřeb a požadavků všech klientů - zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života, zvyšování spokojenosti obyvatelstva*
- *omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přídavné náklady za špatně provedené služby nebo výkon* [7]

Systém kvality jednotlivé instituce či zařízení ovlivňuje v souhrnu i kvalitu celého systému zdravotnictví, jehož cílem je dosažení co nejlepší úrovně péče o zdraví. (Gladkij, 2003, s. 291)

1.3 Co je kvalita ve zdravotnictví?

Kvalita zdravotnictví může být definována jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe. (Gladkij, 2003, s. 292)

Kvalita se týká celé soustavy zdravotnictví, tedy:

- *Zákonodárných a exekutivních orgánů*, které vytvářejí obecný rámec pro dosažitelnou úroveň poskytované zdravotní péče.
- *Všech zdravotnických pracovníků a jednotlivých zdravotnických pracovišť*, které poskytují své výkony (služby) konkrétním pacientům a klientům v primární, sekundární i terciální sféře zdravotnictví.
- *Obyvatelstva a konkrétních pacientů* – zejména v rámci komunikace a spolupráce. (Gladkij, 2003, s. 291)

1.4 Co je kvalita zdravotní péče?

Kvalitu zdravotní péče můžeme definovat jako stupeň, v němž poskytovaná péče zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků. [7]

Kvalita zdravotní péče obsahuje tři vzájemně spjaté prvky (dle Donabediana):

- a. *Strukturu péče* – jedná se o souhrn zdrojů a podmínek péče.
- b. *Vlastní proces* – týká se např. diagnostických a léčebných postupů, jednání zdravotnických pracovníků s pacienty atd.
- c. *Výstupy* – týkají se např. počtů provedených vyšetření a ošetření, a *výsledky péče* – týkají se např. neonemocnění v důsledku specifické prevence vzniku nemoci, podílu vyléčených a zlepšených pacientů atd. (Gladkij, 2003, s. 293)

Zajištění kvality zdravotní péče je proces, který se skládá z definování kvality, určení indikátorů, či kritérií struktury, procesu a výsledku péče, specifikace standardizovaných metod pro měření indikátorů a kritérií, institucionalizace a ustanovení programů zajištění kvality, monitorování činností, plánování a implementace intervencí k řešení problémů, vyhodnocení intervencí. [7]

1.5 Co je kvalita zdravotnických služeb?

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je charakterizována těmito kritérii:

- *Účinnost*
- *Dostupnost a včasnost*
- *Bezpečnost*
- *Přiměřenost zdravotnímu stavu*
- *Soustavnost a návaznost*
- *Přijatelnost pro pacienty*

- *Ekonomická efektivnost vznikající dodržováním jednoty medicínské a ekonomické racionality* (Gladkij, 2003, s. 292)

Abychom mohli vyjádřit různorodé nároky na kvalitu zdravotnických služeb, je nezbytné vybrat více znaků kvality a ty vymezit jako standardní hlediska definování kvality pro různé typy i úrovně zdravotnických služeb. Pokud správně a vhodně definujeme jednotlivé znaky kvality, umožní nám to: *rovnatelné určení požadavků, srovnávání jejich naplnění standardy a normami i hodnocení různorodých prvků soustavy zdravotnictví „stejným měřidlem“, a srovnání dynamiky těchto jevů.*

Základním a přitom jednoduchým principem kvality poskytovaných zdravotnických služeb je: *„Konat správně věci ve správném čase, a to již napoprvé.“* [7, 25]

2 SYSTÉMOVÉ MODELY KVALITY

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby/péči a zároveň očekávají, že zdravotnická zařízení budou schopna kdykoli předložit důkazy o kvalitě jimi poskytované léčebné a ošetrovatelské péče.

V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality, avšak narůstající fenomén globalizace vyžaduje, aby standardizace probíhala na mezinárodní úrovni.

Ve světě již existuje několik systémových modelů, které se zabývají řízením, zajišťováním a zvyšováním kvality zdravotní péče. [25]

Systémové modely kvality lze rozdělit do 4 základních kategorií:

1. **Modely systémů řízení kvality:** *Mezinárodní organizace pro normalizaci – ISO*
2. **Modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů:** *JCAHO, JCIA, SAK-ČR*
3. **Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů:** *ISQua, ALPHA*
4. **Modely excellence – světové ceny za kvalitu:** *Baldrige, EFQM, Six Sigma*

V našich zdravotnických zařízeních se začínají implementovat do praxe pouze některé systémové modely řízení kvality. Nejrozšířenějším modelem v České republice je norma ISO, SAK-ČR, TQM. [25]

2.1 Norma ISO

Termín ISO označuje **Mezinárodní organizaci pro standardizaci**, *The International Organization for Standardization*. Organizace ISO byla založena v roce 1947 v Ženevě s cílem vytvářet technické standardy takřka ve všech průmyslových odvětvích.

Norma ISO má několik sérií. Série zabývající se standardizací kvality (ISO 9000, ISO 9001, ISO 9004) byly v roce 2000 přebudovány a dnes jsou známy pod pojmem ISO 9001:2000. Tato série ISO 9001:2000 je zaměřena na procesy, zákazníka, způsob vedení

dokumentace, zaměstnance a na TQM. ISO 9001:2000 je zaměřeno na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek ve výkonu.

Filosofii ISO je poskytovat všem zákazníkům stejné služby a produkty za všech okolností a vždy. Certifikace nepřikazuje, jaký systém kvality organizace musí mít, zjišťuje pouze, zda smysluplný, funkční systém zajišťování kvality v organizace existuje. Získání certifikace ISO 9001:2000 znamená, že organizace byla prošetřena a bylo zjištěno, že má systém managementu, který zajišťuje důslednost a spolehlivost.

Norma ISO je nejrozšířenějším modelem zejména v laboratořích, nemocničních kuchyních, centrálních sterilizacích. [18, 25]

2.2 Model SAK-ČR

Spojená akreditační komise České republiky vznikla kolem roku 1997 v Praze na základě snahy vytvořit mechanismus, který by přispěl ke snížení vysoké variability mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Jedná se o zájmové sdružení právnických osob, které v roce 1998 vydalo padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. Tyto akreditační standardy byly MZ ČR vydány jako metodický pokyn.

V rámci své akreditační činnosti realizuje SAK-ČR ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají, tzv. „akreditační šetření“ s cílem zjistit „shodu“ mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení. Prokáže-li se shoda, SAK-ČR udělí tomuto zdravotnickému zařízení akreditační certifikát, jehož platnost je 2 až 3 roky. [18, 25]

2.3 Model EFQM

The European Foundation for Quality Management neboli **Evropská nadace pro řízení kvality** byla založena v roce 1988 čtrnácti významnými evropskými podniky. EFQM sídlí v Bruselu a jejím posláním je stimulovat a vést organizace v EU ke kvalitě s pomocí programu **TQM** (*Total Quality Management*), tedy prosazovat TQM v evropských organizacích.

EFQM poskytuje ve svém modelu strategickou osnovu a kritéria pro řízení organizace. Ve svém modelu kvality se zabývá pěti **podpůrnými faktory** (*vedení, politika a strategie,*

zaměstnanci, zdroje a partnerství, procesy) a čtyřmi **výslednými faktory** (*spokojenost zákazníků, zaměstnanců a společnosti a excelence v klíčových výsledcích výkonnosti*).

Model EFQM vede jednotlivé organizace k pravidelnému sebehodnocení v těchto definovaných oblastech a následnému kontinuálnímu zvyšování kvality. Organizace, která splní požadavky programu může získat Evropskou cenu za kvalitu. [18, 25]

2.4 Model TQM

Total Quality Management vzniklo na základě zkušeností amerických a japonských firem, které se zaměřují na zabezpečování kvality, kladou velký důraz na kontinuální zlepšování v oblasti kvality. Celkové řízení kvality je koncipováno tak, aby fungovalo maximálně efektivně a výkonně, s pokud možno nejnižšími náklady a maximálním využitím lidských a materiálních zdrojů ve všech oblastech, které je tvoří.

Mezi hlavní principy strategie TQM v systému zdravotní péče patří: *zaměření na uživatele péče, klienty-pacienty, týmová spolupráce, odstranění profesionálních bariér a řízení lidských zdrojů*.

Výsledným cílem TQM je transformace celého systému zdravotní péče tak, aby personál, služby a veškeré ostatní činnosti byly zaměřeny na uspokojování potřeb klientů. [18]

2.5 Model Kontinuálního zvyšování kvality

Model Kontinuálního zvyšování kvality vychází ze základů modelu TQM a uplatňuje jeho základní principy. Jedná se o stejnou věc, avšak v České republice se ujal název Model Kontinuálního zvyšování kvality, i když ve světové literatuře stále převládá pojem TQM. Příčinou je to, že MZ ČR v roce 1998 (Věstník MZ ČR) formálně uvedlo ve své koncepci zvyšování kvality ve zdravotnictví pojem kontinuální zvyšování kvality. Tomuto modelu se podrobněji věnuji v kapitole 7.

3 JAKÉ JSOU VZTAHY MEZI JEDNOTLIVÝMI MODELY ŘÍZENÍ KVALITY?

Mezi jednotlivými modely řízení kvality péče nejsou podstatné rozdíly, vzájemně se nevyklučují, spíše se navzájem doplňují. Základním stavebním kamenem je norma ISO 9001 a její základní principy, které jsou zaměřené na standardizaci dokumentace, efektivních procesech a lidech, na nápravě a zjišťování chyb. Na tomto základu jsou vybudované modely KZK, EFQM, akreditace SAK-ČR, které rozvíjí základní normu ISO 9001:2000.

Systemové modely řízení kvality přináší do oblasti zdravotnictví nové přístupy, změny v chování a postojích lidí v organizaci. Management zdravotnického zařízení, který se rozhodne pro proces změny se zaváděním některého ze systému kvality musí počítat s přirozeným odporem lidí v organizaci a se snahou některých lidí udržet si „status quo“.

Management kvality přináší v praxi mnoho pozitivních změn, které mají velký vliv na lepší výsledky prevence a léčení obyvatel. Řízená kvalita zlepšuje poskytované služby, které vedou k větší spokojenosti klientů a zaměstnanců. V nemalé míře přináší řízení kvality také zlepšování diagnostických a terapeutických procesů a tím i zlepšení hospodářského výsledků daného zdravotnického zařízení. [6, 7, 25]

4 IMPLEMENTACE SYSTÉMŮ KVALITY

Implementace systémů kvality představuje ve zdravotnických zařízeních relativně nový přístup a může být chápána jako proces komplexní inovace. Formální inovace jako soustavná praxe je doposud vnímána jako něco nového, nebývalého, a to jak jedinci, tak i některými institucemi.

Implementace systému kvality závisí z hlediska inovační teorie na připravenosti manažerů a odborných pracovníků implementovat inovaci. [7]

4.1 Inovace

Inovace se rozumí lepší postupy než stávající praxe, zejména takové, které jsou konzistentní s existujícími hodnotami, minulými zkušenostmi a současnými potřebami, jsou v určitém rozsahu přístupné experimentu, produkuje viditelné výsledky a jejich implementace nebude působit mimořádné problémy. [7]

4.2 Inovační teorie

Inovační teorie popisuje vývojová stádia, které sleduje organizace v průběhu implementace inovací. [7]

4.3 Inovační proces

Inovační proces se skládá ze čtyř stádií:

1. **Iniciační stádium** – orientace a uvědomění si, v čem spočívá funkce inovace, jak funguje a uvědomění si, že změna systému je potřebná.
2. **Plánování a příprava změn**
3. **Implementace projektů** – na začátku je inovace použita nejprve experimentálně, následuje...
4. **Implementace v celé šíři organizace či instituce a prosazení změn** – na konci je inovace vtělena do pravidelných činností instituce či organizace. [7]

5 ZÁKLADNÍ POSTUPY PŘI ROZVOJI MANAGEMENTU KVALITY

Základní postupy při zlepšování kvality se opírají o klasické manažerské postupy:

- *definice cílů kvality,*
- *dokumentace údajů a informací,*
- *analýza výsledků,*
- *kontinuální sledování a kontrola, zda jsou dosahovány vytčené cíle,*
- *stálé přizpůsobování cílů a postupů korigujícím opatřením.* (Gladkij, 2003, s. 308)

Implementace programů zaměřených na zlepšování kvality zahrnuje:

- **vymezení problému** – rozdílů mezi tím, co a jak se dosud dělá a mezi tím, co a jak by bylo žádoucí dělat,
- **stanovení způsobu řešení** – hledání programu řešení, který by tento rozdíl zmenšil nebo eliminoval,
- **realizaci** – zavedení programu v rámci instituce,
- **institucionalizaci** – přijetí programu jako běžné činnosti v instituci. [7, 8]

Hlavním bodem při implementaci a použití rozsáhlého systému řízení kvality je nové chápání vedoucích úloh řídicích pracovníků. Je jejich úkolem, aby proces kontinuálního zlepšování kvality uvedli do pohybu, implementovali ho a řídili. V neposlední řadě je důležité, aby vedoucí pracovníci působili na své spolupracovníky v roli příkladu. Jen tak lze předpokládat rozvoj aktivit i u ostatních. [7]

6 AKREDITACE

6.1 Definice akreditace

Akreditace je pojem, který se odvozuje od latinského slova „credere“, což znamená důvěřovat. Volně přeloženo akreditace znamenají „důvěryhodné prokázání způsobilosti“. [25]

6.2 Historie akreditací

Historie akreditací je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče. Důraz na kvalitu a zájem o její rozvoj se v jednotlivých zemích rozvíjel různou rychlostí a způsobem. V oblasti zdravotnictví se začaly nové iniciativy v managementu kvality realizovat kolem roku 1976, kdy v USA došlo k založení „Spojené komise pro akreditaci“. Tato akreditační komise vytvořila první ucelený soubor standardů a určila počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok. [25]

6.3 Filozofie akreditačního procesu

Akreditace neboli akreditační řízení představuje proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů.

Akreditace se zaměřuje zejména na vyhodnocování procesů a výstupů a v posledních několika letech klade také důraz na bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. Akreditační program je iniciován nezávislými asociacemi/komisemi.

Akreditační tým, který provádí akreditační šetření daného zdravotnického zařízení, získává informace o kvalitě provozu auditem zdravotnické dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Akreditační šetření probíhá 2-3 dny a končí získáním akreditačního certifikátu, který se uděluje na období 2-3 let. [25]

6.4 Výhody akreditace

Akreditační proces definuje rozsah a obsah programu kontinuálního zvyšování kvality, bez kterého je řízení a provozování zdravotnických zařízení téměř nemyslitelné.

- **Pro zdravotnická zařízení:** akreditační proces přináší standardy, jejichž přijetí a realizace snižuje variabilitu mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními a zlepšuje kvalitu a kontinuitu péče.
- **Pro uživatele (pacienty):** akreditace je pro pacienty určitou zárukou, že zdravotnické zařízení splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče.
- **Pro plátce (zdravotnické pojišťovny):** akreditace znamená, že finanční prostředky vyplácené za služby/péči pro jejich klienty jsou investovány v instituci, která má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb.
- **Pro komunitu/obec:** akreditace poskytuje určitou záruku, že zdravotnická zařízení poskytují vysoce kvalitní zdravotní péči.

V ekonomicky vyspělých zemích jsou akreditace preferovaným modelem trvalého jištění standardizace, kvality a bezpečnosti léčebné a ošetrovatelské péče. Akreditace by měla usnadnit zdravotnickému zařízení sledovat svůj výkon a kontinuálně jej zvyšovat. [25]

7 MODEL KONTINUÁLNÍHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY

7.1 Definice programu KZK

Program KZK se řídí filozofií, která podporuje uspokojování potřeb pacienta s co nejmenším úsilím a nejnižšími náklady na potřebné zdroje. Aplikuje do praxe strukturované procesy, které kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty poskytované péče.

Jedná se o systematické a důsledné využívání několika univerzálních principů a prověřených nástrojů kvality v rámci zdravotnického zařízení a o participaci všech jejích zaměstnanců. [25]

7.2 Princip programu KZK

Model programu KZK je složitý proces, který však můžeme vyjádřit jednoduchým schématem. Pracuje na velmi jednoduchém postupu, který autor označuje jako **4P Model programu kontinuálního zvyšování kvality** a spočívá **1. v plánování** – v této fázi je podstatné určit změny, které chceme pro oddělení a klienty provést, **2. ve vlastní realizaci** – v této fázi volíme způsob, kterým chceme určené změny zavést, **3. ve vyhodnocování** – uskutečněné změny je důležité překontrolovat za použití nastavených kontrolních mechanismů a přemýšlet o dalším zlepšení v poskytování ošetrovatelské péče, tedy **4. pokračovat** v procesu zlepšování kvality péče. [25]

PLÁNUJTE – PROVEĎTE – PŘEKONTROLUJTE – POKRAČUJTE

7.3 Perspektivy kvality

Prostřednictvím modelu KZK se na kvalitu můžeme dívat z několika perspektiv:

- 1. Perspektiva lékařského a ošetrovatelského personálu** – kvalitní vyhodnocování stavu klienta, terapeutická a diagnostická péče o klienta, spolupráce v multidisciplinárním týmu, uspokojování převážně medicínských potřeb.
- 2. Perspektiva klienta** – spokojenost s poskytovanými službami, respekt, úcta či empatie členů terapeutického a ošetrovatelského týmu v přístupu k nemocnému.

