

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Spokojenost hospitalizovaných pacientů
jako indikátor kvality**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Jana Léblová

Vedoucí práce: PhDr. Lada Nováková, PhD.

Jihlava 2019



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Jana Léblová
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví
Název práce:	Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako indikátor kvality
Cíl práce:	Cíl 1: Zjistit, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s kvalitou poskytované péče. Cíl 2: Zjistit, zda-li oddělení psychiatrických nemocnic, na kterém jsou pacienti hospitalizováni, ovlivňuje jejich spokojenost s poskytovanou péčí.


PhDr. Lada Nováková, PhD.
vedoucí diplomové práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

V současné době je poskytování kvalitní a bezpečné péče ve zdravotnictví důležitým ukazatelem toho, jaká péče je pacientům poskytována. Diplomová práce s názvem „Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako indikátor kvality“ poukazuje na míru spokojenosti pacientů na odděleních psychiatrických nemocnic. Jde o práci teoreticky-výzkumnou. V teoretické části jsou představena východiska kvality a bezpečné péče, ukazatele kvality a modely spokojenosti. Ve výzkumné části jsou porovnány výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zhodnotit míru spokojenosti pacientů na uzavřených a otevřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Klíčová slova

Indikátor; Hospitalizace; Kvalita; Pacient; Spokojenost.

Abstract

Nowadays, providing high-quality and safe health care is an important indicator of what care is provided to patients. The dissertation entitled "Satisfaction of Hospitalized Patients as a Quality Indicator" points to the degree of satisfaction of patients in departments of psychiatric hospitals. This is a theoretical-research thesis. The first part introduces the theoretical bases of quality and safe care, quality indicators and satisfaction models. The search section compares the results of the questionnaire survey, which aimed at evaluating the degree of patient satisfaction in the restricted and open departments of psychiatric hospitals.

Key words

Indicator; Hospitalization; Quality; Patient; Satisfaction.

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním diplomové práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 16. dubna 2019

.....

Podpis studentky

Poděkování

Především bych ráda poděkovala PhDr. Ladě Novákové, PhD. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a připomínky a za její ochotu a poskytnutý čas během konzultací. Zároveň děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Obsah

Úvod	13
Motivace	14
Cíl práce.....	15
1 Současný stav problematiky	16
1.1 Historie kvality v zavádění systému řízení kvality ve zdravotnictví	17
1.2 Současný stav řízení kvality v ČR	17
1.3 Modely řízení kvality	19
1.4 Řízení a management kvality.....	21
1.5 Řízení rizik.....	22
1.6 Měření a vyhodnocování kvality	24
1.7 Metody hodnocení kvality	30
1.8 Spokojenost pacientů.....	31
1.8.1 Teoretické modely.....	32
1.8.2 Techniky sledování spokojenosti pacientů	35
1.8.3 Výzkumy zaměřené na sledování spokojenosti pacientů	39
2 Výzkumná část.....	40
2.1 Metodika výzkumu.....	40
2.2 Charakteristika cílového souboru a výzkumného vzorku	41
2.3 Průběh výzkumu	43
2.4 Zpracování získaných dat	44
2.5 Výsledky výzkumu.....	45
3 Diskuze	120
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	129
Závěr.....	131
Seznam použité literatury	133
Seznam příloh	141

Seznam grafů

Graf 1a Doba čekání na přijetí podle typu oddělení.....	46
Graf 1b Doba čekání na přijetí podle typu hospitalizace.....	47
Graf 2a Změna termínu přijetí podle oddělení.....	48
Graf 2b Změna termínu přijetí podle hospitalizace.....	48
Graf 3a Doba čekání podle oddělení.....	49
Graf 3b Doba čekání podle hospitalizace.....	49
Graf 4a Zhoršení potíží při čekání podle oddělení.....	50
Graf 4b Zhoršení potíží při čekání podle hospitalizace.....	51
Graf 5a První kontakt v nemocnici podle oddělení.....	52
Graf 5b První kontakt v nemocnici podle hospitalizace.....	53
Graf 6a Informace o zdravotním stavu podle oddělení.....	54
Graf 6b Informace o zdravotním stavu podle hospitalizace.....	55
Graf 7a Doba čekání na lůžko podle oddělení.....	56
Graf 7b Doba čekání na lůžko podle hospitalizace.....	57
Graf 8a Plynulost přijetí do nemocnice podle oddělení.....	58
Graf 8b Plynulost přijetí do nemocnice podle hospitalizace.....	59
Graf 9a Ranní buzení podle oddělení.....	60
Graf 9b Ranní buzení podle hospitalizace.....	61
Graf 10a Doba návštěv podle oddělení.....	62
Graf 10b Doba návštěv podle hospitalizace.....	63
Graf 11a Kvalita jídla podle oddělení.....	64
Graf 11b Kvalita jídla podle hospitalizace.....	65
Graf 12a Dieta podle oddělení.....	66
Graf 12b Dieta podle hospitalizace.....	66
Graf 13a Množství jídla podle oddělení.....	67
Graf 13b Množství jídla podle hospitalizace.....	68
Graf 14a Doba podávání jídel podle oddělení.....	69
Graf 14b Doba podávání jídel podle hospitalizace.....	69
Graf 15a Služby nemocnice podle oddělení.....	70
Graf 15b Služby nemocnice podle hospitalizace.....	71
Graf 16a Jméno ošetřujícího lékaře podle oddělení.....	72
Graf 16b Jméno ošetřujícího lékaře podle hospitalizace.....	73
Graf 17a Frekvence návštěv lékaře podle oddělení.....	74

Graf 17b Frekvence návštěv lékaře podle hospitalizace.....	74
Graf 18a Důvěra k lékaři podle oddělení.....	75
Graf 18b Důvěra k lékaři podle hospitalizace.....	75
Graf 19a Odpověď lékaře na otázku podle oddělení.....	76
Graf 19b Odpověď lékaře na otázku podle hospitalizace.....	77
Graf 20a Ochota lékaře promluvit si podle oddělení.....	78
Graf 20b Ochota lékaře promluvit si podle hospitalizace.....	79
Graf 21a Rozhovor lékaře, jako by pacient nebyl přítomen podle oddělení.....	80
Graf 21b Rozhovor lékaře, jako by pacient nebyl přítomen podle hospitalizace.....	80
Graf 22a Frekvence rozhovoru lékaře s pacientem podle oddělení.....	81
Graf 22b Frekvence rozhovoru lékaře s pacientem podle hospitalizace.....	81
Graf 23a Odpověď sestry na otázku podle oddělení.....	82
Graf 23b Odpověď sestry na otázku podle hospitalizace.....	83
Graf 24 Ochota sestry promluvit si podle oddělení.....	84
Graf 24b Ochota zdravotní sestry promluvit si podle hospitalizace.....	85
Graf 25a Rozhovor sestry, jako by pacient nebyl přítomen podle oddělení.....	86
Graf 25b Rozhovor sestry, jako by pacient nebyl přítomen podle hospitalizace.....	87
Graf 26a Důvěra k sestrám podle oddělení.....	88
Graf 26b Důvěra k sestrám podle hospitalizace.....	88
Graf 27a Protichůdné informace od personálu podle oddělení.....	89
Graf 27b Protichůdné informace od personálu podle oddělení.....	89
Graf 28a Dosažitelnost personálu podle oddělení.....	90
Graf 28b Dosažitelnost personálu podle hospitalizace.....	90
Graf 29a Zapojení do rozhodování o léčbě podle oddělení.....	91
Graf 29b Zapojení do rozhodování o léčbě podle hospitalizace.....	91
Graf 30a Možnost blízkých pohovořit si s lékařem podle oddělení.....	92
Graf 30b Možnost blízkých pohovořit si s lékařem podle hospitalizace.....	92
Graf 31a Soukromí při rozhovoru podle oddělení.....	93
Graf 31b Soukromí při rozhovoru podle hospitalizace.....	93
Graf 32a Dostatek soukromí během vyšetření podle oddělení.....	94
Graf 32b Dostatek soukromí během vyšetření podle hospitalizace.....	94
Graf 33a Rychlost pomoci personálu podle oddělení.....	95
Graf 33b Rychlost pomoci personálu podle hospitalizace.....	96
Graf 34a Seznámení s právy nemocného podle oddělení.....	97

Graf 34b Seznámení s právy nemocného podle hospitalizace.....	97
Graf 35a Zajištění duchovních potřeb podle oddělení.....	98
Graf 35b Zajištění duchovních potřeb podle hospitalizace.....	99
Graf 36a Změna termínu vyšetření podle oddělení.....	100
Graf 36b Změna termínu vyšetření podle hospitalizace.....	101
Graf 37a Úcta a respekt podle oddělení.....	102
Graf 37b Úcta a respekt podle hospitalizace.....	102
Graf 38a Postoj personálu podle oddělení.....	103
Graf 38b Postoj personálu podle hospitalizace.....	104
Graf 39a Hodnocení celkové péče podle oddělení.....	105
Graf 39b Hodnocení celkové péče podle hospitalizace.....	106
Graf 40a Doporučení nemocnice podle oddělení.....	107
Graf 40b Doporučení nemocnice podle hospitalizace.....	107

Seznam tabulek

Tabulka 1 Počty zpracovávaných dotazníků otevřené a uzavřené oddělení.....	45
Tabulka 2 Počty zpracovávaných dotazníků první a další hospitalizace	45
Tabulka 3 Pozorované četnosti odpovědí všeobecné sestry	108
Tabulka 4 Pozorované četnosti ochoty všeobecné sestry při potížích	109
Tabulka 5 Pozorované četnosti odpovědí chování všeobecné sestry v přítomnosti pacienta	109
Tabulka 6 Pozorované četnosti odpovědí důvěry k všeobecným sestrám	110
Tabulka 7 Pozorované četnosti odpovědí protichůdných informací od personálu	110
Tabulka 8 Pozorované četnosti odpovědí dosažitelnosti personálu.....	110
Tabulka 9 Pozorované četnosti odpovědí znalosti ošetřujícího lékaře	112
Tabulka 10 Pozorované četnosti odpovědí frekvence návštěv lékaře.....	112
Tabulka 11 Pozorované četnosti odpovědí důvěry k lékaři.....	112
Tabulka 12 Pozorované četnosti odpovědí odpovědi lékaře, které pacient rozumí.....	113
Tabulka 13 Pozorované četnosti odpovědí ochoty lékaře odpovědět na položenou otázku	113
Tabulka 14 Pozorované četnosti odpovědí chování lékaře v přítomnosti pacienta	114
Tabulka 15 Pozorované četnosti odpovědí frekvence rozhovoru pacienta s lékařem...	114
Tabulka 16 Pozorované četnosti odpovědí protichůdných informací od personálu	114
Tabulka 17 Pozorované četnosti odpovědí dosažitelnosti personálu v nemocnici	115
Tabulka 18 Pozorované četnosti odpovědí ochoty pacienta rozhodovat o léčbě.....	116
Tabulka 19 Pozorované četnosti odpovědí možnosti blízkých hovořit s lékařem.....	116
Tabulka 20 Pozorované četnosti odpovědí dostatek soukromí při rozhovoru s lékařem	117
Tabulka 21 Pozorované četnosti odpovědí dostatek soukromí při vyšetření nebo léčbě	117
Tabulka 22 Pozorované četnosti odpovědí hodnocení celkového postoje personálu ...	118
Tabulka 23 Pozorované četnosti odpovědí celkového hodnocení péče	119