3. *Perspektiva výstupů* – ptáme se, jestli došlo ke zlepšení pacientova zdravotního stavu nebo kvality jeho života. (Škrlovi, 2003, s. 18)

Kvalita péče je v moderním modelu zdravotnictví řízena třemi pravidly:

- *Kvalita znamená splnění určitých požadavků.*
- *O požadavcích rozhoduje pacient nebo jiný zainteresovaný zákazník.*
- *Požadavky/nároky na zdravotní péči se neustále zvyšují.* (Škrlovi, 2003, s. 18)

7.4 Dimenze kvality

Program KZK se zabývá kvalitou v různých dimenzích. Autor srovnává kvalitu k vybroušenému diamantu, na který se můžeme dívat z různých úhlů pohledu a hodnotit tak jeho kvalitu podle mnoha kritérií.

7.4.1 Dimenze kvality dle programu KZK

- **Bezpečnost** – možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena.
- **Kompetence** – znalosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky.
- **Přijatelnost** – veškerá péče a služby jsou přijatelné pro klienty a odpovídají jejich požadavkům.
- **Efektivnost** – péče, služby, zákroky a veškeré procedury mají za účel dosažení očekávaných výsledků.
- **Vhodnost** – veškerá péče a služby jsou vhodné, relevantní vůči potřebám klientů a jsou založeny na uznávaných standardech.
- **Ekonomičnost** – očekávaných výsledků je dosaženo s nejekonomičtějším využitím zdrojů.
- **Dostupnost** – možnost klienta získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem.
- **Kontinuita** – schopnost nabízet nepřerušované, koordinované služby překračující bariéry programů, oddělení, lékařů a organizací, návazné v prostoru a čase tzv. „bezešvou péčí“.

- **Včasnost** – stupeň, v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější.
- **Přiměřenost** – péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta.
- **Úcta a vnímavost** – stupeň zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů. [8, 25]

Dalo by se říci, že program KZK ve svých dimenzích bere v úvahu pohled managementu na kvalitu poskytovaných služeb, ale rovněž vychází z potřeb klientů.

7.5 Pohledy na kvalitu

Model KZK se dívá na kvalitu z pohledu:

- **Produktu** – rentgenové snímky, jídlo, léky, prádlo, spotřební zdravotnický materiál, zdravotnická dokumentace.
- **Péče/služby** – rehabilitace, diagnostické služby, ošetrovatelská péče, lékařská péče, odběry krve, chování.
- **Kvalifikace zaměstnanců** – lékaři, sestry, ostatní zaměstnanci, dodavatelé.
- **Prostředí** – budovy, osvětlení, hluk, parková úprava, nábytek, pracovní prostředí. (Škrlovi, 2003, s. 19)

V tomto procesu zlepšování kvality poskytované péče si musíme uvědomit, že program KZK není zaměřen na dosažení neměnných, pevně stanovených cílů, ale na kontinuální zlepšování kvality. Nikdy nemůžeme dosáhnout té nejvyšší úrovně kvality, neboť tento proces nikdy nekončí. Vždy lze něco zlepšovat a zdokonalovat. [25]

8 NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

8.1 Indikátory kvality

Kvalitní ošetrovatelskou péčí si dnes již nelze představit bez efektivního využívání výsledků indikátorů kvality. V komplexním programu kontinuálního zvyšování kvality péče mají indikátory kvality své nezastupitelné místo.

Indikátory kvality jsou vytvářeny odborníky na základě odborné expertízy a odborné literatury. Musí být jednoznačně definovány, aby byly použitelné k měření úrovně poskytované péče. Indikátory jsou podrobně definované míry kvality zdravotní péče a jsou určeny před začátkem měření kvality péče. [8, 25]

8.1.1 Definice indikátorů kvality

Indikátory kvality jsou ve své podstatě měřitelná kritéria, která se vždy s něčím porovnávají, např. s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem, a ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu, směrnice či požadavku dosaženo.

Indikátory kvality by měly být objektivní, validní a konzistentní, aby je bylo možné použít pro opakované měření. Jsou to v podstatě jakési výstražné signály, které nás mohou včas varovat o tom, že něco není v pořádku. Jsou tedy smysluplné, protože nám něco říkají o kvalitě, avšak nejsou neomylné. Mohou být zaměřené na negativní a pozitivní jevy.

Indikátory mohou být použity k hodnocení, monitorování a porovnávání kvality, dále k určení potenciálních problémů v každé ze tří hlavních oblastí kvality: struktura, proces, výsledek. Lze je označit jako jednoduché nástroje, které využíváme k tomu, abychom určili oblasti zdravotní péče, které vyžadují podrobnější prozkoumání. [8, 25]

8.1.2 Druhy indikátorů

1. Indikátory vztahu/poměru neboli **poměrové indikátory kvality**

Poměrové indikátory jsou založeny na sběru a agregaci dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry (císařské řezy, opakované rentgenové snímky, dekubity apod.). Tyto indikátory musí obsahovat číselný a jmenovitý, abychom mohli porovnat konkrétní číslo (tedy sledovaný jev) s celkovým počtem. Sledovaný jev lze vyjádřit procentuálně nebo graficky.

Příklad: *poměr rehospitalizací pacientů k celkovému počtu propuštěných pacientů* (indikátor lze dále zkonkretizovat – za jakou dobu, s čím budeme srovnávat apod.). [8, 25]

2. Strážní neboli **sentinelové indikátory kvality**

Strážní indikátory se vztahují k mimořádným událostem. Slouží k včasné identifikaci těch jevů a fenoménů, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Tyto jevy jsou vždy kritické ojedinělé události a jsou vždy nežádoucí.

Příklad: *časové prodlení podání ordinovaných léků, ztráta návykových látek (opiátů) apod.* [8, 25]

Dále existují **vlastní indikátory kvality jednotlivých oddělení**, např. procento správného vedení dokumentace, procento správných diagnóz, procento špatně připravených pacientů na určité vyšetření apod., které jsou vytvořené samotným oddělením.

Tyto indikátory tak mohou být nejcitlivější k práci na oddělení, avšak nelze nevyužít také generických indikátorů, které jsou všeobecně užívány zdravotnickými zařízeními. Přestože je senzitivita generických indikátorů oproti vlastním indikátorům vytvořených na oddělení menší, nabízejí nám generické indikátory možnost porovnávat výsledky práce s jinými odděleními nebo zdravotnickými zařízeními. [8, 25]

Indikátory kvality mohou být užity k určení potenciálních problémů v každé ze tří hlavních oblastí kvality – struktura, proces a výstup.

- ✓ **Indikátory struktury** – týkají se kvalifikace lékařů/sester, počtu zaměstnanců, technického vybavení pracoviště, prostorových nároků na péči atd.
- ✓ **Indikátory procesu** – týkají se buď měření efektivity nebo správnosti procesu (čekací doba na příjem, procento nozokomiálních nákaz, úroveň zdravotnické dokumentace, úroveň ošetrovatelské péče; vždy se srovnává skutečnost se standardy) nebo úrovně ošetrovatelské péče (shoda/neshoda se specifickými ošetrovatelskými standardy).
- ✓ **Indikátory výstupů** – týkají se nákladů na lůžkodenní, počtu stížností na kvalitu péče na 1000 lůžkodenní, správného určení diagnózy atd. [8, 25]

8.1.3 Smysl indikátorů kvality

Indikátory kvality nám nabízejí efektivní možnost monitorování určitého výkonu. Jsou podkladem pro další šetření a zlepšování. Vhodné indikátory lze snadno porovnávat s minulým měsícem, rokem nebo také s jiným zdravotnickým zařízením. Smysluplné sledování indikátorů kvality je neoddelitelnou součástí všech systémových modelů, které se zabývají rozvojem a řízením kvality, jako jsou akreditace, EFQM nebo ISO. [25]

8.2 Standardy kvality péče

Kvalitu můžeme vnímat z různých přístupů a pohledů, je tedy neurčitá a sama o sobě nemůže být přesně změřena. Měření mohou být pouze její elementy. Abychom tyto elementy kvality získali, musíme provést tzv. *dekompozici kvality* na jednotlivé elementy, které označujeme souhrnným pojmem standardy. Každý standard tedy reflektuje určitý element kvality poskytované péče. [8]

8.2.1 Definice standardu

Standard neboli norma je odborníky odsouhlasená úroveň výkonnosti respektující dostupné zdroje. Vyjadřuje určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče, která je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality zdravotní péče. [8, 25]

8.2.2 Kritéria standardu

Pokud nelze standard přímo měřit, může být dekomponován na kritéria, která se k danému standardu vztahují. Tato kritéria musí být přesně definovaná, abychom mohli zhodnotit, zda byla či nebyla splněna. Kritéria vyjadřují míru dosažení standardu.

Standardy jsou ukazatelé úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality. Mohou být zaměřené na strukturu, proces nebo výsledek. [8, 25]

Prostřednictvím standardů se stanovuje:

- minimální úroveň přijatelného provedení péče nebo jejího výsledku,
- výborná úroveň poskytnutí péče nebo jejího výsledku,
- rozsah přijatelné úrovně poskytnuté péče nebo jejího výsledku. [8]

Kritéria a standardy mohou být:

- a. **Normativní** – optimální podle názoru expertů a podle hodnot společnosti.
- b. **Empirická** – jsou odvozená od aktuálního měření péče.
 - **Externí** – jsou stanovena vně zdravotnického zařízení,
 - **Interní** – jsou stanovena těmi, kdo kritéria a standardy sledují. [8]

V ošetrovatelské praxi vytvářejí standardy profesionální a příznivé prostředí pro poskytování odborné ošetrovatelské péče v různých oblastech zdravotní péče. Tyto standardy slouží jako obecný návod, který se zaměřuje na důležité úkony, které jsou zdravotním sestřím svěřeny.

Záměrem standardů ošetrovatelské péče je jasně stanovit, co se od profesionální sestry očekává. To v opačném případě usnadňuje manažerovi kontrolu, která se odvíjí od stanovených požadavků na práci sester.

Mezi profesní organizace, které standardy vydávají, patří: ČAS (Ošetrovatelská péče), UNIPA (Porodní asistence), UNIFY (Fyzioterapie), Ergoterapie. [8, 25]

8.3 Audit

Audity představují jeden z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality. Audity je možné realizovat pouze za předpokladu, že je kvalita jasně definovaná (standardy, směrnice, příkazy ředitele a platnými zákony). [25]

8.3.1 Definice auditu

Audit představuje generický pojem, který znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Jedná se o proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí. (Škrlovi, 2003, s. 108)

8.3.2 Zdravotnický audit

Zdravotnické audity jsou nedílnou součástí měření kvality péče ve zdravotnickém zařízení.

- **Analyzují úspěch** (oddělení, sester, programu či organizace) porovnáváním dat, hledají shodu nebo neshodu mezi tím, co bylo naplánováno, a tím, co bylo dosaženo.
- **Odkrývají problémové oblasti**, které vyžadují pozornost.
- **Poukazují na úspěchy**, kterých bylo dosaženo a tím pomáhají ostatním. (Škrlovi, 2003, s. 108)

Audity se týkají všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. Konkrétně se mohou týkat: *kvality chorobopisů, dokumentace, kvality práce na operačním sále, politiky předepisování léčiv atd.*

V průběhu auditů užíváme generických, selektivně vybraných parametrů neboli kritérií, vzhledem k velkému počtu proměnných veličin, které ovlivňují léčebnou a ošetrovatelskou péči. Sledování vybraných kritérií umožňuje vyhodnocení daného procesu.

Audity dělíme na **interní** – provádí se v rámci oddělení většinou kolegy, a **externí** – jsou prováděné různými kontrolními orgány. [25]

8.3.3 Ošetrovatelský audit

Ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Vyhodnocení ošetrovatelského procesu je proto podstatným nástrojem auditu.

Ošetrovatelský audit je založen na profesionálních standardech a jeho cílem je zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces těmito standardy řídí nebo se s nimi slučuje. To znamená, že hlavním úkolem ošetrovatelského auditu je nalezení „slabých míst“ v systému/procesu a zajištění co nejrychlejší nápravy.

Jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetrovatelských auditů je schopnost a ochota oddělení realizovat potřebné změny. [25]

Existují čtyři druhy ošetrovatelského auditu:

1. **Retrospektivní revize** – revize ošetrovatelských záznamů/chorobopisů propuštěných pacientů.
2. **Audit implementace ošetrovatelských nebo akreditačních standardů** – cílem je přesvědčit se o tom, zda se v praxi tyto odsouhlasené standardy dodržují.
3. **Algoritmový audit** – vyhodnocení strategie péče z perspektivy zachování dohodnutých procesů a jejich možných alternativ (mapy péče, klinické postupy).
4. **Audit výsledků péče** – nespokojuje se pouze zjištěním, kdo-jak-komu, ale klade si otázku: Bylo to k něčemu dobré? (Škrlovi, 2003, s. 109)

9 RODINA

Moderní sociologické pojetí chápe rodinu jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří tzv. nukleární rodina, čímž je chápána bezprostřední skupina otce, matky a dětí žijících pospolu. (Bártlová, 2005, s. 69)

Úloha rodiny v účasti na péči o nemocného člena rodiny se v průběhu historického vývoje velmi změnila. V minulosti bylo zvykem v rodině pečovat o ty jedince, kteří z různých důvodů ztratili schopnost se o sebe postarat. Rodina byla jakýmsi centrem péče o své nemocné členy. V současné době se však zodpovědnost v péči o nemocné přenesla ve větší míře na zdravotnická zařízení. Avšak žádná instituce nemůže plně nahradit nezastupitelnou roli rodiny v péči o nemocného, a proto je nutné, aby byla překonána bariéra přísně profesionálního pojetí léčebné péče, ve kterém je rodina mnohdy chápána jako překážející, event. zbytečný, bezvýznamný faktor. [1]

9.1 Rodina a její význam pro nemocného

Onemocnění jedince nepostihuje pouze tuto osobu, ale ovlivňuje i celou jeho rodinu. Míra nepříznivého dopadu nemoci na rodinu záleží na tom, který člen rodiny onemocní, jak závažné je jeho onemocnění, záleží na délce a trvání nemoci, ale také na společenských a kulturních zvycích, kterými se rodina řídí.

K nejčastějším změnám, ke kterým v důsledku nemoci v rodině dochází, je změna rolí mezi rodinnými příslušníky, přerozdělování rolí a úloh, které plnili před onemocněním, finanční problémy, zvýšený stres ze strachu před následky onemocnění pro nemocného, konflikty z neočekávaných zodpovědností, změny společenských zvyklostí atd. [1]

9.1.1 „Nemocná rodina“

V souvislosti s nemocí některého člena rodiny hovoříme o tzv. „nemocné rodině“. Rodina při kontaktu s vážnou chorobou, nebo jiným těžkým zdravotním postižením, obvykle není na tuto skutečnost připravena. V rámci rodiny musí nejen nemocný, ale i všichni její členové v potřebném rozsahu dočasně nebo i trvale přehodnotit a opravit představu své perspektivy tak, aby v co největší míře korespondovaly s danou situací.

Schopnost vyrovnávat se s chorobným procesem je velmi rozdílná jak u pacienta, tak i u jeho vlastní rodiny. To je dáno zejména okolnostmi, za jakých k vlastnímu onemocnění došlo.

Způsob, jakým se k onemocnění dokáže postavit sám nemocný, přímo ovlivňuje průběh vlastní adaptace na chorobný proces. Úroveň i rozsah adaptace na nemoc je určován rovněž schopnosti rodiny vyrovnávat se s různými konfliktními situacemi, formulovat a řešit problémy, vzájemně mezi sebou komunikovat, prokazovat si vzájemné pochopení i podporu, zaujímat jednoznačné postoje k otázkám zdraví a nemoci apod. [1]

9.1.2 Kontakt nemocného s rodinou

V případě nutné hospitalizace jsou styky nemocného s rodinou přerušeny na určité časové období, jehož délka je podmíněná stupněm závažnosti daného onemocnění. Psychické vazby však nadále přetrvávají a je proto důležité neomezovat kontakt nemocného s rodinou, protože je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro psychický stav nemocného je velmi potřebný. Nemocný potřebuje v době své nemoci, kdy je vyřazen z dosavadního způsobu života, povzbuzení, neboť se cítí osamoceny a pro své nejbližší nepotřebný. Je proto nezbytné umožnit nemocnému co nejširší kontakt s rodinou. [1]

9.1.3 Komunikace s rodinou

Komunikace zdravotníků s pacientem a jeho rodinou je velmi důležitá, protože čím lépe bude pacient a jeho rodina informována o současném zdravotním stavu a možnostech léčby, tím lepší bude jejich vzájemná spolupráce v průběhu léčebného procesu.

Efektivní komunikace je nepostradatelná pro získávání dalších informací o pacientovi, jeho zvyků, rituálů atd., vše pro zlepšení kvality péče o nemocného.

Rodinný příslušník podobně jako nemocný prochází vyrovnáváním se s řadou změn týkajících se zdraví, prostředí, nových tváří i samotného vztahu mezi nemocným a příbuzným. V komunikaci s rodinou je třeba podobně jako s nemocným jednat empaticky, profesionálně, poskytovat podporu a být ochoten pomoci. [1, 15, 22]

10 KOMUNIKACE JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST KVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Důvěra pacienta k jeho ošetřujícímu lékaři a dalším zdravotnickým pracovníkům je jedním z faktorů významně ovlivňujících kvalitu i výsledek poskytované zdravotní péče. Předpokladem pro vznik této důvěry je především vhodná komunikace.

10.1 Definice komunikace

Komunikace je pojem, který označuje velké množství dějů, které probíhají mezi lidmi při vzájemném kontaktu a výměně informací. Je neodmyslitelnou součástí mezilidských vztahů, z velké míry je určována jejich vzájemnými vztahy a jejich pozicemi ve skupinové struktuře. [15, 22]

10.2 Druhy komunikace

Veškerá lidská komunikace probíhá na dvou úrovních: *slovní – verbální a mimoslovní – neverbální*.