Seznam použitých zkratk

ACDP	Demingův cyklus
ANA	American Nurses Association
CMS	Centre for Medicare Services
č.	číslo
ČR	Česká republika
et al.	kolektiv autorů
EFQM	The European Foundation for Quality Management
FG	focus group
HAI	Health care associated infection (infekce spojené s poskytováním zdravotní péče)
ISQuA	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (Society For Quality in Health Care)
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci (The International Organization for Standardization)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
kol.	kolektiv
KOP	Kvalita očima pacientů
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIAHO	National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
RBC	Rezortní bezpečnostní cíle
SAK, o.p.s.	Spojená akreditační komise, obecně prospěšná společnost

TQM	Total Quality Management
tzv.	takzvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

V posledních desetiletích se stále více setkáváme s pojmy kvalita ve zdravotnictví, bezpečná péče o pacienty nebo kvalita poskytované péče. Pojem kvalita má velice dlouhou historii, ale v současné době se kvalita a bezpečná péče o pacienty stává součástí zdravotnických reforem ve všech vyspělých zemích. Kvalitu ve zdravotnictví nevnímáme pouze jako schopnost zdravotníků poskytovat péči nejlepší, jde také o uspokojování potřeb pacientů nebo klientů. Pacient není pouze pasivním příjemcem poskytované péče, ale stává se aktivním účastníkem tohoto procesu. Informaci o celkové úrovni kvality v daném zdravotnickém zařízení nám ukazuje spokojenost pacientů. Pacient vnímá míru poskytované péče podle svých subjektivních kritérií, hodnotí uspokojování potřeb po celou dobu hospitalizace, ochotu a profesionální chování personálu, pocit soukromí, úpravu zevnějšku personálu. Úroveň spokojenosti pacienta je z velké části dána povahou onemocnění, jaká léčebná péče mu byla poskytnuta, ale velký vliv mají také sociodemografické charakteristiky jako vzdělání, věk nebo prostředí, ze kterého pacient pochází. V odborných kruzích je často diskutováno, jestli je vůbec možno termín spokojenost pacientů definovat. Jasný koncept spokojenosti pacientů neexistuje.

K intenzivnímu rozvoji sledování kvality bezpečné péče docházelo již v 70. minulého století, kdy začaly stoupat náklady na zdravotní péči a docházelo k rozvoji medicínských technologií. V tehdejší Československé socialistické republice byla situace poněkud obtížnější vzhledem k tomu, že se k nám nové technologie dostávaly pomaleji a náklady byly plánovány centrálně. Role státu byla paternalistická a stát rozhodoval o plánování péče. Po roce 1989 došlo k masivní decentralizaci a kvalita péče nebyla v centru pozornosti. K rozvoji sledování kvality došlo až na konci devadesátých let minulého století, hlavně po vstupu České republiky do Evropské unie. V této době se začaly v České republice rozvíjet různé formy sledování a měření kvality. Podle platné legislativy by všechna zdravotnická zařízení měla rozvíjet, sledovat a vyhodnocovat zvyšování kvality a bezpečných služeb. V zemích západní Evropy, v Kanadě a ve Spojených státech amerických (USA) vzbudily velký zájem publikace zaměřené na strukturu zdravotnických zařízení, snahu rozvíjet a přijímat opatření, která vedou ke zlepšení dané situace. V České republice je situace poněkud jiná, zdravotnická zařízení, lékaři i sestry se mnohdy tváří, že se jich problém kvality a bezpečí netýká. Základem k rozvíjení kultury bezpečí je změnit způsob myšlení

zaměstnanců i pacientů, jednání personálu a následně managementu zdravotnických zařízení. Aby se bezpečí pacientů i personálu stalo charakteristickým znakem kvality poskytované péče ve zdravotnických zařízeních, bylo potřeba stanovit ukazatele kvality a bezpečné péče, podle kterých můžeme zkoumat kulturu poskytovatelů zdravotních služeb. Dalším krokem sledování kvality je sledování spokojenosti pacientů. Z pacienta se stává partner a stává příjemcem péče, který očekává péči kvalitní. Sledováním spokojenosti pacientů získává zdravotnický systém zpětnou vazbu o svých silných a slabých stránkách a má možnost se dále rozvíjet.

Motivace

Vzhledem k tomu, že pracuji v oblasti práce s duševně nemocnými, je mým zájmem vědět, jak jsou pacienti na odděleních psychiatrických nemocnic spokojeni s úrovní poskytované péče, které oblasti jsou vyhodnocovány jako důležité a kam je potřeba zaměřit pozornost, aby se péče mohla zlepšovat v těchto oblastech. Někteří pacienti jsou hospitalizováni opakovaně a mění se jejich pohled na úroveň poskytované péče. Stejná situace může nastat při vnímání péče u pacientů hospitalizovaných na otevřeném nebo uzavřeném oddělení nemocnic. Domnívám se, že zjištění, které oblasti péče vnímají pacienti jako důležité nebo kde vnímají péči jako nedostatečnou, odhalí slabé stránky, na kterých se dá pracovat a tím ovlivnit spokojenost pacientů a kvalitu poskytované péče.

Cíl práce

Cílem diplomové práce je zmapovat, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s kvalitou péče, která je jim poskytována. Dalším cílem je zjistit, jestli oddělení, na kterém jsou pacienti hospitalizováni, ovlivňuje jejich spokojenost s poskytovanou péčí. Spokojenost je v diplomové práci sledována u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na otevřeném a uzavřeném oddělení psychiatrických nemocnic a u pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé, nebo jde o hospitalizaci opakovanou.

Cíl 1: Zjistit, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s kvalitou poskytované péče.

Cíl 2: Zjistit, zda-li oddělení psychiatrických nemocnic, na kterém jsou pacienti hospitalizováni, ovlivňuje jejich spokojenost s poskytovanou péčí.

Hypotézy

Pro splnění cílů, které jsme zvolili, jsme stanovili tyto hypotézy:

Hypotéza H1 Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H2: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem lékařů u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H3: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou bezpečnou péčí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H4: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl se zajištěním soukromí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H5: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a u pacientů, kteří jsou hospitalizováni více než jednou.

K cíli C1 se vztahují hypotézy H1, H2, H3, H4. K cíli C2 se vztahuje hypotéza H5.

1 Současný stav problematiky

V současnosti je možné v literatuře najít velmi široké spektrum definic kvality poskytované péče a jejího vymezení. Pojem kvalita není pojem absolutní, ale relativní. Z tohoto důvodu ji můžeme neustále zlepšovat, z čehož vyplývají veškeré snahy vedoucí ke zlepšování a řízení kvality. Obecně můžeme kvalitu podle Válkové označit za nepřítomnost vad, uspokojení zákazníka, bezporuchový chod nebo dělat správné věci správným způsobem (Válková, 2015).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1966 kvalitu zdravotnické péče jako souhrn výsledků, kterých bylo dosaženo v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě věd a praxe. Kvalitu dále WHO definuje v dokumentech „Směrnice pro vývoj strategií a kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotnického systému“ jako službu, která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání v mezích požadavků vyšší úrovně (Kuzníková a kolektiv, 2011).

Dle WHO můžeme na kvalitu nahlížet ze tří pohledů:

- kvalita z pohledu pacienta, kdy jde o zohlednění potřeb a zájmů a klienta,
- kvalita řízení managementu, která zahrnuje vytváření a dodržování předpisů,
- odborná kvalita poskytovaných služeb, neboli správná odborná praxe.

Aby mohla být kvalita zaváděna do praxe, je potřeba využívat specifických metod, které jsou nutné k její aplikaci v praxi. Světová zdravotnická organizace uvádí, že je nutné dodržovat a implementovat do praxe čtyři základní kategorie:

- posílení role klientů a spotřebitelů zdravotní péče,
- hodnocení a regulace zdravotní péče,
- místní implementace závazných norem a standardů,
- vznik a následná činnost týmů, které se podílejí na řízení kvality (Jarošová a kol., 2015).

Jednou z dalších definic kvality je „*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*“.(Válková, 2015, s. 13)

Podle Škrla, Škrlová znamená kvalita dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi (Škrla, Škrlová, 2008).

I přesto, že mluvíme o kvalitě, je většina výsledků měřena mírou nekvality, což může být například množství komplikací, kdy poskytovatele zajímá spíše míra neodůvodněných špatných výsledků než spokojený pacient (Škrla, Škrlová, 2003).

1.1 Historie kvality v zavádění systému řízení kvality ve zdravotnictví

Vznik systému řízení kvality se datuje počátkem 20. let ke Spojeným státům americkým, kde byl zakladatelem systému řízení kvality Ernest Codman. První akreditační standardy byly vydány v roce 1917. Následně byla v roce 1951 vytvořena první akreditační komise nazvaná Společná komise pro akreditaci nemocnic. Byly vytvořeny a publikovány první standardy zabývající se kvalitou a bezpečností poskytované péče. Formální přeměnou této organizace vznikla v roce 1987 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Kromě toho, že tato organizace vypracovává a vydává standardy, posuzuje také činnost jednotlivých zařízení a vydává akreditace. Její dceřinou společností se stala Joint Commission International, která působí v České republice (ČR) od roku 1998 a v roce 1999 vydala Standardy pro mezinárodní akreditaci nemocnic (Bednařík, 2018).

V České republice byla v roce 1998 založena Spojená akreditační komise (SAK ČR), jejímž účelem je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. V roce 2009 se společnost právně přeměnila na SAK o.p.s. (SAK o.p.s., 2009).

1.2 Současný stav řízení kvality v ČR

V roce 2010 uveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví v Akčním plánu aktuální cíle kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče, které vychází ze stanovisek Rady Evropské unie v doporučení o bezpečí pacientů, včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, dále Světová zdravotnická organizace (WHO) a Organizaci pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví se na mezinárodní úrovni zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Mezinárodní akreditační standardy, které definovala ISQuA a WHO, stanovují plnění těchto požadavků:

- respektování práv pacientů,
- zaměření na pacienta,
- zodpovědnost poskytovatele za kvalitu péče,
- monitorování a kontinuální zlepšování,
- využívání zdrojů, které je optimální,
- řízení rizik,
- proces řízení v organizaci,
- strategické plánování pro všechny činnosti,
- kontakt s přímými poskytovateli péče (Marx a Vlček, 2013).

Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb uveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky v zákoně č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve kterém je obsaženo hodnocení kvality a bezpečné péče a je platný od roku 2012 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky MZČR, 2017).

Poskytovatel zdravotních služeb je rovněž ve smyslu ustanovení v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 47 odst. 3 písm. b) povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, zavést interní systém kvality a bezpečí. Interní hodnocení vychází ze sebehodnocení, které probíhá podle předem stanovených standardů. Tento proces je komplexní, systematický a pravidelný (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Externí hodnocení kvality je dobrovolné, pozornost ministerstva se vztahuje k oprávněným osobám, které kontrolu provádí. Provádění auditu nebo akreditace absolovují společně s hodnotitelem i úředníci ministerstva nebo pověřené osoby. Ve věstníku MZČR 16/2015 jsou stanoveny osoby kontrolované (oprávněná osoba) a osoby povinné (poskytovatel služeb, který se k externí kontrole kvality služeb přihlásil). Pro organizace přímo řízené je externí hodnocení kvality povinné (Bartůněk a kol., 2016).

1.3 Modely řízení kvality

Vzhledem k tomu, že se kvalitou zdravotní péče zabývají různé země, vzniklo také více modelů akreditačních standardů. V současné době je můžeme rozdělit do několika kategorií:

- modely systémů řízení kvality: (ISO),
- modely akreditačních standardů na národní a nadnárodní úrovni: (JCAHO, JCIA, NIAHO, SAK o.p.s.),
- modely definující proces tvorby národních a nadnárodních standardů: (ISQua, ALPHA),
- modely excellence: (světové ceny za kvalitu Baldrige, EFQM, Six Sigma) (Bednařík, 2018).

Norma ISO

Tento model je nejrozšířenější hlavně v kuchyních, laboratořích a centrálních sterilizacích. Označuje mezinárodní organizaci pro standardizaci (The International Organization for Standardization). Hlavní filozofií této organizace je poskytovat vždy a za všech okolností stejné produkty. Záleží na organizaci, jaký systém kvality bude mít, musí být ale smysluplný a funkční. Pokud organizace získá ISO 9001:2000, znamená to, že má takový systém managementu, který zajišťuje důslednost a spolehlivost (Škrála, Škrlová, 2008).

JCAHO/JCIA

Společnost Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) vznikla v roce 1987 a jejím posláním je zlepšování kvality zdravotní péče. Mezi hlavní principy a cíle, o které tato organizace usiluje, patří mimo jiné zlepšení spolehlivosti identifikace pacientů, zkvalitnit efektivní komunikace mezi poskytovateli péče, zlepšit bezpečnost podávání rizikových léků, zabránit záměně pacienta při chirurgických výkonech, zlepšit bezpečnost infúzní terapie při použití pumpy nebo omezit riziko vzniku nozokomiálních nákaz (HAI). Jejím úkolem je vypracovávat a vydávat standardy zdravotní péče, posuzovat činnost jednotlivých zdravotnických zařízení a udělovat akreditace. Společnost Joint Commission International Accreditation (JCIA) je její dceřinou společností a v roce 1999 vznikla společnost Joint Commission

International (JCI) - Společná akreditační komise, jako reakce na sílící zájem globální zdravotnické společnosti o akreditace. Model JCI posuzuje všechny systémy řízení zdravotní péče organizace a vychází z modelu EFQM (Bednařík, 2018).

NIAHO (National Intergrated Accreditation for Healthcare Organizations)

První a v současné době zatím jediný pro akreditaci nemocnic schválený v USA společností CMS (Centers for Medicare Services), je federální agentura USA, která spravuje program státního zdravotního pojištění. Akreditace NIAHO vznikla jako reakce na mezinárodní zdravotnické standardy JCI (Joint Commission International). NIAHO spojil požadavky normy ISO 9001 (řízení kvality) s Conditions of Participation - pravidla CMS pro nemocnice. Vznikl tak úplně nový přístup, který pomáhá zlepšit péči o pacienty a jejich bezpečnost která je ekonomicky přijatelný. Jde o první integrované akreditační schéma pro nemocnice, důraz se klade na propojení procesního řízení, požadavky normy ISO 9001 se zaměřením na pacienta a dále na konkrétní požadavky na zdravotnické procesy. Velký důraz je kladen také na řízení rizik (Uselton, Kienle, Murdaugh, 2010).

Spojená akreditační komise (SAK, o.p.s.)

Transformační systém ve zdravotnictví byl v České republice zahájen po roce 1989, kdy byl vytvořen systém kvality ve zdravotnictví a jeho standardizace. Jednou z metod se stala akreditace nemocnic. Spojená akreditační komise (SAK ČR) vydala po roce 1998 padesát akreditačních standardů, rozdělených do deseti oblastí podle témat. Standardy se týkají stravovacího provozu, rizik medikačního procesu, pozitivní identifikaci pacienta, HAI nebo informovaných souhlasů. Společnost SAK ČR se v roce 2009 formálně přeměnila na SAK o.p.s. a ve všech činnostech plynule pokračovala. SAK o.p.s. klade velký důraz na bezpečnou péči a kontrolu rizik, na tento aspekt se zaměřuje u léčebné a ošetrovatelské péče. Akreditace je dobrovolná, tak jako v jiných zemích, ale má velký přínos pro zajištění bezpečné péče o pacienta. Po žádosti zdravotnického zařízení o akreditaci SAK, o.p.s. zjišťuje „shodu“ mezi aktuálním stavem zdravotnického zařízení a akreditačními standardy. Při shodě ukládá SAK o.p.s. zdravotnickému zařízení certifikát, který má platnost 3 roky (Škrla, Škrlová, 2008).

SAK, o.p.s. sleduje a zlepšuje kvalitu více prostředky, mezi které patří metodika a vydávání akreditačních standardů, pomoc zdravotnickým zařízením, které se připravují

na akreditaci, specifika metodiky, poradenství akreditace nanečisto. Dále organizování celostátních i regionálních seminářů, které jsou zaměřeny na problematiku kvality a bezpečné péče pacientů, vydávání publikací, které jsou zaměřeny na problematiku kvality a bezpečné péče, a v neposlední řadě spolupráce s dalšími organizacemi v ČR, které se zabývají zvyšováním kvality a bezpečím pacientů, podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality a bezpečné péče a vzdělávání auditorů a konzultantů akreditačního procesu (Válková, 2015).

EFQM (The European Foundation for Quality Management)

Evropská nadace pro řízení kvality byla založena čtrnácti významnými podniky (KLM, Nestlé, Bosh nebo Volkswagen) v roce 1988. Posláním této nadace je vést organizace v Evropské unii (EU) ke kvalitě pomocí modelu TQM (Total Quality Management). Model se zabývá pěti podpůrnými faktory, mezi které patří politika strategie, vedení, zdroje a partnerství, zaměstnanci a procesy. Výslednými faktory jsou potom spokojenost zákazníků, zaměstnanců, komunity a excelence v klíčových výsledcích výkonnosti. V tomto modelu jde hlavně o sebehodnocení a následné zvyšování kvality (Stockmann, 2008).

1.4 Řízení a management kvality

Vzhledem k tomu, že kvalita péče není pojem absolutní, mluvíme o kontinuálním procesu. Mechanismus managementu kvality vyžaduje její měření, srovnávání a vyhodnocování a poté její analýzu. Proces kvality péče nezahrnuje pouze technickou kontrolu, ale je součástí všech procesů v organizaci. Koncepty řízení kvality mohou být založeny na normách a standardech, nebo na koncepci Total Quality Management (TQM). Ve výsledku jde organizacím o nastavení systému řízení tak, aby se co nejvíce zabránilo negativním jevům v organizaci (Bednařík, 2018).

Nejčastěji používaným nástrojem je Demingův cyklus, který spočívá v opakování čtyř základních činností (ACDP) - plan (plánuj), do (dělej), check (kontroluj), act (jednej), neboli model 4P. Při plánování se zdá být problém nejmenší, může jít o plánování akreditace nebo řízení dokumentace. V oblasti provádění se daří méně z důvodu nedostatku peněz nebo času, mnohdy jde ale spíše o nedostatek zkušeností nebo špatné seřazení priorit. Překontrolování dané činnosti je nezbytnou podmínkou úspěchu, téměř ve všech zdravotnických zařízeních jsou kontrolní mechanismy zavedeny formou

auditů, ale není zde standardizace, proto je obtížné si data vyměňovat a učit se od druhých. Bohužel je v mnoha zařízeních kontrola vnímána jako „strašák“ a ne jako pomoc. V tomto případě je potřeba změnit myšlení zaměstnanců. Poslední fází je pokračování, poučení. Pokud nám projekt pomohl, přinesl pozitivní změny, ukončíme ho a začneme nový. Při nesplnění očekávání projekt buď ukončíme a změny zrušíme, nebo provedeme nápravu a v budoucnu výsledky znovu překontrolujeme. Tato část modelu je nejvíce zanedbávána. Existence systému kvality jednotlivá zařízení prokazují ve vzájemných vztazích ve čtyřech oblastech:

- celková úroveň instituce,
- úroveň struktury a zdrojů stávajícího systému,
- úroveň procesů,
- úroveň vstupů a výstupů (Škrla, Škrlová, 2008).

1.5 Řízení rizik

Pro definici rizika existuje velké množství pojmů. Historicky bylo vnímáno jako „odvaha“ nebo „odvázat se“, upřednostňován byl tedy spíše pozitivní smysl tohoto slova. Dnes je riziko spojováno s nebezpečím ztráty, je vnímáno negativně. Nejčastěji je riziko vnímáno jako nejistota dosažení výsledků, odchýlení od očekávané skutečnosti a jeho pravděpodobnost nebo jako pravděpodobnost vzniku neúspěchu nebo ztráty. Jednoduše řečeno, cílem řízení rizik je zabránění ztrátě nebo její minimalizace. Stejně jako definic pojmu riziko je více, existuje i velké množství teorií a modelů vzniku rizika. Pro účely poskytování zdravotní péče je nejčastěji používán model „švýcarského sýra“ - Reasonův model (Bednařík, 2018).

Šupšáková uvádí, že pojem řízení rizik je systematickým procesem, který identifikuje, hodnotí a provádí činnosti, které vedou k prevenci nebo řízení administrativních, provozních, klinických a zaměstnaneckých rizik, které jsou spojeny s bezpečností v organizaci (Šupšáková, 2017).

Řízení rizik se nezaměřuje pouze na léčebnou a ošetrovatelskou péči, ale na všechny oblasti činnosti. Používá pětibodový model rozhodovacího procesu s cílem zvládnutí rizik a zahrnuje několik základních bloků, kam patří stanovení klíčových elementů, fungující kontrolní mechanismus, stanovení strategií, vnitřní směrnice, procesy a předpisy a jejich kontrolu. Cílem programu řízení rizik je minimalizace

pravděpodobnosti událostí s negativním vlivem na pacienty, personál a organizaci, minimalizace rizika úmrtí pro pacienty, zaměstnance a další osoby, které se účastní poskytování zdravotní péče, efektivní řízení zdrojů, sledování a vyhodnocování zpětné vazby od pacientů a zaměstnanců a být v souladu s platnou legislativou a zajistit rozvoj a životaschopnost organizace (Smejkal a Rais, 2013).