10.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace probíhá prostřednictvím slov, je více zaměřena na objekty a logické vazby. Měla by být jasná a srozumitelná. Její součástí je aktivní naslouchání a empatie. [15]

10.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je mimoslovní projev, který zahrnuje *řeč těla* (mimiku, pohyby a postoje těla, vzdálenost v prostoru, doteky), *neobsahovou stránku řeči* (intenzitu hlasu, tón a barvu hlasu, rychlost mluvy, přestávky v řeči). [15, 22]

10.3 Základní metody komunikace

Mezi základní metody komunikace patří rozhovor, kterým získáváme informace o názorech, postojích, přáních a obavách nemocného, o jeho vnitřním světě, tedy sdělení, která nám nemohlo přinést pozorování. (Jarolímová, Holá, 2007, s. 33)

Rozhovor dělíme na:

1. **Direktivní, řízený** – je typ rozhovoru, při kterém užíváme konkrétního scénáře dotazů pro zjištění konkrétního cíle, např. při příjmu pacienta atp.
2. **Nedirektivní, neřízený** – je typ rozhovoru, při kterém můžeme pacienta směřovat k určitým typům odpovědí, ale pacient zde volně na dotazy nebo i bez nich může se zdravotníkem komunikovat o svých pocitech atp. [22]

Pro všechny zdravotníky jsou v rozhovoru s pacientem důležité následující kroky:

1. **Úcta** – vážíme si pacienta jako člověka a zároveň rovnocenného partnera v rozhovoru.
2. **Důvěryhodnost** – přesvědčit pacienta svým vlastním správným chováním, že jsme hodni jeho důvěry.
3. **Ochota dávat, nejen přijímat** – dialog není jednostrannou záležitostí, proto je důležité, abychom pacientovi při jeho sdělení pozorně naslouchali, pokud chceme, aby pacient při našem sdělení naslouchal nám.
4. **Ochota odložit masku** – nelze předstírat, hrát si na někoho jiného než jsem, nebo zastírat skutečnosti. Obavy o vlastní pověst by měly jít stranou.
5. **Přípravenost ke změnám a revize postojů** – ochota vzdát se lpění na svých vlastních dogmatických postojích.
6. **Citlivé odkrývání překážek v rozhovoru** – pokud se nemůžeme dorozumět, je potřeba citlivě a taktně hledat příčinu a nebát se ji odstranit.
7. **Přátelská atmosféra** – vytvořit ji lze vzájemným přijetím, není to však jednoduché. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 29)

10.4 Druhy profesionální komunikace

Ve zdravotnické praxi zaujímá komunikace s nemocným důležité místo. Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

1. **Sociální komunikace** – Jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným. Člověk v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů, proto pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, zejména zdravotníky, kteří o něj pečují. U zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování.
2. **Specifická komunikace** – Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme pacienta k další léčbě, působíme edukačně atd. V této komunikaci je důležitá srozumitelnost sdělení, přijatelná forma, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr je nutné ověřit, zda pacient sdělení porozuměl a zda ho akceptuje.
3. **Terapeutická komunikace** – Při kontaktu s pacientem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Cílem terapeutického rozhovoru je zvýšit u pacienta účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. [28]

10.5 Kritéria úspěšné verbální komunikace

1. **Jednoduchost** – Sdělení musí být stručné a jasné. Používáme běžné slovní obraty, nepoužíváme odbornou terminologii, které pacienti nerozumí. Ověřujeme, zda pacient našemu sdělení dostatečně porozuměl.
2. **Stručnost** – Stručně podané informace působí profesionálně, avšak stručnost informací nesmí být na úkor srozumitelnosti. Důležité je po stručném sdělení ponechat prostor pro dotazy.
3. **Zřetelnost** – Při komunikaci s pacientem musíme zřetelně vyjádřit podstatu věci. Při nejasnostech či pochybách můžeme sdělení opakovat.

4. **Vhodné načasování** – Při přípravě rozhovoru je důležité zvážit všechny souvislosti. Načasovanost zohledňujeme zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor, dostatek času.
5. **Adaptabilita** – Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného. Sledujeme jeho odpovědi, všímáme si neverbálních projevů. [28]

10.6 Psychoterapeutický přístup

Nemoc zasahuje do života každého pacienta, snižuje jeho soběstačnost, zvyšuje jeho závislost na druhých osobách, mění hodnotovou orientaci, frustruje pacienta a vyvolává obavy z budoucnosti.

Psychoterapie je především terapie, profylaxe i rehabilitace poruch zdraví. Jedná se o psychologický přístup, který představuje soubor příznivě působících vlivů, jež mají svůj základ v erudici zdravotníka a slušném jednání, respektování soukromí a studu pacienta, vzájemné důvěře a otevřenosti v komunikaci s pacientem, kvalitě organizace léčebného režimu, úpravě prostředí atd. (Jarolímová, Holá, 2007, s. 33)

Psychoterapeutický přístup je takové chování zdravotníka, které přispívá psychologickými prostředky k dosažení záměrů léčby. Je to cílevědomé působení na duševní procesy, děje a stavy. Je to přístup zaměřený především na vztah mezi pacientem a zdravotníkem, založený na zájmu, respektu a spolupráci. (Jarolímová, Holá, 2007, s. 33)

Psychoterapeutický přístup tvoří:

- *Lidské porozumění* – vychází ze zážitku, sdílení s druhým člověkem, kde využíváme empatie.
- *Porozumění vztahu zdravotník-pacient* – navázání vztahu mezi nemocným a zdravotnickým personálem může mít několik podob, dřívější zkušenost obou zúčastněných stran může spolupráci podporovat nebo brzdit.
- *Porozumění psychosociálním vlivům*, které se podílejí na vzniku a průběhu onemocnění. (Jarolímová, Holá, 2007, s. 33)

Psychoterapeutický přístup je důležitou součástí kvalitní a profesionální péče o nemocné. Vychází z respektu individuality pacienta, z dobré informovanosti nemocných a jasných pravidel spolupráce, z psychologické podpory a z posilování naděje.

Cílem psychoterapeutického přístupu je zlepšovat spolupráci s pacientem tak, aby se pacient na léčbě aktivně podílel. Pomoci pacientovi zvládat psychické nároky, které s sebou nemoc i tělesná utrpení nesou. [15]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

11 METODIKA PRÁCE

11.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek padesáti respondentů byl složen z náhodně vybraných rodinných příslušníků, kteří navštívili svého blízkého za dobu jeho hospitalizace na Interní klinice v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně.

11.2 Formulace cílů a hypotéz

Pro svůj výzkum jsem si stanovila následující cíle a hypotézy:

Cíl č. 1

Zjistit, jaká kritéria musí splňovat kvalitní ošetrovatelská péče z pohledu rodinných příslušníků.

Hypotéza č. 1: *Předpokládám, že více než polovina respondentů bude za kvalitní ošetrovatelskou péči považovat tu, která bude plně uspokojovat potřeby pacienta.*

Hypotéza č. 2: *Předpokládám, že více než polovina respondentů bude za kvalitní ošetrovatelskou péči považovat tu, která bude vykonávána profesionálně, ale zároveň s lidským přístupem k pacientovi.*

Cíl č. 2

Zjistit, v čem konkrétně rodinní příslušníci spatřují největší nedostatky poskytované ošetrovatelské péče.

Hypotéza č. 1: *Předpokládám, že více než polovina respondentů bude nedostatky ošetrovatelské péče spatřovat v neadekvátní komunikaci zdravotnického personálu s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.*

Hypotéza č. 2: *Předpokládám, že více než polovina respondentů bude nedostatky ošetrovatelské péče spatřovat v nedostatečné informovanosti ze strany zdravotnického personálu.*

Hypotéza č. 3: *Předpokládám, že méně než polovina respondentů bude ošetrovatelskou péči hodnotit jako nedostatečnou, neuspokojující základní potřeby nemocného.*

Cíl č. 3

Zjistit, v čem konkrétně rodinní příslušníci vidí možnosti zlepšení v poskytované ošetrovatelské péči.

Hypotéza č. 1: *Předpokládám, že více než polovina respondentů bude zlepšení ošetrovatelské péče spatřovat ve zlepšení komunikace zdravotnického personálu s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.*

Hypotéza č. 2: *Předpokládám, že více než polovina respondentů bude zlepšení ošetrovatelské péče spatřovat ve zlepšení spolupráce zdravotnického personálu s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.*

11.3 Metody práce

Ve své bakalářské práci jsem pro získání informací použila metodu dotazníkového šetření. Tato metoda spadá do oblasti kvantitativního výzkumu.

11.3.1 Dotazník

Dotazník je standardizovaným souborem otázek na předem připraveném formuláři. Jde o relativně nejrozšířenější metodu, která je určena pro hromadný sběr informací od velkého počtu lidí.

Pro techniku dotazníku je příznačné: *nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nutnost předvýzkumu.*

Konstrukce dotazníku je metodologicky nejnáročnější částí každého výzkumu. Stavba dotazníku by měla zahrnovat především všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď. Důležitá je ale také formulace otázek, která má být jasná, zřetelná a především jednoznačná, abychom mohli získat pravdivé odpovědi bez potíží. V neposlední řadě je také důležité vhodné seřazení jednotlivých otázek dotazníku. [2]

Výhody dotazníku:

- ✓ velké množství informací od velkého počtu lidí za poměrně krátkou dobu
- ✓ možnost hromadného, počítačového zpracování, tudíž rychlé zpracování dat

- ✓ jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného
- ✓ při osobním předání až 100% návratnost [2]

Nevýhody dotazníku:

- × při špatné formulaci otázky nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo zpřesnit a tudíž nemůže respondent na danou otázku pravdivě odpovědět
- × nezjišťuje jaký respondent je, ale jak se vidí (může dojít k nadhodnocování a vylepšování odpovědí; lze tomu zabránit anonymitou dotazníku)
- × velmi nízká návratnost při poštovním zaslání [2]

11.3.2 Formy položek v dotazníku

- **Uzavřené otázky** – tento typ otázek nabízí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere takovou odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru. Otázky mohou být *dichotomické* (nabízejí odpověď ANO-NE) nebo *polytomické* (nabízejí více jak 2 odpovědi, avšak respondent vybírá pouze jednu). Výhodou uzavřených otázek je jejich jednoduché zpracování.
- **Otevřené otázky** – tento typ otázek neomezuje respondenta v odpovědi, ponechává volnost vlastního vyjádření, nenapovídá žádné řešení předem. Avšak právě volnost těchto otázek, je jejich největší nevýhodou, protože rozmanitost odpovědí klade vysoké nároky na jejich zpracování. Nutná je dodatečná kategorizace shromážděných odpovědí.
- **Polouzavřené otázky** – tento typ otázek je kombinací uzavřené a otevřené otázky. Otázky také nabízejí různé varianty odpovědí, ze kterých si respondent může vybrat, avšak pokud si respondent z dané nabídky odpovědí vybrat nedokáže, má možnost v položce „jiná odpověď“ napsat svůj vlastní názor.
- **Filtrační otázky** – tento typ otázek slouží k eliminaci respondentů, kteří nemohou, z objektivních nebo subjektivních důvodů, odpovědět na následující otázku, která se jich z daného důvodu netýká.

- **Škály** – škála je formou otázky, kterou respondenta žádáme, aby zkoumaný jev zařadil na určité kontinuum, čímž rozumíme např. postoje, názory apod. Kontinuum může být vyjádřeno verbálně, číselně a graficky. [2]

11.4 Charakteristika položek

V úvodu svého dotazníku uvádím oslovení respondentů, představuji se a vysvětluji účel dotazníku. Respondenty informuji o postupu vyplnění a nakonec je ujišťuji o tom, že dotazník je zcela anonymní a že získané informace budou využity výhradně k výzkumným účelům.

Vlastní dotazník obsahuje celkem 29 položek (viz Příloha P III), které se vztahují k uvedeným hypotézám. V dotazníku se objevuje 7 uzavřených otázek, z tohoto počtu jsou 2 otázky alternativní, dichotomické a 5 otázek polytomických. Dále jsem použila 7 otevřených otázek a 1 otázku polouzavřenou. V dotazníku využívám také škál a to 9 škál verbálních, dále 2 škály číselné, 1 škálu grafickou a 2 škály, které jsou kombinací škály číselné a grafické.

Položkou č. 1 zjišťuji, jaká kritéria musí splňovat kvalitní péče. Položky č. 2, 3, 5, 6, 7 se vztahují k celkovému přístupu zdravotnického personálu k rodinným příslušníkům. Prostřednictvím položek č. 4, 8, 9, 10, 11, 22 se snažím zjistit, na jaké úrovni se nachází komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky. Pomocí položek č. 12, 13, 14, 15, 16 hodnotím úroveň ošetrovatelské péče. Položky č. 23, 24, 25 zjišťují konkrétní nedostatky v ošetrovatelské péči, možnosti jejich řešení a zjišťují taková opatření, která by vedla ke zlepšení úrovně ošetrovatelské péče. Položky č. 26, 27, 28, 29 zjišťují základní informace týkající se příbuzenského vztahu, věku, pohlaví a vzdělání.

11.5 Organizace šetření

Po zkonstruování dotazníku a schválení vedoucím práce jsem provedla pilotní průzkum u 5 respondentů na lůžkovém oddělení Interní kliniky KNTB a. s. Otázky dle respondentů byly srozumitelné a jasné, avšak pro lepší pochopení jsem každou otázku doplnila instrukcemi a některé otázky lehce upravila. Poté jsem si zhotovila 50 kopií tohoto dotazníku a tyto dotazníky následně osobně rozdala na lůžkových odděleních Interní kliniky rodinným příslušníkům hospitalizovaných pacientů. Návratnost dotazníků byla 90%, k samotnému vyhod-

nocení dotazníkového šetření jsem tedy použila 45 dotazníků. Dotazníkové šetření probíhalo v období od 28. 4. 2008 do 28. 7. 2008.

11.6 Zpracování získaných dat

Informace získané na podkladě dotazníkového šetření jsem uspořádala do tabulek a grafů. Tabulky jsou rozdělené na absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost označuje počet respondentů, kteří na danou otázku odpověděli stejnou odpovědí z nabízených možností. Relativní četnost označuje počet těchto respondentů v procentuálním vyjádření. Data, která jsou obsažená v tabulkách četností, jsem následně vyjádřila prostřednictvím grafů.

12 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

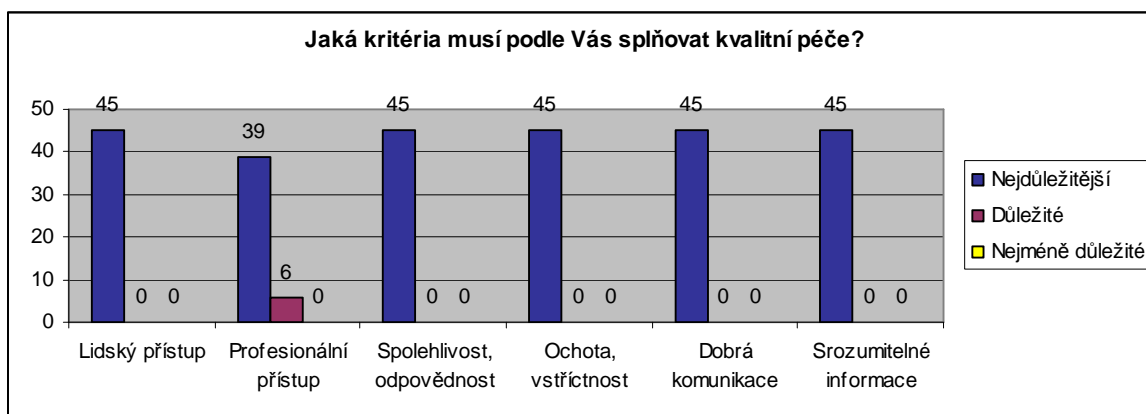
12.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku

Otázka č. 1: Jaká kritéria musí podle Vás splňovat kvalitní péče?