V souvislosti s řízením rizik se můžeme setkat s dalšími důležitými pojmy:

- incident - jde o událost, která nemá za následek poškození zdraví, ale může ohrozit bezpečnost pacienta, zaměstnanců, provozu nebo poskytované péče,
- nežádoucí událost - tato událost může ohrozit zdraví, bezpečí a život pacientů, zaměstnanců, provozu, návštěvníků nebo může poškodit dobré jméno nemocnice,
- poškození pacienta - je způsobeno selháním zdravotního prostředku, postupem zdravotnického personálu,
- nápravné opatření - uvedení do požadovaného stavu,
- nedbalost - porušování pravidel, které je vědomé a nemůže být tolerováno,
- neopatrnost - neprovedení procesu tak, jak by jej provedl odpovědný pracovník se stejným vzděláním, ve stejném postavení a stejnou kvalifikací v dané situaci,
- ochrana / bariéra - kontrolní mechanismus, protokol, procedura k zabránění pochybení,
- ohrožení / hazard - okolnost, která může vést potenciálně k pochybení,
- organizační kultura - vnímání toho, jakou mají lidé v organizaci představu o chování k sobě navzájem a toho, jak se organizace k lidem chová,
- nedodržení / odchylka - porušení směrnic, postupů, pravidel nebo odchylka od těchto postupů,
- téměř pochybení - pochybení, kterému bylo zabráněno na poslední chvíli,
- pochybení - provedení výkonu podle špatného plánu nebo neprovedení výkonu podle plánu stanoveného (Šupšáková, 2017).

„Cílem programu řízení rizik je snížit možnost výskytu těch nežádoucích situací, které by mohly jakýmkoliv způsobem poškodit zdraví pacienta či zaměstnanců, majetek zdravotnického zařízení nebo jeho pověst. Cílem je také prevence finančních ztrát, především těch, které jsou spojeny s nekvalitou, popřípadě s rizikem nákladných a vleklých soudních sporů“. (Škrála, Škrlová, 2008, s. 54)

V programu řízení rizik by mělo být definováno, kdo bude komunikovat, hlásit a provádět příslušné akce, co budou hlásit zaměstnanci, manažeři, vedení, kdy mají být rizika hlášena, kde mají být informace komunikovány a uloženy a jak by měly být nástroje a procesy k řízení rizik užity (Kafka, 2009).

Reasonův model

Tento model vychází z představy, že hrozby, rizika a hazard mohou pronikat bariérami, které jsou v ideálním případě ze stejného materiálu. V praxi jsou ale tyto bariéry „dřevé“ a představují možná selhání a záleží na kombinaci selhání, jestli dojde k chybě nebo ztrátě. Tyto chyby (díry) jsou v tomto děleny na aktivní, přímé pochybení, například aktuální chyba lékaře a pasivní, které jsou přítomny skrytě a shodou náhod a okolností mohou způsobit konečnou ztrátu (Šupšáková, 2017).

Fenomén černé labutě (The Black Swan)

V řízení rizik se fenoménem labutě nazývá událost, která se vyskytuje zcela mimo očekávání, protože z minulosti nelze vyvodit, že by tato událost mohla nastat, tato událost má mimořádné následky a událost je nepředvídatelná a extrémní, z takto extrémních událostí se lze retrospektivně poučit a vytvořit opatření, není to ale možné vždy. V českých podmínkách může jít například o nepředvídatelnou a nevyzpytatelnou úhradu poskytování zdravotní péče nebo nekontinuální znění legislativních norem (Mühlfeit, 2017).

1.6 Měření a vyhodnocování kvality

Pokud něco nelze změřit, nemůžeme posoudit, jestli se proces zlepšuje nebo zhoršuje. Kvalitu ve zdravotnictví hodnotíme a měříme informacemi od pacientů a klientů (externích i interních), z auditů, indikátorů zdravotní péče a od externích expertů. Měřitelným kritériem pro posuzování kvality je indikátor kvality (Šupšáková, 2017).

Kvalitu můžeme hodnotit podle různých úhlů pohledu, například sledováním spokojenosti pacienta s poskytovanou péčí, která se projevuje v různých dimenzích. Můžeme sledovat dostupnost péče, poskytování zdravotní péče, kontinuitu účinnosti, finanční náročnost, technickou stránku, přiměřenost poskytované péče nebo prostředí, ve kterém je péče poskytována. Hodnocení kvality je čistě subjektivním pohledem pacienta (Válková, 2015).

Indikátory kvality

Indikátorem kvality míníme kritérium, které nám ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo poté, kdy jsme ho porovnali s určitou směrnicí, standardem. Může se vztahovat ke všem aspektům péče. Indikátor musí být smysluplný, jde o kvantitu, která nám něco říká o kvalitě. Indikátor je vždy vyjádřen číslem, varuje nás, že něco není v pořádku, zaměřuje se na pozitivní nebo negativní jevy. Může se zaměřovat na klinickou událost, lékaře, sestru nebo systém. Abychom ho mohli s něčím porovnat, musí být zanesen do numerického kontextu (Gurková, 2011).

Indikátory mohou být poměrové: mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry (císařské řezy, dekubity a podobně) a jsou založeny na sběru dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí. Musí obsahovat čísel a jmenovatel a je nutné je porovnávat s absolutním počtem a grafické nebo procentuální vyjádření. Další indikátory jsou strážní, ty se vztahují hlavně na nežádoucí události. Tyto indikátory identifikují jevy, po jejichž výskytu následuje okamžitě vyšetřování a analýzy příčin. Jde o nežádoucí události, které jsou ojedinělé, může to být soudní proces nebo úmrtí. Indikátory se mohou týkat struktury (kvalifikace lékařů, sester, technického vybavení), procesu, kdy měříme efektivitu nebo správnost (procento HAI, úroveň ošetrovatelské péče, úroveň zdravotnické dokumentace a podobně) nebo výstupů (konkrétní určení hlavní diagnózy, náklady na lůžko a den a podobně). Příkladem indikátoru může být počet medikačních chyb, procento normálních porodů nebo průměrná čekací doba (Malík Holasová, 2014).

Mezi indikátory kvality patří i indikátory kvality ošetrovatelské péče, které definovala například Americká asociace zdravotních sester (American Nurses Association, ANA). Zde se sleduje výskyt dekubitů, spokojenost pacienta s léčbou bolesti, spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytováním informací, HAI a podobně. Model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče stanovil americký universitní profesor veřejného zdravotnictví Avedis Donabedian. Jeho schéma se týká struktury, procesu a výsledku (Válková, 2015).

Interní hodnocení kvality

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ve smyslu ustanovení § 47

odst. 3 písm. (b), je poskytovatel zdravotních služeb povinen v rámci zachování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (Šupšáková, 2017).

Jde o systematický, pravidelný a komplexní proces, který vychází z institucionálního sebehodnocení podle předem stanovených lokálních standardů. Podstatou je hledání nejslabších míst a sebekritické hodnocení všech oblastí poskytované péče. Důležitá je sebekritičnost, objektivita a kontinuita. Cílem interního hodnocení je minimalizace rizikových činností, pochopení činností organizace a odhalení možností ke zvyšování kvality. Jde o proces, který hodnotí sebe sama a zajišťuje trvalé zlepšování vlastní činnosti. Poskytovatel zdravotních služeb si následně sestaví vlastní individuální plány pro zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Toto sebehodnocení slouží pouze pro interní potřeby poskytovatele zdravotních služeb (Věstník MZČR, 2015/16a).

Hodnotitelský tým získává informace pro účely hodnocení pohovorem s pacienty nebo zaměstnanci, kontrolou dokumentace, prohlídkou hodnocených pracovišť a sledováním pracovních postupů. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí, který se týká poskytovatelů lůžkové a jednodenní péče představuje sedm standardů. Prvním z těchto standardů je zavedení Rezortních bezpečnostních cílů MZČR.

Mezi další standardy patří:

- řízení neodkladných stavů,
- dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých,
- sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí,
- sledování spokojenosti pacientů,
- dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče,
- dodržování sledování a uveřejňování objednané doby pacientů na zdravotní výkony (MZČR, 2017).

Resortní bezpečnostní cíle MZČR

V roce 2010 byly zavedeny Rezortní bezpečnostní cíle v rámci dokumentu Akční plán kvality a bezpečí zdravotní péče na období 2010-2012 Ministerstvem zdravotnictví ČR. Důvodem k jejich zavedení bylo mimo jiné množství pacientů, kterým byla způsobena újma během poskytování zdravotní péče. Nejčastějšími nežádoucími událostmi jsou chyby při podávání léků, diagnostické chyby, chirurgická pochybení a infekce spojené

se zdravotní péčí. Resortní bezpečnostní cíle jsou vyhlášeny formou doporučených postupů, které vedou ke snížení rizik poškození pacientů nebo jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Pro přímo řízené organizace jsou závazné, pro ostatní zdravotnická zařízení slouží jako doporučení (Šupšáková, 2017).

Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo pro zavedení tohoto systému “Minimální požadavky“, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZČR č.16/2015. Jedním z těchto požadavků je i zavedení Resortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC).

Resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče jsou:

RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů

RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC4 - Prevence pádů

RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

RBC6 - Bezpečná komunikace

RBC7 - Bezpečné předávání pacientů

RBC8 - Prevence vzniku proleženin / dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Resortní bezpečnostní cíle pro poskytovatele ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby:

RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (Věstník MZČR, 2015/16b).

Externí hodnocení kvality

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoven v§ 98 zákona č. 372/2011 Sb. a následně novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb. Cílem těchto předpisů bylo stanovení podmínek a požadavků na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví. Externí hodnocení kvality a bezpečí je proces dobrovolný a hodnocení je provedeno pouze u poskytovatelů, kteří o provedení externího hodnocení požádají. Externí hodnocení kvality mohou provádět fyzické nebo právnické osoby, které k této činnosti získají oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb. Důraz je kladen na to, aby byly z provádění hodnocení vyloučeny osoby, u kterých je pochybnost o nestrannosti. Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí jsou určeny jak pro hodnotitele, tak pro poskytovatele zdravotních služeb, kteří je splnit musí, pokud chtějí získat certifikát kvality a bezpečí. Certifikát kvality a bezpečí je vydáván s platností na tři roky (MZČR, 2017).

Standardy zdravotní péče

Významem standardizace je nejenom objektivní hodnocení péče, ale také ochrana před neoprávněným postihem. Každému pacientovi je tak poskytnut stejný standard kvalitní péče. Standardy zdravotní péče jsou závazné normy, popsané odborníky. Chrání zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem a současně zajišťují pacientům bezpečí. Také slouží jako akreditační nástroj, díky kterému posuzujeme úroveň zdravotní péče zdravotnických zařízení a nemocnic. První standardy vznikly jako odezva zdravotníků na vyhlášení Charty práv nemocných v 70. letech v USA. Standardem rozumíme normu, minimální úroveň kvality, která má být poskytnuta. Neexistuje formální předpis, jak má standard vypadat, ale má obsahovat hodnotitelné a měřitelné parametry. Standardizace je dnes již součástí všech lidských činností, akceptovat se proto musí i v oblasti zdravotnictví (Jarošová a kol., 2015).

Standardy mohou být zaměřeny na strukturu (strukturální standardy) - jde o manažerské standardy, které stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování prostředí, zdrojů, vybavení přístroji. Většinou se nazývají směrnice a na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou. Další standardy jsou zaměřené na proces (řídící standardy) - týkají se závazných postupů pro řízení lidí, výkonů a záznamy v praxi a standardy zaměřené

na výsledek (monitorovací standardy) - stanovující metody a nástroje pro monitorování, měření a analýzu výsledků (Válková, 2015).

Akreditace

„Akreditace je proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče“.(Marx a Vlček, 2013, s. 78)

Obvykle je dobrovolná a slouží zařízení, které je hodnoceno k tomu, aby se zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k systematické snaze o snižování rizik pro pacienty i zaměstnance a k zajištění bezpečného prostředí k poskytnutí péče (Plevová, 2012).

O akreditaci stoupá celosvětově zájem jako o účinný nástroj řízení i hodnocení kvality. Mezi přínosy akreditace patří vytvoření efektivního a bezpečného pracovního prostředí, které se zvyšuje spokojenost zaměstnanců, zvýšení participace pacientů a jejich blízkých na poskytování zdravotní péče, vytvoření lepších podmínek k respektování práv pacientů, zvýšení důvěry pacientů v bezpečné a kvalitní prostředí v daném zařízení a vytvoření kultury otevřené organizace, která se učí ze systému včasného hlášení bezpečnostních rizik a mimořádných událostí (Marx a Vlček, 2013).

Audit

Pojmem audit rozumíme proces, který je nezávislý a dokumentovaný. Zjišťujeme při něm rozdíl mezi standardem a skutečností a jde o měření kvality, které je jednorázové. Použitím auditu zjišťujeme, jestli je standard stále aktuální a platný nebo u něj musíme provést změny. Audit je součástí managementu kvality. Organizace musí provádět interní audity v plánovaných intervalech, aby získala informace o tom, zda systém managementu kvality odpovídá požadavkům organizace, požadavkům této mezinárodní normy a je efektivně zaveden a dodržován. Protože mohou být auditované procesy různé, musí být stanovena kritéria, požadavky a normy, podle kterých bude probíhat, ale i kritéria, podle kterých budou zjištění vyhodnocována. Na výsledku auditu má velký podíl také kompetence auditora. Je výhodou, pokud organizace využívá vlastních auditorů, protože většina je s procesy dostatečně seznámená, ale je důležité, aby byla zajištěna objektivita. Zjištění, které získáme z interních auditů, je nejúčinnějším nástrojem pro nápravu. Auditor pouze formuluje zjištění, ale řešení je odpovědností auditovaných nebo pověřených pracovníků. Auditor při dalším auditu hodnotí realizaci

příslušného nápravného opatření. Z interního auditu se pořizuje dokumentace, která slouží jako důkaz, že byly požadované činnosti provedeny (Jarošová a kol., 2015).

Benchmarking

Benchmarkingem nazýváme metodu, kterou poprvé představila firma Xerox v 80. letech minulého století. Účelem této metody je definovat, jaké jsou cíle zlepšování kvality. Podle Jakubíkové je to trvalý dlouhodobý proces vzájemného sledování a porovnávání konkurence s našimi vlastními výsledky. Jde o metodu, která slouží jako včasné varování (Jakubíková, 2008).

Objevitel benchmarkingu Robert C. Camb proces benchmarking definoval jako hledání postupů v podnikání, které jsou nejlepší a vedou k vynikajícím výsledkům. Smyslem benchmarkingu je najít vlastní pozici na trhu a zlepšení této pozice potlačením nedostatků a posílení silných stránek. Samozřejmostí je učení se od konkurence. Jde o náročný proces, který, pokud je veden dobře, může přinést ekonomický efekt. Podle zaměření můžeme benchmarking dělit na interní, který je používán u velkých společností a hodnotí přístup k práci a techniky v rámci organizace a externí, kdy je hlavní metodou je porovnávání s konkurencí a je používán v malých a středně velkých firmách (Nenadál a kol., 2008).

Ve zdravotnictví používá tuto metodu společnost Health Care Institut, která provádí celostátní porovnání nemocnic, zaměřených mimo jiné na bezpečnost a spokojenost pacientů (Health Care Institut, 2013).

1.7 Metody hodnocení kvality

Kvalitu poskytované péče můžeme hodnotit mnoha způsoby. Sledování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí je jedním z modelů. Projevuje se v různých oblastech. Hodnocení kvality může obsahovat: dostupnost péče, technické záležitosti, poskytování zdravotní péče, kontinuitu, prostředí, přiměřenost péče. Hodnocení kvality péče je subjektivním vnímáním pacienta (Malík Holasová, 2014).

Mezi metody hodnocení kvality řadíme:

Pozorování - jasně definované, plánované a systematické. Tato metoda zahrnuje sledování odborné úrovně, postřeh, osobní zkušenosti a zaměření. Při pozorování je nejdůležitější fází příprava, která zahrnuje plán záznamu pozorování a samotný

předvýzkum, realizovaný např. formou dotazníků nebo rozhovorů. Samotné pozorování rozdělujeme na pět etap:

- globální percepce - identifikace sledovaného jevu,
- prohlubující se informace mezi pozorovaným jevem a pozorovatelem,
- registrace - záznam pozorovaných jevů,
- rozbor výsledků - vzhledem k cílům a hypotézám,
- interpretace výsledků pozorování.

Metoda pozorování má samozřejmě také úskalí, kam patří nedostatečné zajištění validity, nedostatečná příprava pozorovatele, nedostatečná schopnost dedukce nebo subjektivní vstup pozorovatele (Kutnohorská, 2008).

Focus group (skupinová diskuse)

Skupinová diskuse je rozhovor malé skupiny osob na stanovené téma řízený moderátorem. Cílem této metody je konfrontace názorů a pozorování způsobů jejich modifikace mezi členy skupiny, kteří se ovlivňují navzájem (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013).

Individuální hloubkový rozhovor

Pokud chceme odhalit příčiny chování nebo názorů respondenta, vedeme s ním hloubkový rozhovor. Je nestandardizovaný, tazatel respondenta podněcuje k diskuzi na daná témata, v tomto typu rozhovoru jde spíše o reakce respondenta než o jeho odpovědi. Délka rozhovoru je více než jedna hodina a pokud respondent svolí, zaznamenáváme jej, abychom ho mohli později analyzovat (Válková, 2015).

1.8 Spokojenost pacientů

Spokojenost pacientů v jednotlivých oblastech zdravotní péče nám ukazuje ucelenou informaci o úrovni kvality v daném zařízení. Pacient vnímá kvalitu hlavně subjektivně, zpravidla podle profesionální citlivosti, uspokojování jeho potřeb během pobytu v nemocnici a chování sester, jejich asertivity a všímavosti. Profesionálové ve zdravotnictví by neměli poskytovat pouze „kvalitní péči“, ale měli by také uspokojovat všechny potřeby pacienta. Pacient, který je hospitalizovaný od zdravotnických pracovníků očekává chování, které je profesionální (představení se při prvním kontaktu, dostatek trpělivosti, vhodné oslovení). Pacienta bychom neměli vnímat pouze jako

diagnózu a měli bychom respektovat jeho práva na soukromí a lidskou důstojnost (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013).

1.8.1 Teoretické modely

V odborných kruzích je často diskutovaný problém, je-li možné definovat pojem spokojenost. Můžeme ji definovat jako pozitivní vyhodnocení určitých vymezených dimenzí zdravotní péče, přičemž je původ těchto dimenzí empirický. V roce 1982 představil Linder-Pelz model, který porovnával základní představy, hodnoty a definované aspekty zdravotní péče. Spokojenost označil za afektivní reakci, kdy nespokojenost nastává poté, kdy se vzdaluje dosažené ošetření od základní představy. Tento model kritizoval v roce 1983 Pascoe, podle kterého tento koncept vnímá odlišnost jako nespokojenost a poměřuje jedinečnost s globálním hodnocením. Navrhl proto vlastní model, kdy se hodnotí přímo obdrženy výkon a produkt a dochází ke kombinaci vědomého hodnocení a emocionální reakce (Strub et al., 2015).

Přesto však jasný a teoretický koncept, sloužící jako podklad výzkumných studií, který by umožňoval interpretaci jasných výsledků, neexistuje. Úroveň spokojenosti z velké části ovlivňuje typ onemocnění a poskytnuté péče. Dále jsou to sociodemografické údaje, jako je vzdělání, ekonomické postavení, věk a rodinné a kulturní zázemí pacienta (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013).

Spokojenost nebo také osobní pohodu můžeme definovat také jako hodnocení pocitu štěstí jedince. Diener a jeho kolegové označil za spokojenost jako subjektivní pohodu, zahrnující emocionální a kognitivní složku a která je složena ze tří částí: emocionální odpovědi, uspokojení v různých oblastech života a celkové posouzení životní spokojenosti (Diener, 2009).

Dimenze spokojenosti

Spokojenost nelze zaměňovat s kvalitou. Odborníci se snaží v poslední době určit dimenze zdravotní péče, které jsou podle pacientů podstatné. V odborné literatuře jsou popsány modely, které nekončí přímo modelem spokojenosti pacienta, ale mohou být inspirativní v pohledu na pacientovu spokojenost. Multidimenzionalitou spokojenosti se

zabýval Ware et.al. a podnítil tím další výzkumy. Podle něj má spokojenost osm dimenzí:

- interpersonální chování lékaře, jeho jednání s pacientem,
- technická kvalita poskytované péče - odbornost, dodržování standardů,
- dostupnost a vhodnost péče - délka čekací doby, snadnost objednání,
- finanční dostupnost péče pro pacienta,
- účinnost a výsledky péče - zlepšení stavu, jeho udržení, nezhoršování stavu,
- kontinuita péče - u jednoho lékaře nebo v jednom zařízení,
- vybavenost zdravotnického zařízení, prostředí - příjemné prostředí, označení
- pokynů pro návštěvníky, uklizený prostor, přátelská atmosféra,
- dosažitelnost péče v době, kdy je potřebná - dostatek personálu, ordinační hodiny (Mareš, 2009).

V podmínkách ČR byly definované tyto tři souhrnnější:

- spokojenost pacientů s technickou kvalitou, chováním personálu a odbornými kompetencemi,
- spokojenost pacientů s podáváním informací o nemoci a jejím průběhu, ordinovaných léčích a pokračováním léčby po propuštění,
- spokojenost pacientů s hygienou a čistotou, stravou a jejím servírováním a celkovým režimem (Ondřiová, Hudáková, Pavelková, 2013).

Modely spokojenosti pacientů

Některé dotazníky, které mapují spokojenost pacientů, jsou tvořeny intuitivně a bývají krátké a stručné. Důvodem je, že bývají tvořeny jako screening názoru pacientů. Pokud chceme získat obraz spokojenosti na úrovni regionu nebo státu, je potřeba nevycházet pouze z intuitivního přístupu, ale využít teoretické přístupy nebo modely. V odborné literatuře jsou popsány teoretické přístupy, které obsahují multidimenzionální přístup a jsou inspirující pro ucelený pohled na spokojenost pacientů. Mezi modely spokojenosti pacientů patří:

- model, kdy je dosaženo určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče (dostupnost péče, kvalita péče, poskytování informací, profesionalita, interpersonální vztahy),

- model, který vychází z pacientových přání, spokojenost je dána vztahem mezi pacientovým přáním a jeho dosažením,
- pragmatický (eklektický) model - autorem je sociolog Baker, model vychází z přesvědčení, že spokojenost pacientů je dána propojením vztahů uvnitř zdravotnického systému. Závisí nejenom na typu onemocnění a jeho léčbě, ale také na sociodemografických ukazatelích, jako je věk, ekonomické postavení, vzdělání, rodinné a kulturní zázemí (Čechová a kol., 2011).