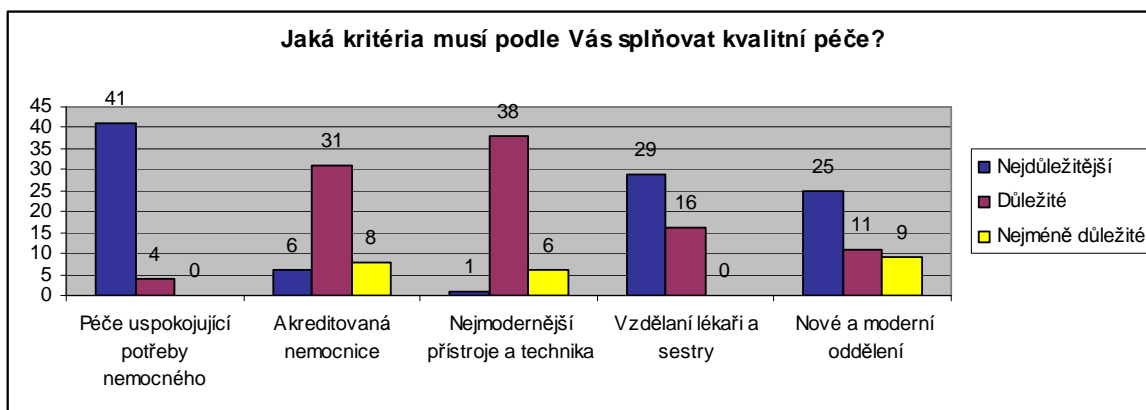
Tabulka č. 1 – Kritéria kvalitní péče

	Absolutní četnost			Relativní četnost %		
	1	2	3	1	2	3
Lidský přístup	45	0	0	4,55	0	0
Profesionální přístup	39	6	0	3,94	0,61	0
Spolehlivost, odpovědnost	45	0	0	4,55	0	0
Ochota, vstřícnost	45	0	0	4,55	0	0
Dobrá komunikace	45	0	0	4,55	0	0
Srozumitelné informace	45	0	0	4,55	0	0
Péče uspokojující potřeby nemocného	41	4	0	4,14	0,4	0
Akreditovaná nemocnice	6	31	8	0,61	3,13	0,81
Nejmodernější přístroje a technika	1	38	6	0,1	3,84	0,61
Vzdělání lékařů a sestry	29	16	0	2,93	1,62	0
Nové a moderní oddělení	25	11	9	2,53	1,11	0,91
celkem	495			50		

Graf č. 1a – Kritéria kvalitní péče



Graf č. 1b – Kritéria kvalitní péče



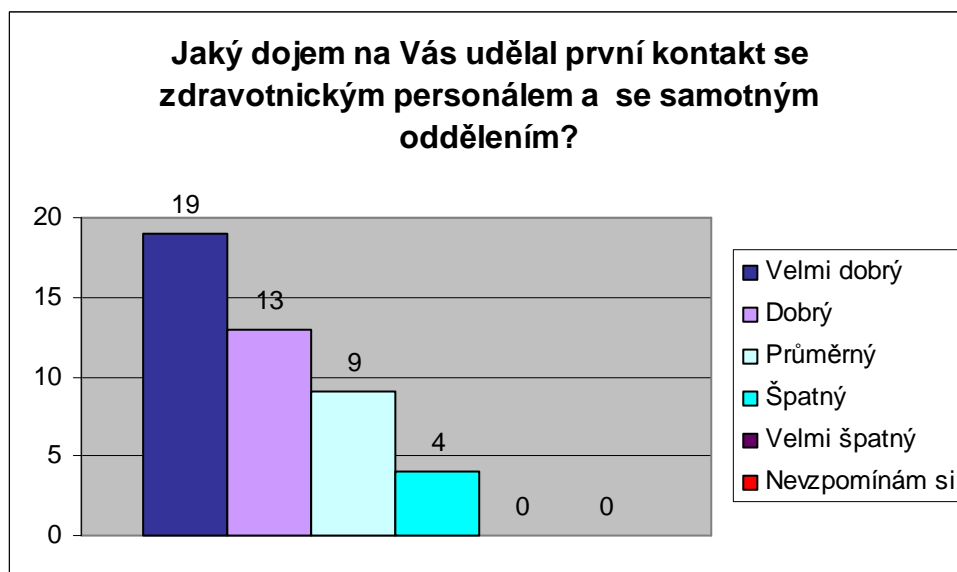
Z vyhodnocení vyplývá, že 45 respondentů (4,55%) řadí mezi nejdůležitější kritéria kvality péče: lidský přístup, spolehlivost a odpovědnost, ochotu a vstřícnost, dobrou komunikaci a srozumitelnost informací. Péči, která uspokojuje potřeby nemocného označilo 41 respondentů (4,14%) jako nejdůležitější kritérium a 4 respondenti (0,4%) jako důležité kritérium kvality. Profesionální přístup označilo 39 respondentů (3,94%) jako nejdůležitější kritérium a 6 respondentů (0,61%) jako důležité kritérium kvality. Vzdělanost lékařů a sester označilo 29 respondentů (2,93%) jako nejdůležitější kritérium a 16 respondentů (1,62%) jako důležité kritérium kvality. Nové a moderní oddělení považuje 25 respondentů (2,53%) za nejdůležitější kritérium, 11 respondentů (1,11%) za důležité kritérium a 9 respondentů (0,91%) za nejméně důležité kritérium kvality. Akreditovaná nemocnice je pro 6 respondentů (0,61%) nejdůležitějším kritériem, pro 31 respondentů (3,13%) důležitým kritériem a pro 8 respondentů (0,81%) nejméně důležitým kritériem kvality. Nejmodernější přístroje a techniku považuje 1 respondent (0,1%) za nejdůležitější kritérium, 38 respondentů (3,84%) za důležité kritérium a 6 respondentů (0,61%) za nejméně důležité kritérium kvality.

Otázka č. 2: Jaký dojem na Vás udělal první kontakt se zdravotnickým personálem a se samotným oddělením?

Tabulka č. 2 – První dojem

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Velmi dobrý	19	21,11
Dobrý	13	14,44
Průměrný	9	10
Špatný	4	4,44
Velmi špatný	0	0
Nezpomínám si	0	0
celkem	45	50

Graf č. 2 – První dojem



Z grafu vyplývá, že 19 respondentů (21,11%) mělo z prvního kontaktu se zdravotnickým personálem a se samotným oddělením velmi dobrý dojem, 13 respondentů (14,44%) mělo dobrý dojem, 9 respondentů (10%) mělo průměrný dojem a 4 respondenti (4,44%) uvedli, že měli z prvního kontaktu špatný dojem.

Otázka č. 3: S jakým výrazem obličeje jste se nejčastěji setkával/a u zdravotnického personálu na tomto oddělení, když jste svého blízkého navštívil/a?

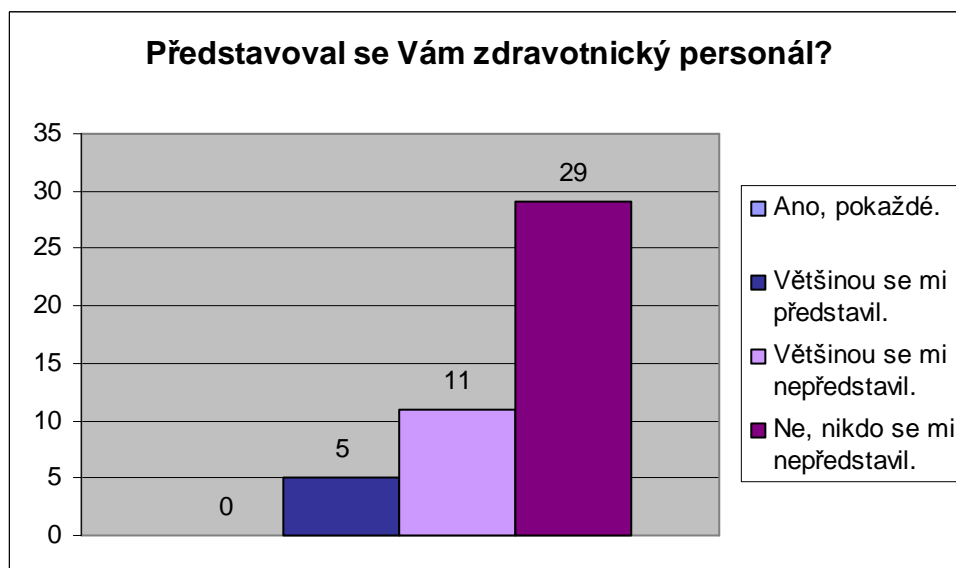
Tabulka č. 3 – Výraz obličeje

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Úsměv	31	34,44
Neutrální výraz	9	10
Smutek/skleslost	5	5,56
Vzteky	0	0
Agrese	0	0
celkem	45	50

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak se zdravotnický personál ve většině případů tváří. V této otázce jsem jako odpovědi použila různé výrazy tváře, které vyjadřovaly různé emoce, nálady: úsměv, neutrální výraz, smutek/skleslost, vztek a agresi. Z celkového počtu 45 respondentů uvedlo 31 respondentů (34,44%), že se u zdravotnického personálu nejčastěji setkává s úsměvem, 9 respondentů (10%) uvedlo, že se setkává spíše s neutrálním výrazem a 5 respondentů (5,56%) uvedlo, že se setkává se smutným, skleslým výrazem.

Otázka č. 4: Představoval se Vám zdravotnický personál?*Tabulka č. 4 – Představování zdravotnického personálu*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, pokaždé.	0	0
Většinou se mi představil.	5	5,56
Většinou se mi nepředstavil.	11	12,22
Ne, nikdo se mi nepředstavil.	29	32,22
celkem	45	50

Graf č. 3 – Představování zdravotnického personálu

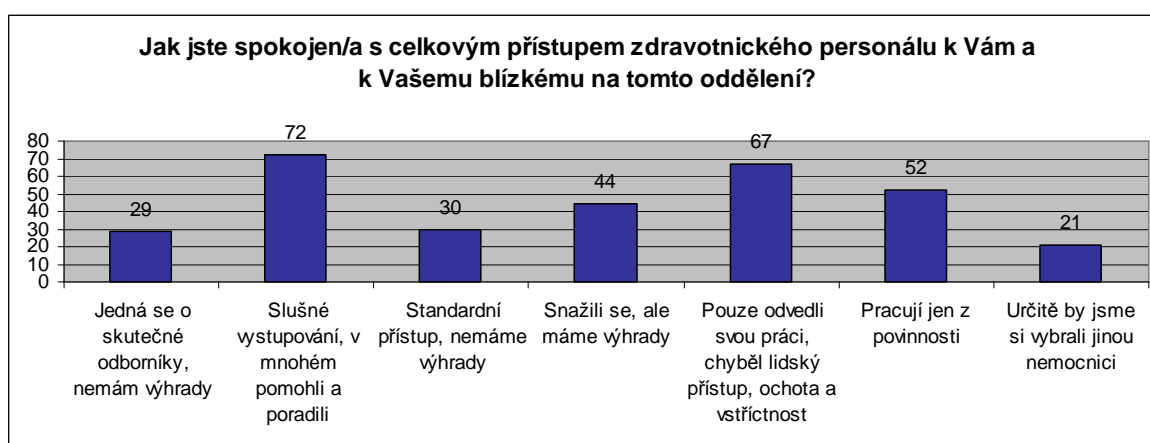
Na tuto otázku 29 respondentů (32,22%) odpovědělo, že se jim nikdo ze zdravotnického personálu nepředstavil, 11 respondentů (12,22%) uvedlo, že se jim zdravotnický personál většinou nepředstavil a 5 respondentů (5,56%) uvedlo, že se jim zdravotnický personál většinou představil. Z odpovědí respondentů jednoznačně vyplývá, že se zdravotnický personál nepředstavuje.

Otázka č. 5: Jak jste spokojen/a s celkovým přístupem zdravotnického personálu k Vám a k Vašemu blízkému na tomto oddělení?

Tabulka č. 5 – Celkový přístup zdravotnického personálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Jedná se o skutečné odborníky, nemám výhrady	29	4,6
Slušné vystupování, v mnohém pomohli a poradili	72	11,43
Standardní přístup, nemáme výhrady	30	4,76
Snažili se, ale máme výhrady	44	6,98
Pouze odvedli svou práci, chyběl lidský přístup, ochota a vstřícnost	67	10,63
Pracují jen z povinnosti	52	8,25
Určitě by jsme si vybrali jinou nemocnici	21	3,33
celkem	315	50

Graf č. 4 – Celkový přístup zdravotnického personálu



Respondenti měli u této otázky zhodnotit celkový přístup zdravotnického personálu a zaškrtnout dvě odpovědi. 72 respondentů (11,43%) odpovědělo, že zdravotnický personál měl slušné vystupování, v mnohém pomohl a poradil. 67 respondentů (10,63%) odpovědělo, že zdravotnický personál pouze odvedl svou práci, chyběla u něj lidskost, ochota a vstřícnost. 52 respondentů (8,25%) odpovědělo, že zdravotnický personál působil dojmem, že pracuje jen z povinnosti. 44 respondentů (6,98%) odpovědělo, že se zdravotnický personál snažil, ale i přesto mají k jejich práci určité výhrady. 30 respondentů (4,76%) odpovědělo, že přístup zdravotnického personálu byl standardní a k jejich práci nemají výhrady.

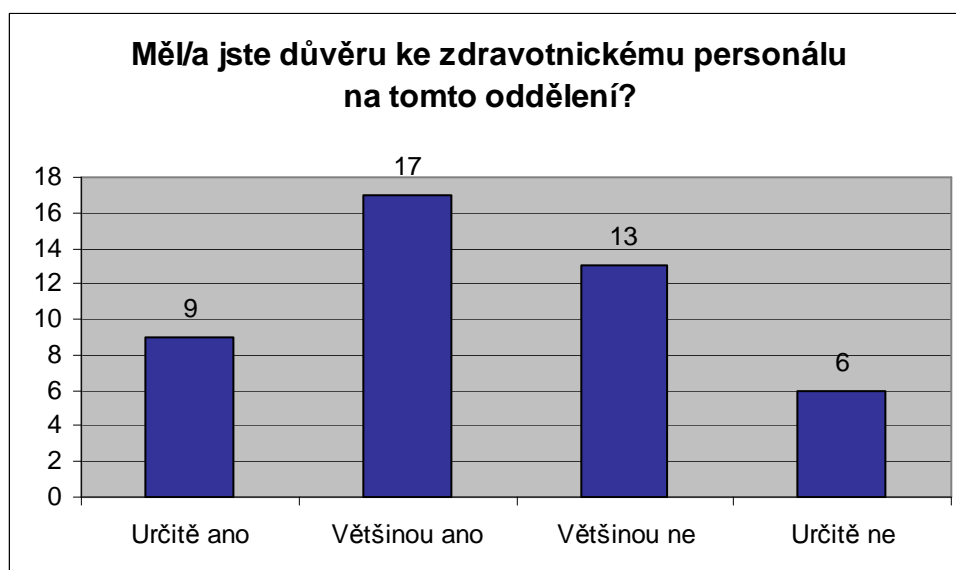
29 respondentů (4,6%) označilo zdravotnický personál za skutečné odborníky a k jejich práci nemají výhrady. 21 respondentů (3,33%) odpovědělo, že by si určitě vybrali jinou nemocnici.

Otázka č. 6: Měl/a jste důvěru ke zdravotnickému personálu na tomto oddělení?

Tabulka č. 6 – Důvěra ke zdravotnickému personálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Určitě ano	9	10
Většinou ano	17	18,89
Většinou ne	13	14,44
Určitě ne	6	6,67
celkem	45	50

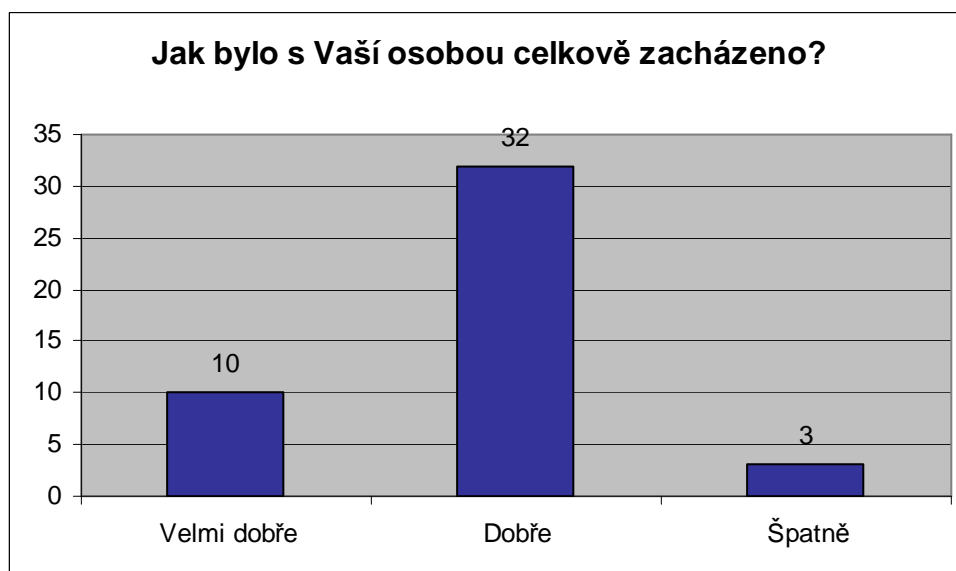
Graf č. 5 – Důvěra ke zdravotnickému personálu



Z vyhodnocení vyplývá, že 17 respondentů (18,89%) většinou mělo důvěru ke zdravotnickému personálu, 13 respondentů (14,44%) většinou ke zdravotnickému personálu důvěru nemělo, 9 respondentů (10%) uvedlo, že ke zdravotnickému personálu určitě důvěru mělo a 6 respondentů (6,67%) uvedlo, že důvěru ke zdravotnickému personálu určitě nemělo.

Otázka č. 7: Jak bylo s Vaší osobou celkově zacházeno?*Tabulka č. 7 – Celkové zacházení ze strany zdravotnického personálu*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Velmi dobře	10	11,11
Dobře	32	35,56
Špatně	3	3,33
celkem	45	50

Graf č. 6 – Celkové zacházení ze strany zdravotnického personálu

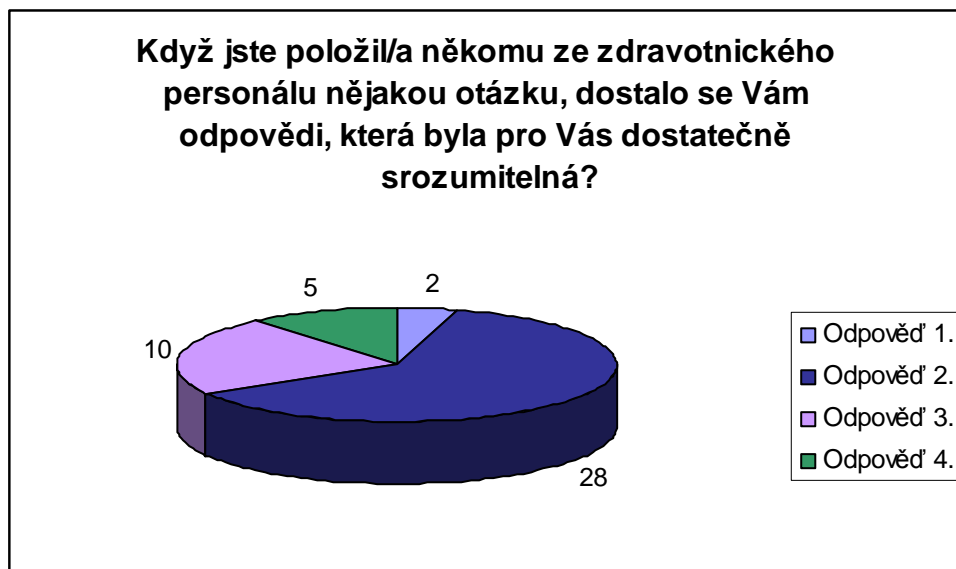
Největší počet respondentů uvedl, že bylo s nimi ze strany zdravotnického personálu zacházeno dobře, tj. 32 respondentů (35,56%), 10 respondentů (11,11%) uvedlo, že bylo s nimi zacházeno velmi dobře a 3 respondenti (3,33%) uvedli, že s nimi bylo zacházeno špatně.