Faktorů, které ovlivňují spokojenost pacientů je mnoho. Podle Mareše (2009) je můžeme seskupit do šesti skupin, které zahrnují spokojenost s lékařem, sestrou, pacientem, prostředím, ve kterém se vše odehrává, zdravotním systémem a zavedenými pravidly hry a poskytovanou zdravotní péčí.

- Faktory související s lékařem: patří sem proměnné jako věk a pohlaví lékaře, jeho další vzdělávání a čas, který pacientovi poskytl. Pacienti jsou více spokojeni s lékařem, který má větší zkušenosti, dále se vzdělává a pacientovi věnuje více času. Pacientovu spokojenost ovlivňuje také lékařova vstřícnost, dovednost vysvětlit problém a laskavost.
- Faktory související se sestrou: pro pacienty je důležitá interpersonální dovednost sestry. Spokojenost se zvyšuje, pokud sestra jedná vlídně, empaticky, přátelsky a je ochotna poradit. Naopak spokojenost pacienta klesá při neosobním jednání, kdy jedná direktivně, přikazuje a kárá.
- Faktory související s pacientem: těmto faktorům se výzkumy věnovaly nejvíce. Sledovaly se proměnné typu pohlaví, vzdělání, věk, socioekonomické postavení, příslušnost k minoritě nebo majoritě. Podle těchto výzkumů se zdá, že spokojenost s věkem souvisí, starší pacienti jsou tolerantnější než mladší, u vzdělání, pohlaví a socioekonomického postavení jsou nálezy spíše rozporuplné. Záleží také na faktoru, jestli chodí pacient k lékaři delší dobu a zná ho, jak často lékaře navštěvuje a v neposlední řadě je důležité osobnostní nastavení pacienta. Úzkostní nebo podezřívaví pacienti bývají méně spokojeni.
- Faktory související s poskytovanou zdravotní péčí: pacientova spokojenost souvisí s typem onemocnění, jestli jde o onemocnění somatické, psychické nebo psychosomatické. Záleží také na průběhu (akutní nebo chronické onemocnění), výsledcích poskytované péče (zlepšení stavu, stav nezměněn nebo zhoršení) a

organizací poskytované péče (délka čekací doby, objednávací systém, dostupnost mimo ordinační dobu).

- Faktory, které souvisí se zdravotním systémem: předchozí modely souvisely s mikrosystémem, zahrnující pouze lékaře nebo sestru. Některé badatele zajímalo, zda může spokojenost záviset také na makrosystému, tedy jestli rozdílné systémy zdravotní péče v evropských zemích mohou ovlivňovat spokojenost pacientů. Podle provedených výzkumů se spokojenost pacientů neliší v různých zemích a různých systémech péče a spokojenost pacientů je všude relativně vysoká (Mareš, 2009).

1.8.2 Techniky sledování spokojenosti pacientů

Jedním z ukazatelů kvality, kterou poskytujeme pacientovi, je jeho spokojenost. Vzhledem k tomu, že spokojenost je pocit subjektivní a je vnímán velmi rozdílně, může spokojenost ovlivnit více faktorů. Sledování a zjišťování spokojenosti je důležité hlavně z několika důvodů:

- dává pacientům pocit, že je jim věnována pozornost a současně dostávají možnost se vyjádřit k tomu, co je pro ně důležité,
- pracovník získá zpětnou vazbu o tom, co je pro pacienta důležité,
- pracovníci managementů získávají důležitý nástroj pro zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Ke zjišťování spokojenosti pacientů se nejčastěji používají tři přístupy: kvalitativní přístup (rozhovor), kvantitativní přístup (dotazník, anketa), kombinace obou těchto přístupů (Mareš, 2009).

Anketa

Jde o nejjednodušší výzkumnou techniku používanou ve výzkumných šetřeních. Měla by obsahovat maximálně 5-10 otázek, které jsou uzavřené. Anketa nekontroluje výběr respondentů, nemůžeme tedy hodnotit výběrovost souboru. Velkou nevýhodou je malá návratnost (Tahal a kol., 2017).

Dotazník

Standardizovaný soubor otázek, které jsou připraveny na určitém formuláři. V úvodu by mělo být vysvětlení, k čemu dotazník slouží a informace o tom, že dotazník je anonymní (v případě, že není, je nutné mít souhlas respondenta). Mezi hlavní zásady vyplňování dotazníku patří:

- zahrnutí celé šíře problematiky, aby nemuselo probíhat následné došetřování,
- konstrukce dotazníku by měla respondenta přitahovat,
- formulace otázek musí být jednoduchá, aby mohl respondent jednoznačně odpovědět. Je vhodné před zahájením výzkumu vyzkoušet formulaci otázek předvýzkumem na malém množství respondentů (Mareš, 2009).

Výhodou dotazníkového šetření je jasná formulace otázek bez emocí, možnost hromadného zpracování na počítači. Mezi nevýhody patří nemožnost opravy při nepochopení otázky, nízká návratnost může ovlivnit kladné stránky dotazníku, důležitá je i délka dotazníku a její grafická úprava. Je vhodné přiložit doprovodný dopis, ve kterém je vysvětlen účel dotazníku (Kutnohorská, 2008).

Rozhovor

Nejstarším a nejpoužívanějším prostředkem lidské komunikace je rozhovor, současně je i nejpoužívanějším nástrojem k získávání informací. Patří ale také k nástrojům nejobtížnějším. Abychom ho zvládli, musíme umět provázat schopnost získat potřebné sociální dovednosti a schopnost pozorování tak, abychom z nich pro výzkum získali maximum. Interview je takový rozhovor, který je prováděný s konkrétním cílem výzkumné studie a je moderovaný (Křivohlavý, 2012).

Mezi typy rozhovoru patří rozhovor standardizovaný, rozhovor nestandardizovaný a rozhovor polostandardizovaný.

Standardizovaný rozhovor - formálně je podobný dotazníku, probíhá podle předem připravených otázek a drží se předem připravené formulace a pořadí. Většinou jsou uvedeny i varianty odpovědí. Tazatel musí zaujímat nestranný postoj a nesmí do rozhovoru vkládat vlastní názory, zájem nebo přesvědčení. Musí se chovat nestranně a neutrálně a nesmí rozhovor komentovat (Zemanová a Dolejš, 2015).

Nestandardizovaný rozhovor - jde o metodu, která se podobá běžnému rozhovoru. Dopředu není připravený žádný plán, důraz je kladen na přirozený průběh a přirozenost konverzace. Otázky při rozhovoru nemusí být identické ani ve stejném pořadí. Rozhovor je přizpůsoben osobnosti člověka a situaci. Téma je po celou dobu dodrženo a je jasné, na jakou otázku je hledána odpověď (Kutnohorská, 2008).

Polostandardizovaný rozhovor - při tomto typu rozhovoru je vytvořeno schéma, které je závazné pro tazatele. Vyžaduje náročnější přípravu. Je specifikován okruh otázek, na které se tazatel chce ptát. U některých otázek je možné zaměňovat strukturu a pořadí, u jiných je požadováno přesné znění. Důležité je upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, je ověřováno, zda tazatel odpověď správně pochopil, jsou kladeny doplňující otázky. U polostandardizovaného rozhovoru je dané tzv. jádro rozhovoru, což je minimum otázek a témat, na které se tazatel chce ptát. Tím je získána jistota, že budou probrána všechna naplánovaná témata. Výhodou tohoto typu rozhovoru je možnost kreativity (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013).

Rozhovor bude úspěšný, pokud bude splněno několik podmínek:

- tazatel si uvědomí cíl, kterého chce dosáhnout,
- tazatel si promyslí cíl, pořadí a formulaci otázek,
- tazatel hovoří jasně, stručně a srozumitelně, je zváženo použití odborných výrazů
- je navozena spolupráce a důvěra,
- musí být odhadnuta správná formulace otázek vzhledem k osobnosti dotazovaného,
- v případě nepochopených otázek jsou připraveny vysvětlující odpovědi,
- rozhovor vést po únosnou dobu, v průběhu rozhovoru může klesat pozornost,
- hranice trvání rozhovoru je většinou jedna hodina,
- je vyloučeno subjektivní ovlivňování rozhovoru tazatelem.

Ukončení rozhovoru bývá často podceňováno, ale je důležité ukončit témata, která jsme započali a uzavřít kontakt s účastníkem rozhovoru důstojně (Kutnohorská, 2008).

Focus group (FG)

Focus group je považován za efektivní nástroj používaný ke zjišťování důležitých informací a zpětné vazby. Jde o neformální „cílené rozhovory“. Velkou roli mají v

programu kontinuálního zvyšování kvality. FG nenahrazuje dotazníky, je pouze doplňujícím nástrojem. Pokud je použit ke srovnání s výsledky dotazníkového šetření, mohou být ve výsledcích rozdíly. Skupiny ve FG mohou obsahovat skupinu zaměstnanců, bývalé pacienty, studenty, veřejnost nebo dodavatele. Cílená diskuse probíhá na neutrální půdě, kdy se snažíme odhalit negativní i pozitivní aspekty péče. Jde o neformální setkání, při je možné získat zpětnou vazbu od pacientů, kteří budou v krátké době propuštěni. Samozřejmě by bylo efektivní, pokud by se FG účastnili pacienti, kteří již byli propuštěni, v podmínkách ČR je však mezi propuštěnými pacienty neochota vrátit se do nemocnice. Důvody jsou časové i ekonomické. FG by měl obsahovat 6-12 účastníků, kteří jsou předem pečlivě vybráni. Důležitá je i role moderátora, seznámení všech zúčastněných s tématy, o kterých se bude mluvit. Na začátku FG poděkujeme za ochotu zúčastnit se, během setkání moderátor nediskutuje o názorech ostatních, pouze sbírá informace. Na závěr je poděkováno všem zúčastněným. Silnou stránkou FG jsou hlubší postřehy než při použití dotazníků, ale jsou od malé skupiny lidí. Proto je doporučeno obě tyto metody kombinovat (Malíková, 2011).

Pickerův standardizovaný dotazník

Pickerův institut byl založen v roce 1987 jako instituce zaměřená na zlepšování kvality zdravotnické péče pomocí systematického výzkumu. Díky rozsáhlému šetření dospěli pracovníci tohoto institutu k definici osmi dimenzí kvality, které ovlivňují spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Tyto dimenze jsou zaměřeny na otázky: Co pacienti potřebují? Co oceňují? Jaké aspekty jsou pro ně a jejich rodiny důležité? Co brání schopnosti pacientů zvládat jejich potíže a co jim naopak pomáhá? Mezi těchto osm dimenzí kvality patří: příjem do nemocnice, respekt-ohled, úcta, koordinace a integrace péče, informace-komunikace, tělesné pohodlí, citová opora, zapojení rodiny a přátel, propuštění a návaznost péče. V Pickerově dotazníku je důležité zaměření na zhodnocení péče pacienty. Ukazuje pohled nejen na spokojenost pacientů, ale také na jejich zkušenost se zdravotní péčí. Tyto dimenze kvality se staly východiskem pro tvorbu dalších dotazníků zaměřujících se na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013).