Otázka č. 8: Když jste položil/a někomu ze zdravotnického personálu nějakou otázku, dostalo se Vám odpovědi, která byla pro Vás dostatečně srozumitelná?

Tabulka č. 8 – Srozumitelnost informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Odpověď 1.	2	2,22
Odpověď 2.	28	31,11
Odpověď 3.	10	11,11
Odpověď 4.	5	5,56
celkem	45	50

Graf č. 7 – Srozumitelnost informací



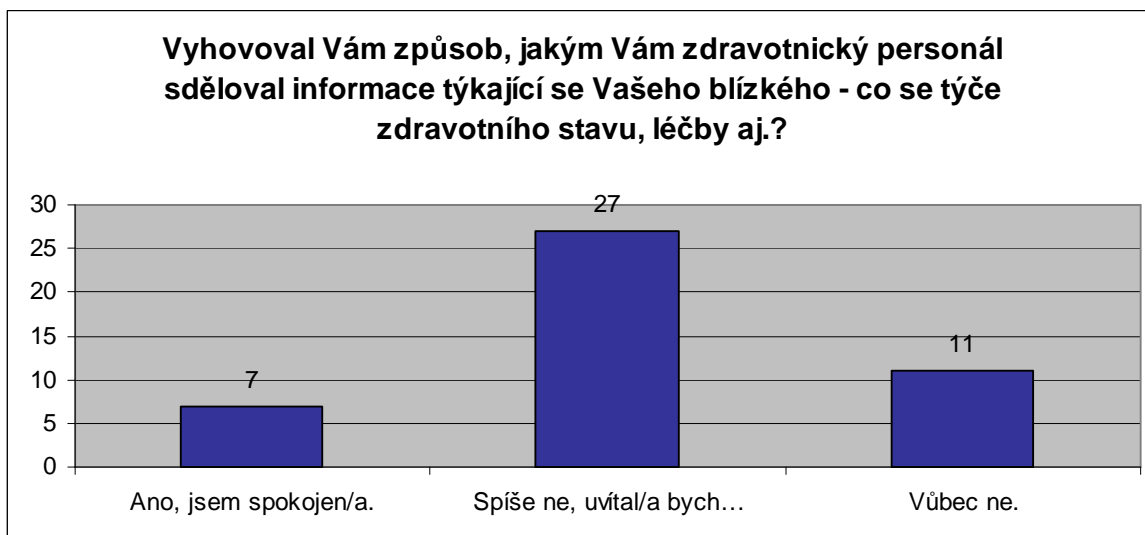
U této otázky odpovědělo 28 respondentů (31,11%), že se jim odpovědi na jimi položenou otázku dostalo vždy, ale málokdy odpovědi dobře porozuměli a podruhé se již neptali, aby neobtěžovali. 10 respondentů (11,11%) odpovědělo, že se jim odpovědi na jejich otázku dostalo pouze tehdy, když měl na ně zdravotnický personál čas. 5 respondentů (5,56%) odpovědělo, že zdravotnický personál jejich přítomnost přehlížel, a proto se raději na nic neptali. 2 respondenti (2,22%) odpověděli, že se jim odpovědi dostalo vždy, přičemž se zdravotnický personál zajímal o to, zda odpovědi dobře porozuměli a zároveň mohli klást doplňující otázky.

Otázka č. 9: Vyhovoval Vám způsob, jakým Vám zdravotnický personál sděloval informace týkající se Vašeho blízkého – co se týče zdravotního stavu, léčby aj.?

Tabulka č. 9 – Způsob sdělení informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, jsem spokojen/a.	7	7,78
Spíše ne, uvítal/a bych...	27	30
Vůbec ne.	11	12,22
celkem	45	50

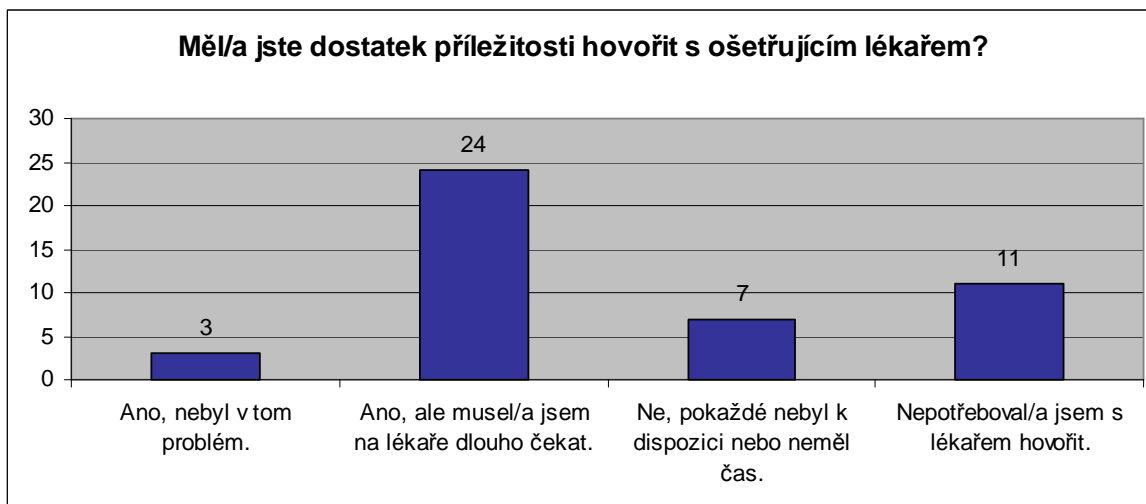
Graf č. 8 – Způsob sdělení informací



Způsob, jakým zdravotnický personál sděluje informace rodinným příslušníkům nevyhovoval 27 respondentům (30%). Nejčastěji uváděli, že by uvítali především více času pro rozhovor s lékařem, více soukromí při rozhovoru a taktní sdělení informací. 11 respondentů (12,22%) nebylo se způsobem sdělování informací vůbec spokojeno, pouze 7 respondentů (7,78%) uvedlo, že se způsobem sdělování informací spokojeno bylo.

Otázka č. 10: Měl/a jste dostatek příležitosti hovořit s ošetřujícím lékařem?*Tabulka č. 10 – Příležitost hovořit s ošetřujícím lékařem*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, nebyl v tom problém.	3	3,33
Ano, ale musel/a jsem na lékaře dlouho čekat.	24	26,67
Ne, pokaždé nebyl k dispozici nebo neměl čas.	7	7,78
Nepotřeboval/a jsem s lékařem hovořit.	11	12,22
celkem	45	50

Graf č. 9 – Příležitost hovořit s ošetřujícím lékařem

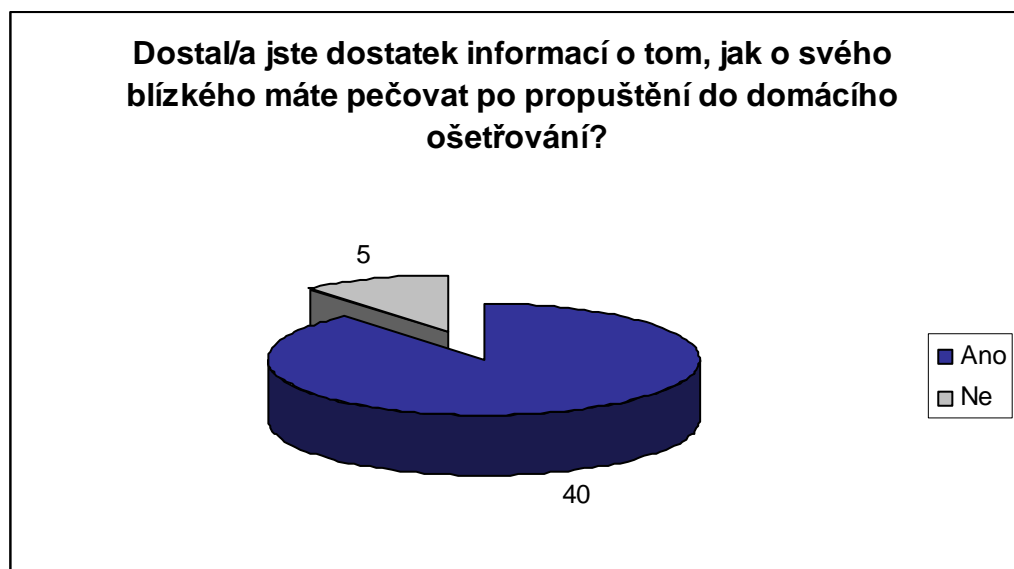
Největší počet respondentů, tj. 24 respondentů (26,67%), uvedl, že měl dostatek příležitostí hovořit s ošetřujícím lékařem, ale museli na něj dlouho čekat. 11 respondentů (12,22%) uvedlo, že s lékařem nepotřebovalo hovořit, 7 respondentů (7,78%) uvedlo, že nemělo dostatek příležitostí hovořit s lékařem, protože většinou nebyl k dispozici nebo neměl na ně čas. Pouze 3 respondenti (3,33%) uvedli, že měli dostatek příležitostí s lékařem hovořit a nebyl v tom žádný problém.

Otázka č. 11: Dostal/a jste dostatek informací o tom, jak o svého blízkého máte pečovat po propuštění do domácího ošetřování?

Tabulka č. 11 – Informace o domácím ošetřování

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	40	44,44
Ne	5	5,56
celkem	45	50

Graf č. 10 – Informace o domácím ošetřování



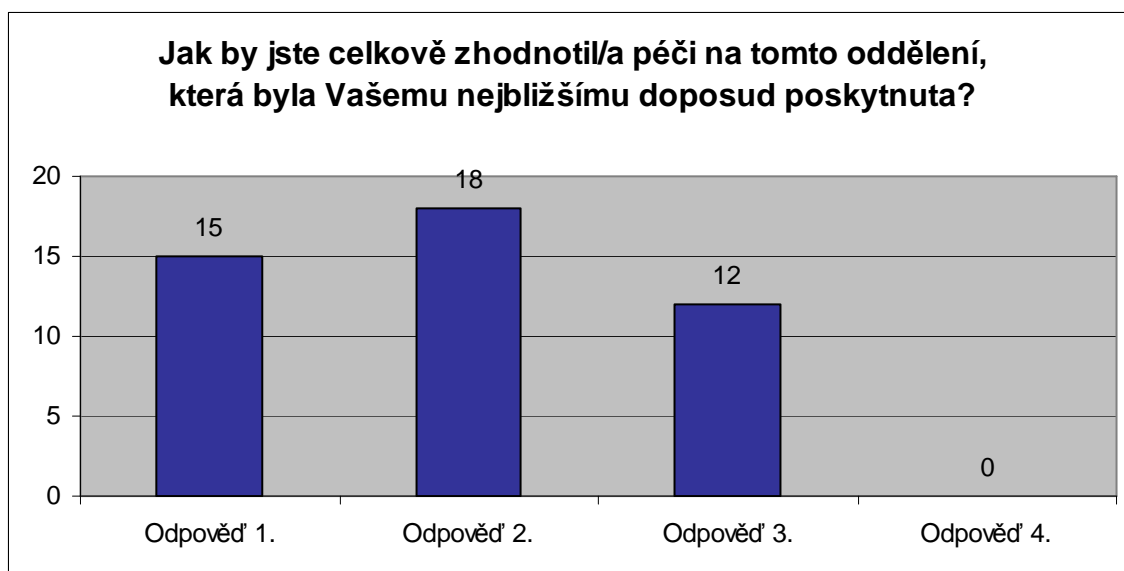
Jak vyplývá z grafického znázornění 40 respondentů (44,44%) dostalo dostatek informací o domácím ošetřování svého blízkého. Pouze 5 respondentů (5,56%) uvedlo, že informace o domácím ošetřování byly nedostačující.

Otázka č. 12: Jak by jste celkově zhodnotil/a péči na tomto oddělení, který byla Vašemu blízkému doposud poskytnuta?

Tabulka č. 12 – Zhodnocení péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Odpověď 1.	15	16,67
Odpověď 2.	18	20
Odpověď 3.	12	13,33
Odpověď 4.	0	0
celkem	45	50

Graf č. 11 – Zhodnocení péče



Největší počet 18 respondentů (20%) byl s poskytovanou péčí spokojen, 15 respondentů (16,67%) bylo s poskytovanou péčí velmi spokojeno, úroveň péče hodnotilo jako výbornou a nemělo k péči žádné výhrady. 12 respondentů (13,33%) hodnotilo péči jako dostatečnou a mělo k poskytované péči pár výhrad.

Otázka č. 13: Pokud jste v předešlé otázce zaškrtl/a poslední dvě možnosti, upřesněte, prosím, konkrétní důvod Vaší nespokojenosti.

I přes skutečnost, že 12 respondentů (13,33%) v předešlé otázce zaškrtnulo předposlední odpověď, čímž dali najevo, že k poskytované péči mají určité výhrady, na následující otázku č. 13 odpovědělo pouze 5 respondentů. Jejich odpovědi se poměrně dost lišily, proto je nebylo možné nijak rozřadit a procentuálně vyhodnotit.

Těchto 5 respondentů nebylo s poskytovanou péči spokojeno z těchto důvodů: brzké ranní vstávání, hluk na oddělení, zdravotní sestry nedodržují sliby, zdravotníci mají pořád málo času na rozhovor, pacient není dopředu seznámen s plánovanými vyšetřeními, pacientovi jsou pozdě podané léky, pacientovi nejsou zodpovězeny jeho otázky, zdravotníci se nepředstavují, rodina není informována o překladu na jiné oddělení, rodina není zapojena do péče.

Otázka č. 14: Jak jste spokojen/a s péčí v níže uvedených oblastech?

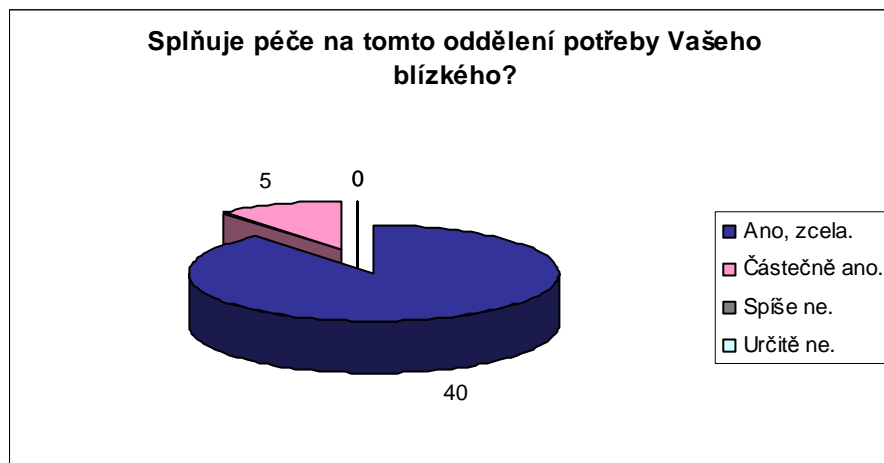
Tabulka č. 13 – Spokojenost v určených oblastech péče

	Absolutní četnost						Relativní četnost %					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Hygienická péče	6	30	9	0	0	0	0,74	3,7	1,11	0	0	0
Výživa - jídlo	15	3	19	8	0	0	1,85	0,37	2,35	0,99	0	0
Péče o vyprazdňování	28	5	0	0	0	12	3,46	0,62	0	0	0	1,48
Podávání léků	5	9	0	31	0	0	0,62	1,11	0	3,83	0	0
Tišení bolesti	16	8	0	0	0	21	1,98	0,99	0	0	0	2,59
Rehabilitační péče	37	0	0	0	0	8	4,57	0	0	0	0	0,99
Zajištění duchovních potřeb	0	0	0	3	3	39	0	0	0	0,37	0,37	4,81
Čistota pokojů a sociálního zařízení	41	2	1	1	0	0	5,06	0,25	0,12	0,12	0	0
Zajištění soukromí, intimity	0	0	3	25	17	0	0	0	0,37	3,09	2,1	0
celkem	405						50					

U této otázky měli respondenti zhodnotit úroveň kvality péče v jednotlivých oblastech. Co se týče hygienické péče, odpovědělo 30 respondentů (3,7%), že je s péčí v této oblasti spíše spokojeno, 9 respondentů (1,11%) odpovědělo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni a 6 respondentů (0,74%) uvedlo, že jsou s hygienickou péčí velmi spokojeni. Co se týče stravování, odpovědělo 19 respondentů (2,35%), že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni, 15 respondentů (1,85%) uvedlo, že je velmi spokojeno, 8 respondentů (0,99%) uvedlo, že je spíše nespokojeno a 3 respondenti (0,37%) uvedli, že jsou spíše spokojeni. V oblasti péče o vyprazdňování bylo 28 respondentů (3,46%) velmi spokojeno, 12 respondentů (1,48%) nedovedlo tuto oblast zhodnotit a 5 respondentů (0,62%) bylo spíše spokojeno. V oblasti podávání léků uvedlo 31 respondentů (3,83%), že jsou spíše nespokojeni, 9 respondentů (1,11%), že jsou spíše spokojeni a 5 respondentů (0,62%), že jsou velmi spokojeni. V oblasti tišení bolesti uvedlo 21 respondentů (2,59%), že nejsou schopni tuto oblast péče posoudit, 16 respondentů (1,98%) bylo velmi spokojeno a 8 respondentů (0,99%) bylo spíše spokojeno. S rehabilitační péčí bylo velmi spokojeno 37 respondentů (4,57%) a 8 respondentů (0,99%) nedovedlo tuto oblast posoudit. V oblasti zajištění duchovních potřeb uvedlo 39 respondentů (4,81%), že nejsou schopni tuto oblast posoudit, 3 respondenti (0,37%) byli spíše nespokojeni a 3 respondenti (0,37%) byli nespokojeni. Co se týče čistoty pokojů a sociálního zařízení, bylo 41 respondentů (5,06%) velmi spokojeno, 2 respondenti (0,25%) byli spíše spokojeni, 1 respondent (0,12%) nebyl ani spokojen, ani nespokojen a 1 respondent (0,12%) byl spíše nespokojen. V oblasti zajištění intimity a soukromí bylo 25 respondentů (3,09%) spíše nespokojeno, 17 respondentů (2,1%) bylo nespokojeno a 3 respondenti (0,37%) nebyli ani spokojeni, ani nespokojeni.

Otázka č. 15: Splňuje péče na tomto oddělení potřeby Vašeho blízkého?*Tabulka č. 14 – Míra uspokojení potřeb*

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, zcela.	40	44,44
Částečně ano.	5	5,56
Spíše ne.	0	0
Určitě ne.	0	0
celkem	45	50

Graf č. 12 – Míra uspokojení potřeb

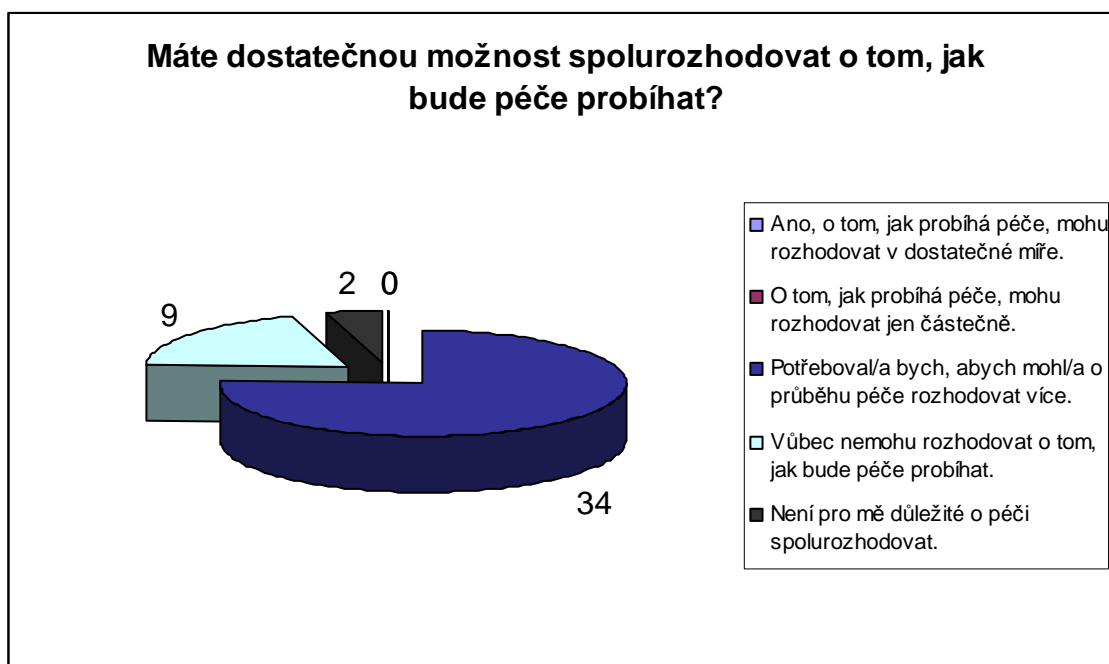
Největší počet respondentů, tj. 40 respondentů (44,44%), uvádí, že péče zcela splňuje potřeby jejich blízkých. Pouze 5 respondentů (5,56%) uvádí, že péče částečně splňuje potřeby jejich blízkých. Poněvadž na tuto otázku nikdo z respondentů neodpověděl, že by péče nesplňovala potřeby jeho blízkého, následující otázka č. 16 není uvedena.

Otázka č. 17: Máte dostatečnou možnost spolurozhodovat o tom, jak bude péče probíhat?

Tabulka č. 15 – Možnost ovlivnění průběhu péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, o tom, jak probíhá péče, mohu rozhodovat v dostatečné míře.	0	0
O tom, jak probíhá péče, mohu rozhodovat jen částečně.	0	0
Potřeboval/a bych, abych mohl/a o průběhu péče rozhodovat více.	34	37,78
Vůbec nemohu rozhodovat o tom, jak bude péče probíhat.	9	10
Není pro mě důležité o péči spolurozhodovat.	2	2,22
celkem	45	50

Graf č. 13 – Možnost ovlivnění průběhu péče



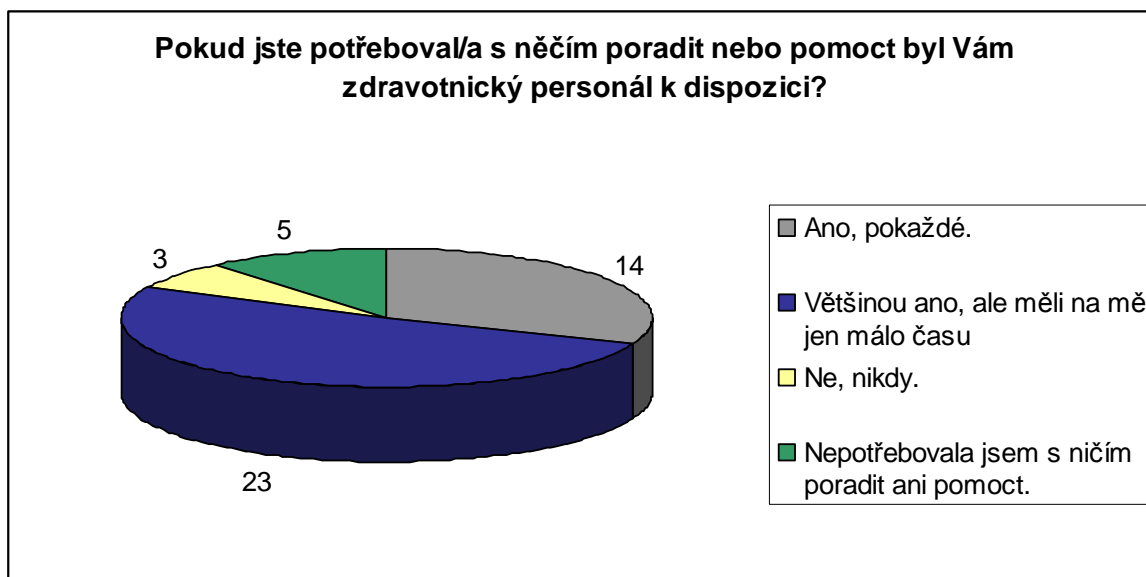
Z vyhodnocení vyplývá, že největší počet respondentů, tj. 34 respondentů (37,78%), nemá dostatečnou možnost spolurozhodovat o tom, jak bude péče probíhat a zároveň by chtěli, aby o průběhu péče mohli více rozhodovat. 9 respondentů (10%) uvádí, že o tom jak bude péče probíhat, nemohou vůbec rozhodovat a 2 respondenti (2,22%) uvádí, že není pro ně důležité, aby o péči spolurozhodovali.

Otázka č. 18: Pokud jste potřeboval/a s něčím poradit nebo pomoci byl Vám zdravotnický personál k dispozici?

Tabulka č. 16 – Ochota zdravotnického personálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, pokaždé.	14	15,56
Většinou ano, ale měli na mě jen málo času	23	25,56
Ne, nikdy.	3	3,33
Nepotřebovala jsem s ničím poradit ani pomoci.	5	5,56
celkem	45	50

Graf č. 14 – Ochota zdravotnického personálu



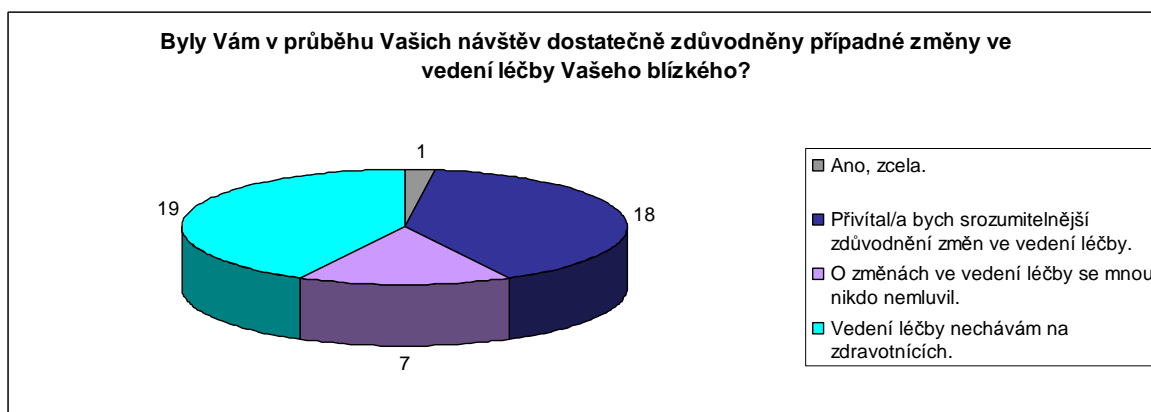
Pokud rodinní příslušníci potřebovali s něčím poradit nebo pomoci, zdravotnický personál jim byl sice vždycky k dispozici, avšak měli na ně vždy málo času, což uvádí 23 respondentů (25,56%). 14 respondentů (15,56%) uvádí, že zdravotnický personál jim poradil a pomohl pokaždé, když bylo potřeba. 5 respondentů (5,56%) uvádí, že nepotřebovali s ničím poradit ani pomoci a 3 respondenti (3,33%) uvádí, že pokud potřebovali s něčím poradit nebo pomoci, tak jim zdravotnický personál nebyl nikdy k dispozici.

Otázka č. 19: Byly Vám v průběhu poskytované péče dostatečně zdůvodněny změny ve vedení léčby Vašeho blízkého?

Tabulka č. 17 – Odůvodnění změn v léčbě

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, zcela.	1	1,11
Přivítal/a bych srozumitelnější zdůvodnění změn ve vedení léčby.	18	20
O změnách ve vedení léčby se mnou nikdo nemluvil.	7	7,78
Vedení léčby nechávám na zdravotnících.	19	21,11
celkem	45	50

Graf č. 15 – Odůvodnění změn v léčbě



Na tuto otázku odpovědělo 19 respondentů (21,11%), že vedení léčby nechává výhradně na zdravotnících. 18 respondentů (20%) však již uvedlo, že by přivítalo srozumitelnější zdůvodnění změn ve vedení léčby. 7 respondentů (7,78%) uvedlo, že o změnách ve vedení léčby s nimi nikdo nemluvil a pouze 1 respondent (1,11%) uvedl, že mu byly v průběhu poskytované péče dostatečně zdůvodněny změny ve vedení léčby.

Otázka č. 20: Jste spokojen/a s možnostmi návštěv na tomto oddělení?

Tabulka č. 18 – Možnost návštěv

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano, jsem spokojen/a.	25	13,89
Ne, nejsem spokojen/a.	20	11,11
Zdravotnický personál mi umožňuje navštívit svého blízkého i mimo návštěvní dobu.	8	4,44
Zdravotnický personál mi neumožňuje navštívit svého blízkého mimo návštěvní dobu.	37	20,56
celkem	90	50

Graf č. 16 – Možnost návštěv



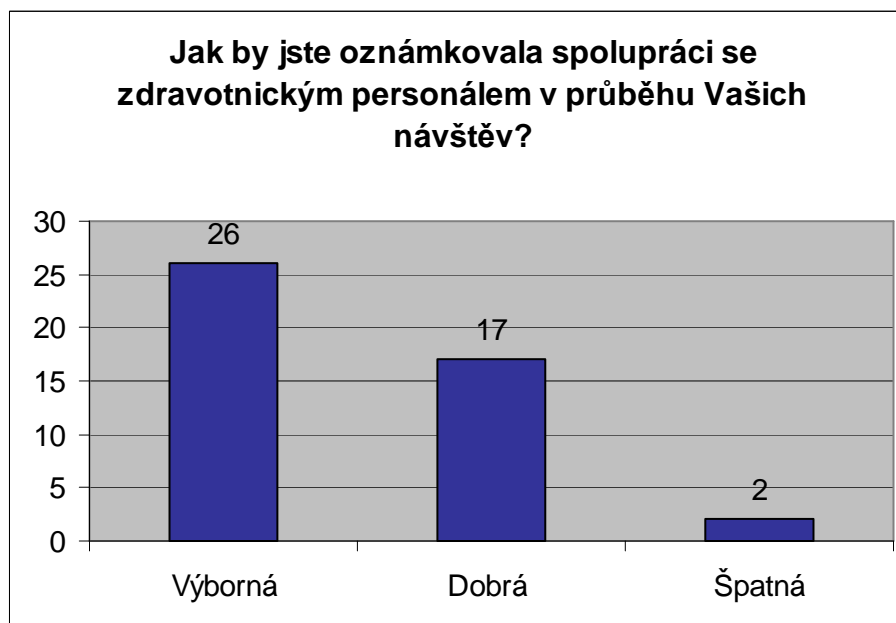
S možnostmi návštěv je spokojeno 25 respondentů (13,89%) a 20 respondentů (11,11%) s možnostmi návštěv spokojeno není, přičemž 37 respondentů (20,56%) odpovědělo, že zdravotnický personál jim neumožnil navštívit svého blízkého mimo návštěvní dobu a 8 respondentů (4,44%) odpovědělo, že jim zdravotnický personál umožnil navštívit svého blízkého i mimo návštěvní dobu.

Otázka č. 21: Jak by jste oznámkoval/a spolupráci se zdravotnickým personálem v průběhu Vašich návštěv?

Tabulka č. 19 – Spolupráce se zdravotnický personálem

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Výborná	26	28,89
Dobrá	17	18,89
Špatná	2	2,22
celkem	45	50

Graf č. 17 – Spolupráce se zdravotnickým personálem



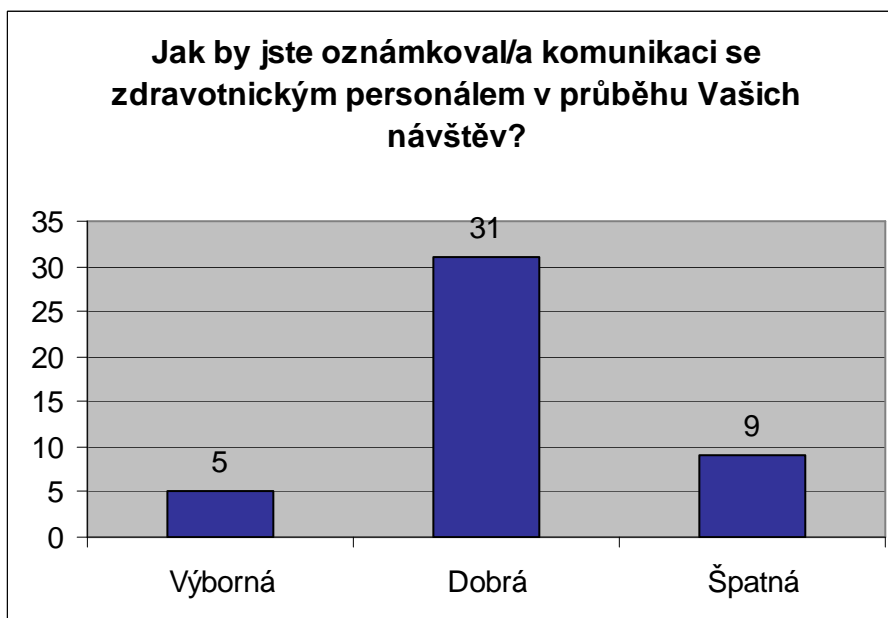
Největší počet respondentů, tj. 26 respondentů (28,89%) hodnotí spolupráci se zdravotnickým personálem jako výbornou, 17 respondentů (18,89%) hodnotí spolupráci jako dobrou a 2 respondenti (2,22%) hodnotí spolupráci jako špatnou.

Otázka č. 22: Jak by jste oznámkoval/a komunikaci se zdravotnickým personálem v průběhu Vašich návštěv?

Tabulka č. 20 – Komunikace se zdravotnickým personálem

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Výborná	5	5,56
Dobrá	31	34,44
Špatná	9	10
celkem	45	50

Graf č. 18 – Komunikace se zdravotnickým personálem



Největší počet respondentů, tj. 31 respondentů (34,44%) hodnotí komunikaci se zdravotnickým personálem jako dobrou, 9 respondentů (10%) hodnotí komunikaci jako špatnou a pouze 5 respondentů (5,56%) hodnotí komunikaci jako výbornou.

Otázka č. 23: V čem konkrétně vidíte největší nedostatky, pokud by jste měl/a zhodnotit péči poskytovanou na tomto oddělení?