1.8.3 Výzkumy zaměřené na sledování spokojenosti pacientů

V poslední době se stávají průzkumy spokojenosti pacientů stále více oblíbené. Vedení nemocnic si uvědomují, že díky informacím získaných od pacientů mohou zvyšovat kvalitu poskytované péče a současně získat cenné informace o potřebách pacientů. Je ale důležité si připustit, že výsledky studií, které proběhly, nemusí být vždy stejné (Al-Abri a Al-Balushi, 2014).

Výzkumy se zaměřují na různé dimenze poskytované péče. Ve studii, kterou provedli Nelson-Wernick, Currey-Taylor et al. V roce 1981 bylo zjištěno, že pacienti, kteří byli hospitalizováni méně než dva týdny, jsou s péčí více spokojeni, než pacienti, kteří v nemocnici trávili delší dobu. Podle výzkumu Aharona a Strassnera, existují pozitivní vztahy mezi příjmem do zařízení a spokojeností pacientů. Tito výzkumníci také poukazují na to, že pacienti se cítí spokojenější, pokud mají lékaři sociodemografické charakteristiky a mohou s pacienty sdílet podobné informace (Aharony a Strassner, 2010).

Výzkum Halcomba a Peterse potvrdil, že zdravotní sestry byly pro pacienta nejdůležitější, pokud věděly, co dělají a pacienti dokázali uznat dostupnost zdravotních sester (Halcomb, Peters, Davies, 2013).

V České republice začala řada nemocnic reagovat na potřebu pacientů, která se týkala zvyšování kvality péče v nemocnicích a nemocnice začaly nastavovat hodnocení spokojenosti pacientů. Vznikl projekt Kvalita očima pacientů, který reagoval na projekt WHO, „Zdraví 21“ a je určen evropskému regionu. Základními kameny tohoto projektu byly prvky filozofie, se kterými přistupuje k výzkumu Pickerův institut. Cílem tohoto projektu bylo provést šetření, které by ověřilo metodiku monitorování spokojenosti s kvalitou péče v jednotlivých zařízeních. Výsledkem jsou objektivní informace o kvalitě jednotlivých nemocnic. Pacient může, pokud plánuje konkrétní zákrok nebo pobyt v nemocnici, nahlédnout do výsledků šetření a zjistit, jak jsou pacienti v daném zařízení spokojeni s kvalitou péče. Projekt se zaměřuje na lůžková i ambulantní zařízení. První výzkum proběhl v roce 2008 a zúčastnilo se ho 23 tisíc hospitalizovaných pacientů v šestnácti zařízeních. Další probíhaly i v následujících letech a projekt stále pokračuje (MZČR 2017). Na stránkách MZČR je možné vyplnit on-line dotazník, který se zaměřuje na spokojenost pacientů v ambulantní sekci (MZČR, 2018).

2 Výzkumná část

Výzkum je souborem činností, které jsou koordinované a přináší nové výsledky. Jde o tvůrčí činnost v jakékoliv oblasti vědního oboru. Vědecký výzkum se snaží porozumět, přezkoumat a vysvětlit jednotlivé fenomény. Tento proces má mnoho etap činností a pomáhá aplikovat teoretické poznatky do praxe. Výzkum by měl odpovídat na otázky, které výzkumník klade, nereprodukuje tedy přímo skutečnost (Kutnohorská, 2008).

2.1 Metodika výzkumu

Výzkumnou metodou naší práce jsme zvolili kvantitativní výzkum. Jeho úkolem je za pomoci dotazníků zjistit statistický typ závislostí mezi jednotlivými proměnnými a jeho účelem je získat měřitelné číselné údaje. Pracuje s větším souborem respondentů, aby byly získány statisticky spolehlivé výsledky (Walker, 2013).

Důvodem k výběru tématu diplomové práce bylo zjistit, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s poskytovanou péčí, posoudit aktuální stav spokojenosti pacientů a následně navrhnout možné kroky, které pomohou ke zlepšení péče.

Výzkumný cíl

Pro potřeby výzkumu jsme si stanovili tyto cíle:

- Cíl C1: Zjistit, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s kvalitou poskytované péče.
- Cíl C2: Zjistit, zda-li oddělení psychiatrických nemocnic, na kterém jsou pacienti hospitalizováni, ovlivňuje jejich spokojenost s poskytovanou péčí.

Hypotézy

Pro splnění cílů, které jsme zvolili, jsme stanovili tyto hypotézy:

- Hypotéza H1 Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H2: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem lékařů u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H3: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou bezpečnou péčí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H4: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl se zajištěním soukromí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H5: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a u pacientů, kteří jsou hospitalizováni více než jednou.

K cíli C1 se vztahují hypotézy H1, H2, H3, H4. K cíli C2 se vztahuje hypotéza H5.

2.2 Charakteristika cílového souboru a výzkumného vzorku

Charakteristika cílového souboru

V roce 2016 bylo v 18 psychiatrických nemocnicích pro dospělé hospitalizováno 8741 pacientů, dále byla psychiatrická péče zajištěna na 31 psychiatrických odděleních nemocnic s 8741 lůžky. Od roku 1997 počet lůžek klesl o 1040, naopak počet lékařských míst se navýšil o 101 místo. Mezi nejčastější diagnózy patří poruchy duševní a poruchy chování v souvislosti s užíváním návykových látek (více než čtvrtina hospitalizací). Velkou část pacientů tvořili pacienti se schizofrenií, poruchami s bludy, neurotickými, stresovými a somatotrofními poruchami. Průměrná doba hospitalizace byla 57 dnů, v psychiatrických nemocnicích to bylo 77,2 dne a na psychiatrických odděleních nemocnic 17,3 dne. Velké rozdíly jsou také mezi jednotlivými psychiatrickými nemocnicemi podle toho, na jaký typ péče se jednotlivé nemocnice zaměřují. Nejčastějším důvodem přijetí (96 %) byla léčba, výjimku tvořily sexuální poruchy, kdy byla nařízena ochranná léčba (ÚZIS, 2016).

Otevřená a uzavřená oddělení psychiatrických nemocnic

Uzavřená oddělení: v psychiatrických nemocnicích jsou oddělení, která jsou trvale uzamčená, jde o „uzavřené oddělení“. Personál má univerzální klíč, kterým se dostane do jiných pavilónů, na jiná oddělení, do pokojů, pracoven lékařů a sester a do jiných místností. Pacienti na těchto odděleních jsou pod trvalým dozorem, protože mohou být vlivem nemoci nebezpeční sobě nebo svému okolí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2010).

Otevřená oddělení: na těchto odděleních funguje systém otevřených dveří, kdy může pacient sám opustit oddělení v době, kdy neprobíhá program a jít na procházku, nebo na propustku, která může trvat několik dní. Tento systém vyžaduje propracovaný program a intenzivní spolupráci pacientů a personálu. Na otevřeném oddělení jsou většinou hospitalizovaní pacienti, kteří nastoupili léčbu dobrovolně. Pacient se musí podrobit léčebnému režimu, ale může hospitalizaci kdykoliv ukončit. V případě, že lékař nesouhlasí s ukončením hospitalizace, vyžádá si negativní revers (Marková, Venglářová, Babiaková, 2010).

Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořila skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni na uzavřeném nebo otevřeném oddělení psychiatrické nemocnice a byli schopni a ochotni vyplnit dotazník. Výzkum byl proveden v období duben–říjen 2018. V naší práci neuvádíme plný název poskytovatelů zdravotní péče. Zachování anonymity bylo podmínkou managementu nemocnic pro provedení výzkumu. Vedení nemocnic dalo k výzkumu svůj souhlas, který bude k dispozici při obhajobě práce.

Výběr poskytovatelů zdravotnických služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování byl záměrný, jedná se o nemocnice s podobným spektrem pacientů a podobné velikosti, kde můžeme předpokládat srovnatelnou úroveň poskytované péče a tedy i spokojenost pacientů. Jednotlivá oddělení byla vybírána tak, aby byl zachován poměr pacientů na uzavřených a otevřených odděleních.

2.3 Průběh výzkumu

Výzkum byl zahájen schválením žádosti o výzkum. Výzkum probíhal na odděleních jednotlivých nemocnic od dubna do října 2018.

Časové parametry výzkumu

- stanovení výzkumného problému - únor 2018
- informační příprava výzkumu - únor 2018
- výběr a příprava výzkumných metod - březen 2018
- předvýzkum - duben 2018
- sběr a zpracování výzkumných dat - duben-říjen 2018
- interpretace výzkumných dat - únor 2019

Předvýzkum

Před vlastním výzkumem jsme provedli předvýzkum, jehož cílem bylo:

- seznámení se s prostředím výzkumu a respondenty,
- testování nástrojů výzkumu,
- testování hypotéz,
- testování otázek dotazníku, jejich srozumitelnosti a jednoznačnosti.

V rámci předvýzkumu jsme navštívili oddělení nemocnice A. Zde jsme provedli řízený strukturovaný rozhovor s pěti náhodně vybranými respondenty, kteří s rozhovorem souhlasili. Při rozhovoru jsme použili pracovní verzi dotazníku. Na základě předvýzkumu jsme vypustili otázky, na které nebyla jednoznačná odpověď a měly by vliv na validitu výzkumu.

Způsob získávání dat

Při získávání dat jsme použili modifikovaný dotazník „Kvalita očima pacientů (KOP)“ (Příloha 1), jehož autorem je RNDr. Tomáš Reiter. Před provedením dotazníkového šetření jsme požádali autora o povolení použít tento dotazník (Příloha 2). V dotazníku je hodnoceno osm dimenzí kvality lůžkové péče: přijetí pacienta do zařízení, respekt-

ohled-úcta k pacientovi, koordinace a integrita péče o pacienta, informace a komunikace s pacientem, tělesné pohodlí pacienta, citová opora pacienta, zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta, propuštění pacienta ze zařízení. Vzhledem k tomu, že výzkum se týkal hospitalizovaných pacientů, vyřadili jsme otázky, které se týkaly propuštění pacienta ze zařízení. Dotazník byl doplněn o demografické údaje, týkající se pohlaví respondentů, délky hospitalizace a údaje počtu dosavadních hospitalizací. Rozdáno bylo 250 dotazníků a výběr respondentů byl proveden metodou výběru tak, aby byl zachován poměr pacientů na otevřeném a uzavřeném oddělení. Dotazníky daly respondentům k vyplnění staniční sestry daných oddělení, které seznámily respondenty s účelem šetření. V modifikovaném dotazníku byl použit termín zdravotní sestra. Pro výzkum a popisy výsledků jsme tento termín zachovali. Jsme si vědomi, že termín není legislativně správný, na výsledky to nemá žádný vliv.

2.4 Zpracování získaných dat

Pro zpracování dat, která jsme zkoumali, jsme použili program Microsoft Office Excel, data jsme uspořádali do tabulek a grafů tak, aby byla přehledná. Data jsme zpracovali pomocí základních matematických metod. Použili jsme funkce tabulkového procesoru Excel, kde jsme zpracovali výsledky v procentech, průměrech, rozdílech a sumárních číslech.