Tato otázka byla položena jako otevřená, aby respondenti nebyli ovlivněni předem danými možnostmi a vyjádřili tak svůj názor. Z celkového počtu 45 respondentů odpovědělo na tuto otázku 25 respondentů. Mezi největší nedostatky řadili:

- nedostatek zdravotnického personálu na oddělení (5 respondentů)
- zdravotníci většinou nemají čas na rozhovor, málo komunikují s příbuznými (15 respondentů)
- nedostatek informací v průběhu hospitalizace (8 respondentů)
- informace jsou nesrozumitelné (odborné výrazy), zdravotníci se téměř neptají, jestli jim někdo rozuměl (17 respondentů)
- uspěchanost zdravotníků (3 respondenti)
- oslovování pacientů: dědo, babi nebo oslovování diagnózou pacienta (12 respondentů)
- pokřikování ode dveří (11 respondentů)
- s příbuznými se téměř nepočítá, malá spolupráce (19 respondentů)

Otázka č. 24: Jak by jste tyto Vámi výše uvedené nedostatky řešil/a? Kde by jste viděl/a možnost zlepšení?

Tato otázka byla také položena jako otevřená, aby respondenti nebyli ovlivněni předem danými možnostmi. Z celkového počtu 45 respondentů odpovědělo na tuto otázku pouhých 5 respondentů. Nedostatky, by řešili takto:

- motivace mladých lidí do zdravotnictví (3 respondenti)
- navýšení platů zdravotníkům (5 respondentů)
- zdravotníci by se měli učit komunikovat a snažit se spolupracovat se členy rodiny a pacientem (2 respondenti)
- nebát se přiznat chybu (2 respondenti)
- být více lidštější (4 respondenti)

Otázka č. 25: Zkuste navrhnout taková opatření, která by dle Vašeho mínění vedla ke zlepšení celkové úrovně poskytované ošetrovatelské péče.

Na tuto otázku odpovědělo 25 respondentů a uvedli následující opatření:

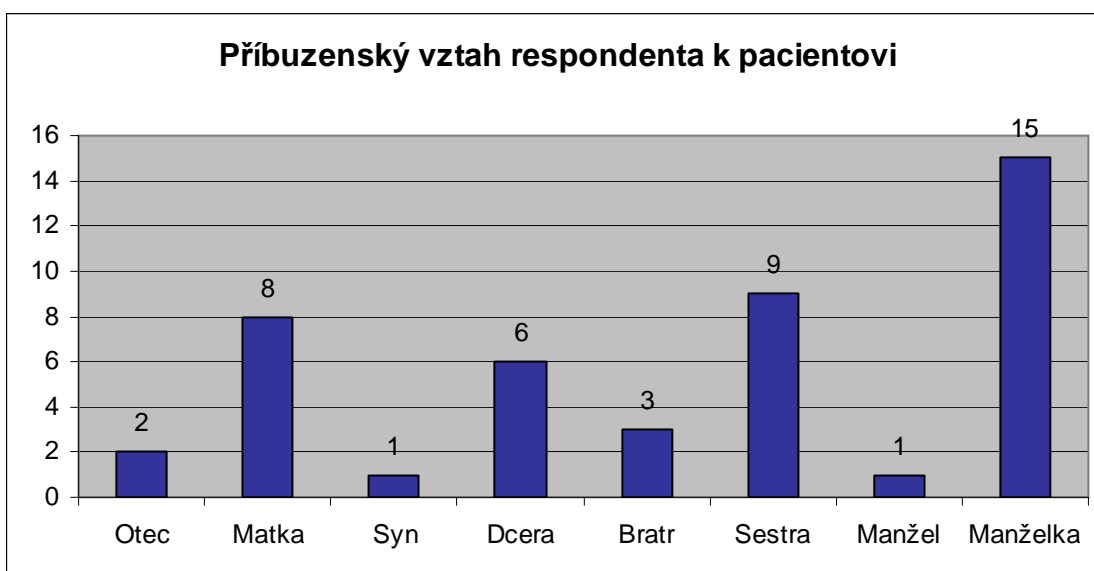
- zajistit schopné vedoucí pracovníky (15 respondentů)
- zajistit sponzory pro nemocnici (5 respondentů)
- nemocnice musí dobře hospodařit, aby se finanční ztráty neprojevovaly v úrovni poskytované péče (8 respondentů)
- zajistit více lékařů a zdravotních sester (4 respondenti)

Otázka č. 26: Příbuzenský vztah respondenta k pacientovi

Tabulka č. 21 – Příbuzenský vztah

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Otec	2	2,22
Matka	8	8,89
Syn	1	1,11
Dcera	6	6,67
Bratr	3	3,33
Sestra	9	10
Manžel	1	1,11
Manželka	15	16,67
celkem	45	50

Graf č. 19 – Příbuzenský vztah



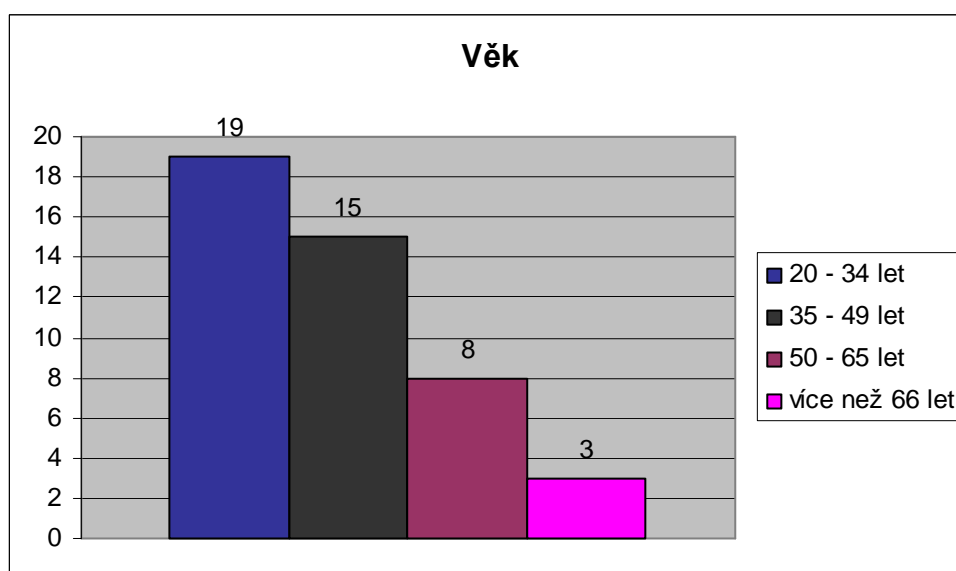
Z tohoto grafu vyplývá, že respondenti byli s pacienty v úzkém příbuzenském vztahu, tzn. že se jednalo opravdu o ty nejbližší rodinné příslušníky. Z příbuzenských vztahů měli největší zastoupení manželky – 15 respondentů (16,67%), poté sestry – 9 respondentů (10%), matky – 8 respondentů (8,89%) a dcery – 6 respondentů (6,67%). Nejmenší zastoupení měli bratři – 3 respondenti (3,33%), otcové – 2 respondenti (2,22%), syn – 1 respondent (1,11%) a manžel – 1 respondent (1,11%).

Otázka č. 27: Věk

Tabulka č. 22 – Věk

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
20 - 34 let	19	21,11
35 - 49 let	15	16,67
50 - 65 let	8	8,89
více než 66 let	3	3,33
celkem	45	50

Graf č. 20 – Věk



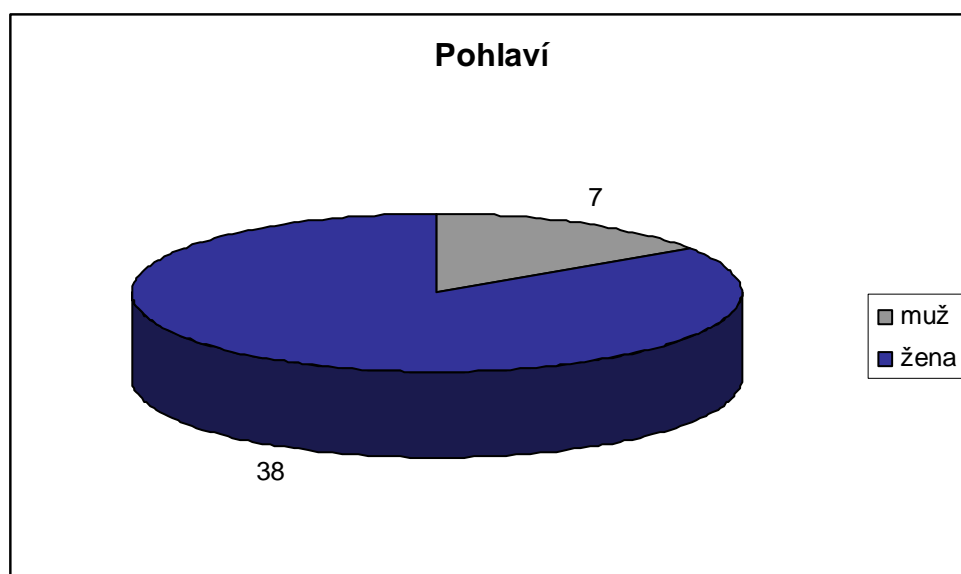
Respondenty jsem rozdělila podle věkové kategorie. Ve výzkumném šetření byli nejpočetnější skupinou respondenti ve věkové kategorii 20 – 34 let \Rightarrow celkem 19 respondentů (21,11%), následovali respondenti ve věkové kategorii 35 – 49 let \Rightarrow celkem 15 respondentů (16,67%). Menší počet respondentů spadal do věkové kategorie 50 – 65 let \Rightarrow celkem 8 respondentů (8,89%) a nejmenší počet respondentů spadal do věkové kategorie více než 66 let \Rightarrow celkem 3 respondenti (3,33%).

Otázka č. 28: Pohlaví

Tabulka č. 23 – Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
muž	7	7,78
žena	38	42,22
celkem	45	50

Graf č. 21 – Pohlaví



Z celkového počtu 45 respondentů se výzkumného šetření zúčastnilo 7 mužů (7,78%) a 38 žen (42,22%).

Otázka č. 29: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 24 – Vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Základní	0	0
Středoškolské bez maturity	5	5,56
Středoškolské s maturitou	31	34,44
Vyšší odborné	5	5,56
Vysokoškolské	4	4,44
celkem	45	50

Graf č. 22 – Vzdělání



Z vyhodnocení vyplývá, že z celkového počtu 45 respondentů má 31 respondentů (34,44%) středoškolské vzdělání s maturitou, 5 respondentů (5,56%) středoškolské vzdělání bez maturity, 5 respondentů (5,56%) vyšší odborné vzdělání a 4 respondenti vysokoškolské vzdělání (4,44%).

12.2 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Výsledky dotazníkového šetření jsem zpracovávala na základě předem stanovených hypotéz. Po důkladné analýze výzkumu byly jednotlivé hypotézy potvrzeny nebo vyvráceny. Komentáře k hypotézám uvádím v následujícím textu.

Hypotéza č. 1:

Předpokládám, že více než polovina respondentů bude za kvalitní ošetrovatelskou péči považovat tu, která bude plně uspokojovat potřeby pacienta.

K ověření této hypotézy sloužila položka č. 1. Otázka nabízela hned několik možností, které respondenti měli dle důležitosti oznámkovat. Položka – Péče plně uspokojuje potřeby nemocného – byla 41 respondenty (4,14%) hodnocena jako nejdůležitější a 4 respondenti (0,4%) hodnotili tuto položku jako důležitou.

Hypotéze se potvrdila, protože většina respondentů označila možnost - Péče plně uspokojuje potřeby nemocného, jako nejdůležitější kritérium kvalitní péče.

Hypotéza č. 2:

Předpokládám, že více než polovina respondentů bude za kvalitní ošetrovatelskou péči považovat tu, která bude vykonávána profesionálně, ale zároveň s lidským přístupem k pacientovi.

K ověření této hypotézy opět sloužila položka č. 1. Otázka nabízela ke zhodnocení další dvě položky – Lidský a profesionální přístup zdravotnického personálu.

Položku – Lidský přístup zdravotnického personálu, označilo 45 respondentů (4,55%) jako nejdůležitější. Položku – Profesionální přístup zdravotnického personálu, označilo 39 respondentů (3,94%) jako nejdůležitější a 6 respondentů (0,61%) jako důležité.

Hypotéza se potvrdila, protože všichni respondenti označili položku – Lidský přístup zdravotnického personálu, jako nejdůležitější kritérium kvalitní péče a většina respondentů označila položku – Profesionální přístup zdravotnického personálu, jako nejdůležitější kritérium kvalitní péče.

Hypotéza č. 3:

Předpokládám, že více než polovina respondentů bude nedostatky ošetrovatelské péče spatřovat v neadekvátní komunikaci zdravotnického personálu s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.

K ověření této hypotézy se vztahovaly otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, přičemž otázky č. 4, 8 a 10 byly stěžejní. Na otázku č. 4 odpovědělo 29 respondentů (32,22%), že se jim nikdo ze zdravotnického personálu nepředstavil. Na otázku č. 8 odpovědělo 28 respondentů (31,11%), že i když se jim odpovědi dostalo vždy, přesto málokdy porozuměli obsahu sdělení. A u otázky č. 10 odpovědělo 24 respondentů (26,67%), že i když měli dostatek příležitosti hovořit s ošetřujícím lékařem, museli na něj vždy dlouho čekat. Z vyhodnocení těchto tří otázek vyplývá, že komunikace zdravotnických pracovníků s rodinnými příslušníky je neadekvátní.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4:

Předpokládám, že více než polovina respondentů bude nedostatky ošetrovatelské péče spatřovat v nedostatečné informovanosti ze strany zdravotnického personálu.

K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 11. Většina, tj. 40 respondentů (44,44%), odpověděla, že dostali dostatek informací o tom, jak mají o svého blízkého po propuštění do domácího ošetřování pečovat, čímž byla hypotéza vyvrácena.

Hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 5:

Předpokládám, že méně než polovina respondentů bude ošetrovatelskou péči hodnotit jako nedostatečnou, neuspokojující základní potřeby nemocného.

K ověření této hypotézy sloužila otázka č. 12 a 15. U otázky č. 12 většina, tj. 18 respondentů (20%), uvedla, že jsou s ošetrovatelskou péčí spokojeni a nemůžou si na nic stěžovat, 15 respondentů (16,67%) uvedlo, že jsou s péčí velmi spokojeni a hodnotili úroveň péče na

výbornou, neměli žádné výhrady. 12 respondentů (13,33%) hodnotilo péči jako dostatečnou. Nikdo z respondentů nehodnotil péči jako nedostatečnou.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 6:

Předpokládám, že více než polovina respondentů bude zlepšení ošetrovatelské péče spatřovat ve zlepšení komunikace zdravotnického personálu s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.

K ověření této hypotézy se vztahovala otázka č. 23. 19 respondentů odpovědělo, že jim vadí, že zdravotnický personál je poněkud přehlíží a málo s nimi spolupracuje. Hypotéza však není vyvrácená ani potvrzena, protože na otázku č. 23 odpovědělo celkem 25 respondentů z celkového počtu 45 respondentů.

Hypotéza č. 7:

Předpokládám, že více než polovina respondentů bude zlepšení ošetrovatelské péče spatřovat ve zlepšení spolupráce zdravotnického personálu s pacienty.

K ověření této hypotézy se vztahovala otázka č. 23. 17 respondentů uvedlo, že zdravotníci podávají nesrozumitelné informace a téměř se neptají, zda jim druzí rozumí.

Hypotéza však není vyvrácená ani potvrzena, protože na otázku č. 23 odpovědělo celkem 25 respondentů z celkového počtu 45 respondentů.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká kritéria musí splňovat kvalitní ošetrovatelská péče z pohledu rodinných příslušníků, dále v čem konkrétně rodinní příslušníci spatřují největší nedostatky poskytované péče a posledním cílem bylo zjistit, v čem konkrétně rodinní příslušníci vidí možnosti zlepšení v poskytované ošetrovatelské péči.

V teoretické části jsem se zabývala definicí kvality zdravotní péče, definovala jsem kvalitu péče z mnoha různých úhlů pohledů, zabývala jsem se systémovými modely kvality a jejich implementací. Uvedla jsem základní postupy při rozvoji managementu kvality, zmínila jsem akreditační šetření a podrobněji se zabývala jedním z aktuálních modelů kvality a to Modelem kontinuálního zvyšování kvality. Svou pozornost jsem také zaměřila na jednotlivé nástroje měření kvality ošetrovatelské péče, zabývala jsem se významem rodiny v péči o nemocného člena rodiny a v poslední kapitole jsem se zabývala komunikací.

V praktické části analyzuji získaná data z dotazníkového šetření a zjišťuji pohled rodiny na kvalitu ošetrovatelské péče.

Některé hypotézy, které jsem si pro tento výzkum stanovila, potvrzeny nebyly, přesto jsem získala určité informace o kvalitě ošetrovatelské péče. Jak vyplývá z potvrzených hypotéz, pro rodinu je důležité:

- aby ošetrovatelská péče plně uspokojovala potřeby nemocného (4,14%)
- aby ošetrovatelská péče byla vykonávána profesionálně, ale zároveň s lidským přístupem k nemocnému a jeho rodině (4,55%)
- aby komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným, jeho rodinou byla efektivní (32,22%)
- aby zdravotnický personál srozumitelně a také v dostatečné míře informoval nemocného a jeho rodinu (44,44%)

Z toho vyplývá, že zdravotnický personál se musí i nadále zdokonalovat v komunikaci, měl by vycházet rodině nemocného vstříc a uvědomit si, že v péči o nemocného má rodina své nezastupitelné místo. Proto je důležité brát rodinné příslušníky za rovnocenné partnery v péči o nemocného a snažit se najít si k sobě partnerský vztah, který bude založen na vzájemné důvěře, a který tak bude posilovat vůli nemocného k uzdravení se.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY*Monografie:*

- [1] BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- [2] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. Výzkum a ošetřovatelství. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [3] BERAN, J. Základy komunikace s nemocným. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 382-149-96.
- [4] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. Speciální psychologie. 4. vyd. Brno : NCO NZO, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
- [5] ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2, Praktická příručka pro sestry : Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
- [6] EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D. Strategický marketing zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha : Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
- [7] GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [8] GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas. Proč a jak? 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
- [10] HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. Systém péče o zdraví a zdravotnictví - východiska, základní pojmy a perspektivy. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- [11] HOLMEROVÁ, I., DRÁBKOVÁ, H., a kol. Zdravověda a ošetřovatelství pro praxi ve zdravotně sociální péči. Praha : EV public relations, 2007. 120 s. ISBN 978-80-254-0175-0.

- [12] HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. 2. dopl. vyd. Praha : Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [13] IVANOVÁ, K. Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
- [14] JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. Psychologické aspekty zdravotnické komunikace. 1. vyd. Brno : Masarykova Univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
- [15] JAROLÍMOVÁ, E., HOLÁ, M. Psychologie pro praxi ve zdravotně sociální péči. Praha : EV public relations, 2007. 69 s. ISBN 978-80-254-0178-1.
- [16] JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [17] JOBÁNKOVÁ, M., a kol. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.
- [18] MADAR, J., a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- [19] MACH, J. Medicína a právo. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.
- [20] MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství I. díl : Systémový přístup. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- [21] MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství II. díl : Systémový přístup. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
- [22] MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [23] STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. Právní odpovědnost v medicíně. 1. vyd. Praha : Galén, 1998. 352 s. ISBN 80-85824-88-4.
- [24] ŠKRLA, P. Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- [25] ŠKRLOVI, M. a P. Kreativní ošetřovatelský management. 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

- [26] TRACHTOVÁ, E., a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [27] VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- [28] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [29] VURM, V., a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha : TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- [30] ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. Ekonomika zdravotnictví. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.
- [31] ZLÁMAL, J. Marketing ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ALPHA	Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation - Agenda pro vedení programů akreditace
a. s.	akciová společnost
ČAS	Česká asociace sester
EFQM	The European Foundation for Quality Management - Evropská nadace pro řízení kvality
EU	Evropská unie
ISO	The International Organization for Standardization - Mezinárodní organizace pro standardizaci
ISQua	The International Society for Quality in Health Care - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations - Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení
JCIA	Joint Commission International - Spojená mezinárodní komise
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SAK-ČR	Spojená akreditační komise České republiky
TQM	Total Quality Management
UNIFY	profesní organizace fyzioterapeutů
UNIPA	profesní sdružení porodních asistentek
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1a – Kritéria kvalitní péče

Graf č. 1b – Kritéria kvalitní péče

Graf č. 2 – První dojem

Graf č. 3 – Představování zdravotnického personálu

Graf č. 4 – Celkový přístup zdravotnického personálu

Graf č. 5 – Důvěra ke zdravotnickému personálu

Graf č. 6 – Celkové zacházení ze strany zdravotnického personálu

Graf č. 7 – Srozumitelnost informací

Graf č. 8 – Způsob sdělení informací

Graf č. 9 – Příležitost hovořit s ošetřujícím lékařem

Graf č. 10 – Informace o domácím ošetřování

Graf č. 11 – Zhodnocení péče

Graf č. 12 – Míra uspokojení potřeb

Graf č. 13 – Možnost ovlivnění průběhu péče

Graf č. 14 – Ochota zdravotnického personálu

Graf č. 15 – Odůvodnění změn v léčbě

Graf č. 16 – Možnost návštěv

Graf č. 17 – Spolupráce se zdravotnickým personálem

Graf č. 18 – Komunikace se zdravotnickým personálem

Graf č. 19 – Příbuzenský vztah

Graf č. 20 – Věk

Graf č. 21 – Pohlaví

Graf č. 22 – Vzdělání

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Kritéria kvalitní péče

Tabulka č. 2 – První dojem

Tabulka č. 3 – Výraz obličeje

Tabulka č. 4 – Představování zdravotnického personálu

Tabulka č. 5 – Celkový přístup zdravotnického personálu

Tabulka č. 6 – Důvěra ke zdravotnickému personálu

Tabulka č. 7 – Celkové zacházení ze strany zdravotnického personálu

Tabulka č. 8 – Srozumitelnost informací

Tabulka č. 9 – Způsob sdělení informací

Tabulka č. 10 – Příležitost hovořit s ošetřujícím lékařem

Tabulka č. 11 – Informace o domácím ošetřování

Tabulka č. 12 – Zhodnocení péče

Tabulka č. 13 – Spokojenost s péčí v určených oblastech

Tabulka č. 14 – Míra uspokojení potřeb

Tabulka č. 15 – Možnost ovlivnění průběhu péče

Tabulka č. 16 – Ochota zdravotnického personálu

Tabulka č. 17 – Odůvodnění změn v léčbě

Tabulka č. 18 – Možnost návštěv

Tabulka č. 19 – Spolupráce se zdravotnickým personálem

Tabulka č. 20 – Komunikace se zdravotnickým personálem

Tabulka č. 21 – Příbuzenský vztah

Tabulka č. 22 – Věk

Tabulka č. 23 – Pohlaví

Tabulka č. 24 – Vzdělání


SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P II: Žádost o přístup k informacím

PŘÍLOHA P III: Dotazník

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Lucie Strokoszová
Téma bakalářské práce	Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu rodiny
Skupina respondentů	Rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati a.s., Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín 762 75

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28. 4. 2024


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií


Bc. M. Hejtmánková
ředitelka ústavu ošetrovatelské péče
Krajská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O PŘÍSTUP K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

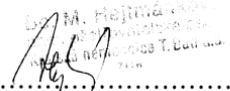
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Lucie Strokoszová
Téma bakalářské práce	Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu rodiny
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati a.s., Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín 762 75

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 28. 4. 2022


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK

HODNOCENÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE Z POHLEDU RODINY DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Lucie Strokoszová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství oboru Všeobecná sestra Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci své bakalářské práce provádím formou tohoto dotazníku výzkum, jehož cílem je zjistit, jak na kvalitu ošetrovatelské péče pohlíží rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů.

Prosím Vás, věnujte dotazníku pozornost. Vaše odpovědi jsou pro mě velice cenné, protože mi pomáhají zjistit, jak kvalitu ošetrovatelské péče hodnotíte a v čem konkrétně tuto kvalitu spatřujete. Umožňují tedy zjistit, jaká je úroveň poskytované ošetrovatelské péče a co je potřeba v ošetrovatelské péči nadále zlepšovat.

U každé otázky označte, prosím, zakřížkováním do příslušného okénka tu odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší současné zkušenosti. Ráda bych získala maximální možný počet odpovědí na položené otázky, proto Vás žádám o trpělivost při vyplňování dotazníku. Vaše odpovědi na položené otázky by měly co nejvěrněji popsat Vaši zkušenost s ošetrovatelskou péčí na tomto oddělení. Nebojte se proto kritiky, pokud jste nebyl/a spokojen/a, a naopak kladného hodnocení u péče, s kterou jste spokojen/a byl/a. Pokud na některou otázku nedokážete z nějakého důvodu odpovědět, zaznamenejte čitelně tuto skutečnost u dané otázky. Pokud se při vyplňování dotazníku zmýlíte, stačí, když chybnou odpověď zřetelně přeškrtnete a vyplníte správné okénko.

Dotazník nepodepisujte! Výzkum je zcela anonymní. Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a nebudou použity k jiným než výzkumným účelům. **Vyplněný dotazník při odchodu z oddělení odevzdejte, prosím, na sesterně, kterékoliv zdravotní sestře.**

Děkuji Vám za spolupráci a za čas, který věnujete vyplnění dotazníku. Velmi si Vaší ochoty vážím!

Prosím, nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné zkušenosti s tímto oddělením. Zdravotnickým personálem v tomto dotazníku jsou myšleni, jak lékaři, tak i sestry a ošetrovatelky (sanitářky).

1. Jaká kritéria musí podle Vás splňovat kvalitní péče? Nabízené možnosti označte dle důležitosti (dle Vašeho názoru) – 1 nejdůležitější, 2 důležité, 3 nejméně důležité

- ✦ Lidský přístup zdravotnického personálu 1...2...3
- ✦ Profesionální přístup zdravotnického personálu 1...2...3
- ✦ Spolehlivost, odpovědnost 1...2...3
- ✦ Ochota, vstřícnost 1...2...3
- ✦ Dobrá komunikace zdravotnického personálu s pacienty a jejich blízkými 1...2...3
- ✦ Podávání informací je srozumitelné 1...2...3
- ✦ Péče plně uspokojuje potřeby pacienta 1...2...3
- ✦ Nemocnice je akreditována (splňuje kritéria kvality) 1...2...3
- ✦ Nemocnice má k dispozici nejmodernější přístroje a techniku 1...2...3
- ✦ Na oddělení pracují špičkoví lékaři a vysokoškolsky vzdělané sestry 1...2...3
- ✦ Oddělení je moderní, nové 1...2...3

2. Jaký dojem na Vás udělal první kontakt se zdravotnickým personálem a se samotným oddělením? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Velmi dobrý | <input type="checkbox"/> Špatný |
| <input type="checkbox"/> Dobrý | <input type="checkbox"/> Velmi špatný |
| <input type="checkbox"/> Průměrný | <input type="checkbox"/> Nevzpomínám si |

3. S jakým výrazem obličejů jste se nejčastěji setkával/a u zdravotnického personálu na tomto oddělení, když jste svého blízkého navštívil/a? Zaškrtněte pouze jednu možnost.



4. Představoval se Vám zdravotnický personál? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, pokaždé.
- Většinou se mi představil.
- Většinou se mi nepředstavil.
- Ne, nikdo se mi nepředstavil.

5. Jak jste spokojen/a s celkovým přístupem zdravotnického personálu k Vám a k Vašemu blízkému na tomto oddělení? Zaškrtněte dvě odpovědi.

- Jedná se o skutečné odborníky, kteří svou práci dělají na vysoké úrovni, nemám výhrady.
- Slušné vystupování, v mnohém nám pomohli a poradili.
- Standardní přístup jako v jiných nemocnicích, nemáme výhrady.
- Snažili se, ale k mnohému máme výhrady.
- Pouze odvedli svou práci, ale chyběl nám lidský přístup, ochota a vstřícnost.
- Zdálo se nám, že pracují jen z povinnosti.
- Kdybychom si mohli vybrat jinou nemocnici, určitě bychom neváhali.

6. Měl/a jste důvěru ke zdravotnickému personálu na tomto oddělení? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Určitě ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Určitě ne

7. Jak bylo s Vaší osobou celkově zacházeno? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Velmi dobře – zdravotnický personál ke mně přistupoval s úctou a respektem. Brali mě jako rovnocenného partnera v péči o mého blízkého.
- Dobře – zdravotnický personál byl ke mně slušný, ale pocíťoval/a jsem, že mě neberou jako rovnocenného partnera v péči o mého blízkého.
- Špatně – měli na mě vždy málo času a spíše jsem jim byl/a na obtíž.

8. Když jste položil/a někomu ze zdravotnického personálu nějakou otázku, dostalo se Vám odpovědi, která byla pro Vás dostatečně srozumitelná? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Odpovědi se mi dostalo vždy a oceňuji, že se zdravotnický personál zajímal o to, zda jsem odpovědi dostatečně dobře porozuměl/a. Mohl/a jsem klást doplňující otázky.
- Odpovědi se mi dostalo vždy, ale málokdy jsem odpovědi dobře porozuměl/a a podruhé jsem se již ptát nechtěl/a, abych neobtěžoval/a.
- Odpovědi se mi dostalo pouze tehdy, když měl na mě zdravotnický personál čas.
- Zdravotnický personál mojí přítomnost přehlížel, a proto jsem se raději na nic neptal/a.

9. Vyhovoval Vám způsob, jakým Vám zdravotnický personál sděloval informace týkající se Vašeho blízkého – co se týče zdravotního stavu, léčby aj.? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, jsem spokojen/a.
- Spíše ne, chybělo mi především
- Vůbec ne.

10. Měl/a jste dostatek příležitostí hovořit s ošetřujícím lékařem? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, nebyl v tom problém.
- Ano, ale musel/a jsem na lékaře dlouho čekat.
- Ne, pokaždé nebyl k dispozici nebo neměl čas.
- Nepotřeboval/a jsem s ošetřujícím lékařem hovořit.

11. Dostal/a jste dostatek informací o tom, jak o svého blízkého máte pečovat po propuštění do domácího ošetření? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano
- Ne

12. Jak by jste celkově zhodnotil/a péči na tomto oddělení, která byla Vašemu nejbližšímu doposud poskytnuta? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Jsem velmi spokojen/a. Péče, která je zde poskytována, je na výborné úrovni. Nemám žádné výhrady.
- Jsem spokojen/a. Zdravotnický personál se snaží, nemohu si stěžovat.
- Péči hodnotím jako dostatečnou, měla bych ale pár výhrad.
- Péči hodnotím jako nedostatečnou, v mnoha ohledech byla péče zanedbávána.

13. Pokud jste v předešlé otázce zaškrtnl/a poslední dvě možnosti, upřesněte, prosím, konkrétní důvod Vaší nespokojenosti.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Jak jste spokojen/a s péčí v níže uvedených oblastech? (zaškrtněte v tabulce u každé položky příslušnou známku podle toho, jak péči v této oblasti hodnotíte). Stupnice je uvedena zde:

1. velmi spokojen
2. spíše spokojen
3. ani spokojen, ani nespokojen
4. spíše nespokojen
5. nespokojen
6. nedovedu posoudit

	1	2	3	4	5	6
Hygienická péče						
Výživa – jídlo						
Péče o vyprazdňování						
Podávání léků						
Tišení bolesti						
Rehabilitační péče						
Zajištění duchovních potřeb						
Čistota pokojů a sociálního zařízení						
Zajištění soukromí, intimity						

15. Splňuje péče na tomto oddělení potřeby Vašeho blízkého? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, zcela.
- Částečně ano.
- Spíše ne.
- Určitě ne.

16. Pokud péče nesplňuje potřeby Vašeho blízkého, uveďte prosím, čeho konkrétně se to týká.

-
-
-
-
-
-
-

17. Máte dostatečnou možnost spolurozhodovat o tom, jak bude péče probíhat? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, o tom, jak probíhá péče, mohu rozhodovat v dostatečné míře.
- O tom, jak probíhá péče, mohu rozhodovat jen částečně.
- Potřeboval/a bych, abych mohl/a o průběhu péče rozhodovat více.
- Vůbec nemohu rozhodovat o tom, jak bude péče vypadat.
- Není pro mě důležité o péči spolurozhodovat.

18. Pokud potřebujete s něčím poradit nebo pomoci je Vám zdravotnický personál k dispozici? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, pokaždé.
- Většinou ano, ale mají na mě jen málo času.
- Ne, nikdy.
- Nepotřebovala jsem s ničím poradit ani pomoci.

19. Jsou Vám v průběhu poskytované péče dostatečně zdůvodněny změny ve vedení léčby Vašeho blízkého? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, zcela.
- Přivítal/a bych srozumitelnější zdůvodnění změn ve vedení léčby.
- Změny jsou mi nedostatečně vysvětleny.
- O změnách ve vedení léčby se mnou nikdo nemluvil.
- Vedení léčby nechávám na zdravotnících.

20. Jste spokojen/a s možnostmi návštěv na tomto oddělení? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- Ano, jsem spokojen/a. Doba návštěv mi vyhovuje.
- Zdravotnický personál mi umožňuje navštívit svého blízkého i mimo návštěvní dobu.
- Ne, nejsem spokojen/a. Doba návštěv mi zcela nevyhovuje.
- Zdravotnický personál mi neumožňuje navštívit svého blízkého mimo návštěvní dobu.

21. Jak by jste oznámkoval/a spolupráci se zdravotnickým personálem v průběhu Vašich návštěv? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- 1 – výborná
- 2 – dobrá
- 3 – špatná

22. Jak by jste oznámkoval/a komunikaci se zdravotnickým personálem v průběhu Vašich návštěv? Zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- 1 – výborná
- 2 – dobrá
- 3 – špatná

23. V čem konkrétně vidíte největší nedostatky, pokud by jste měl/a zhodnotit péči poskytovanou na tomto oddělení? – Setkal/a jste se s tím opakovaně. Prosím, uveďte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

24. Jak by jste tyto Vámi výše uvedené nedostatky řešil/a? Kde byste viděl/a možnost zlepšení? Prosím, uveďte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

25. Zkuste navrhnout taková opatření, která by dle Vašeho mínění vedla ke zlepšení celkové úrovně poskytované ošetrovatelské péče.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informace o respondentovi (člověku, který vyplňoval tento dotazník)

26. Váš příbuzenský vztah k pacientovi, prosím, uveďte:

27. Váš věk let

28. Pohlaví muž žena

29. Nejvyšší ukončené vzdělání

- základní vzdělání
- středoškolské s maturitou
- středoškolské bez maturity
- vysokoškolské vzdělání

Děkuji Vám za čas, který jste věnoval/a vyplňování tohoto dotazníku. Zkontrolujte, prosím, zda jste zodpověděl/a veškeré otázky. Vyplněný dotazník odevzdejte, prosím, zdravotní sestře. Přeji Vám příjemný den ☺