Výsledky statistické významnosti jsme získali pomocí matematického srovnání a statistické analýzy. Stanovili jsme si nulovou a alternativní hypotézu, zvolili úroveň chyby, spočítali testovací statistiku a následně jí porovnali pomocí Pearsonova Chí-kvadrát testu dobré shody.

Testování hypotéz

Hypotézy jsou určitým vědeckým předpokladem, který vychází z vědeckých poznatků o daném jevu ze zkušeností výzkumníka. Vyjadřují vztahy mezi proměnnými (Disman, 2011).

Hypotézy rozdělujeme na nulové a alternativní. Podle nulové hypotézy jsou proměnné nezávislé, alternativní hypotéza umožňuje všechny ostatní hodnoty (Zvára, 2013).

Pro testování hypotéz jsme použili Personův chí-kvadrát test, který ověřuje, jestli se četnosti, získané měřením, významně odlišují od četnosti teoretické, odpovídající

nulové hypotéze. Nulová hypotéza je označována jako H_0 , alternativní jako H_1 nebo H_A . Abychom rozhodli o tom, jestli bude hypotéza přijata nebo zamítnuta, testujeme nulovou hypotézu. Používáme přitom testové kritérium. Jde o číselné charakteristiky, které jsou odvozeny od dat, která jsme zjistili. Vzorec, používaný pro Pearsonův chí kvadrát test, je: $\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$, kdy χ^2 , kdy χ je testovací kritérium, P pozorovaná četnost a O očekávaná četnost, která odpovídá nulové hypotéze.

Test předpokládá, že 80% teoretických četností je větší než 5 a současně není žádná nulová skutečná četnost. Hladinou významnosti je pravděpodobnost nesprávného odmítnutí nulové hypotézy. Ve většině výzkumů se pracuje s hladinou významnosti 0,05 (5 %) nebo 0,01 (1 %). Testovali jsme na hladině významnosti 0,05. Přijetí nulové hypotézy znamená, že výsledky mohou být vysvětleny působením náhody. Pokud ji odmítneme a výsledky jsou statisticky významné, nelze je vysvětlovat na základě náhody (Disman, 2011).

2.5 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Počty zpracovávaných dotazníků otevřené a uzavřené oddělení

Nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Otevřené oddělení	117	48 %
Uzavřené oddělení	125	52 %
Celkem	244	100 %

Tabulka 1 ukazuje počty dotazníků, vrácených a zpracovaných z otevřených a uzavřených oddělení psychiatrických nemocnic.

Tabulka 2 Počty zpracovávaných dotazníků první a další hospitalizace

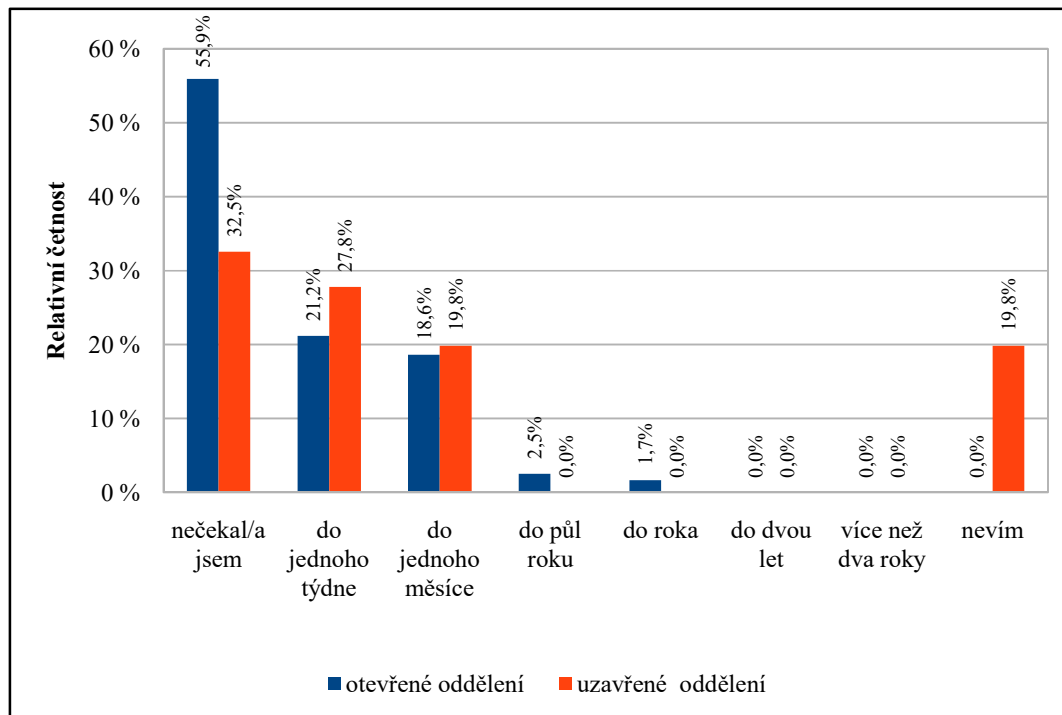
Hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
První hospitalizace	93	38 %
Druhá a další hospitalizace	151	62 %
Celkem	244	100 %

Tabulka 2 ukazuje počty dotazníků, vrácených a zpracovaných u pacientů při první a další hospitalizaci v psychiatrických nemocnicích.

Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků pacientům, kteří byli hospitalizováni na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic. Celkem se vrátilo 246 dotazníků, dva dotazníky byly vyřazeny pro nečitelné vyplnění. Celkem bylo ke zpracování použito 244 dotazníků (97,6 %), na otevřených odděleních byla návratnost 47,9 % (117 dotazníků), na uzavřených 51,2 % (125 dotazníků). Pro testování hypotézy H_5 , kde

jsme srovnávali odpovědi pacientů při první a další hospitalizaci, jsme všechny vrácené dotazníky roztrídili podle sociodemografických údajů, uvedených v dotazníku, na odpovědi pacientů při první hospitalizaci a při druhé a další hospitalizaci. Z celkového počtu 244 vrácených dotazníků bylo 93 (38,1 %) od pacientů při první hospitalizaci a 151 (61,9 %) od pacientů při druhé a další hospitalizaci. Data jsou zpracována pro větší přehlednost do dvou grafů tak, abychom mohli porovnat data z obou skupin.

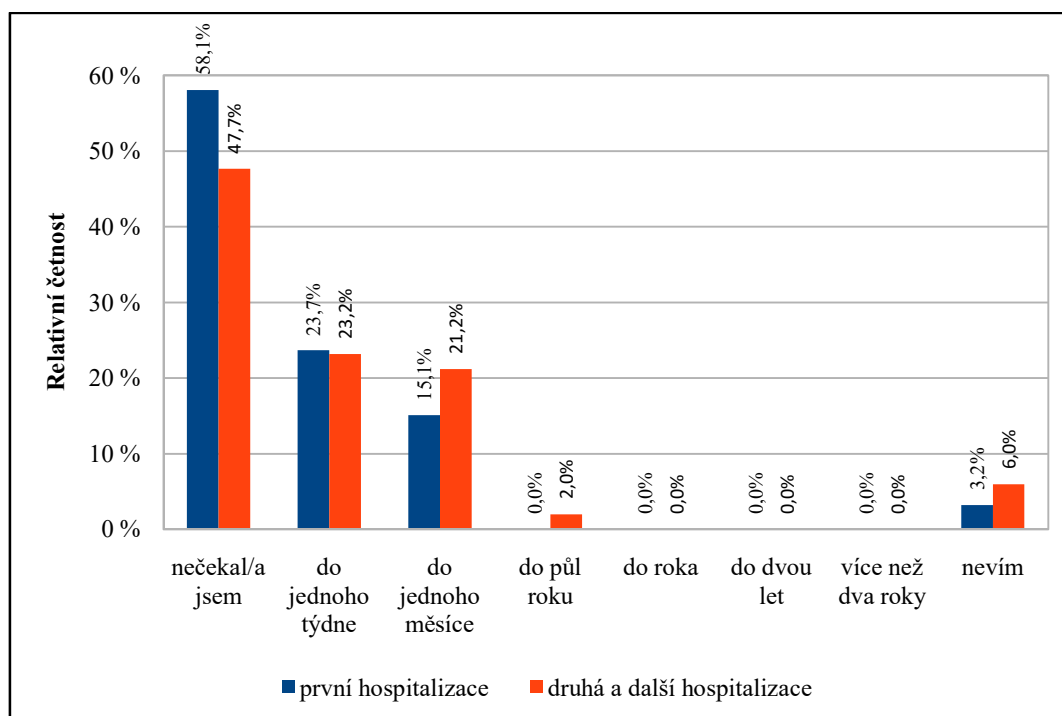
Otázka1 Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do nemocnice?



Graf 1a Doba čekání na přijetí podle typu oddělení

Graf 1a ukazuje, jak dlouho čekali respondenti na přijetí do nemocnice na uzavřeném a otevřeném oddělení psychiatrické nemocnice. Na otevřeném oddělení nečekalo na přijetí do nemocnice 55,9 % (66) pacientů, do jednoho týdne čekalo 21,2 % (25), do jednoho měsíce 18,6 % (22) pacientů. Do půl roku čekalo na přijetí 2,5 % (3) pacientů a do jednoho roku 1,7 % (2) pacientů. Do dvou let a více než dva roky nečekal žádný pacient. Nevím neodpověděl žádný pacient otevřeného oddělení.

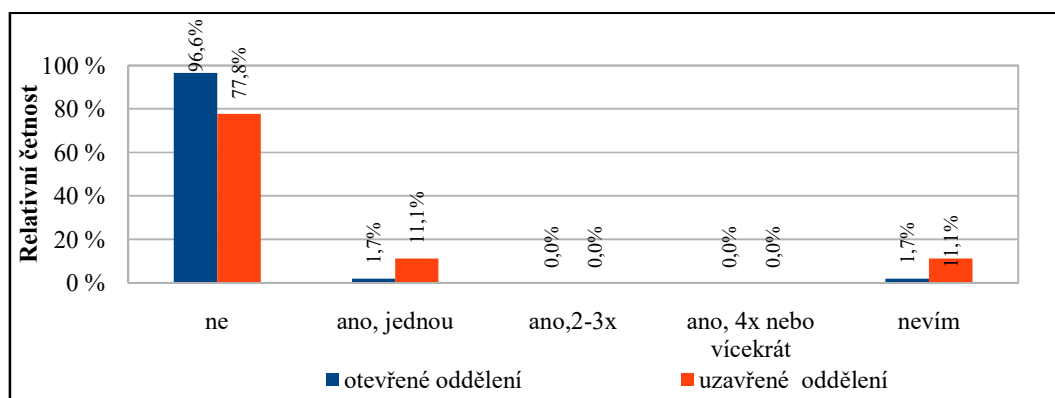
Na uzavřeném oddělení nečekalo na přijetí do nemocnice 32,5 % (41) pacientů, 27,8 % (35) pacientů čekalo do jednoho týdne. Do jednoho měsíce čekalo 19,8 % (25) pacientů. Do jednoho roku, do dvou let a více než dva roky nečekal žádný pacient uzavřeného oddělení a tuto odpověď nevědělo 19,8 % (25) pacientů.



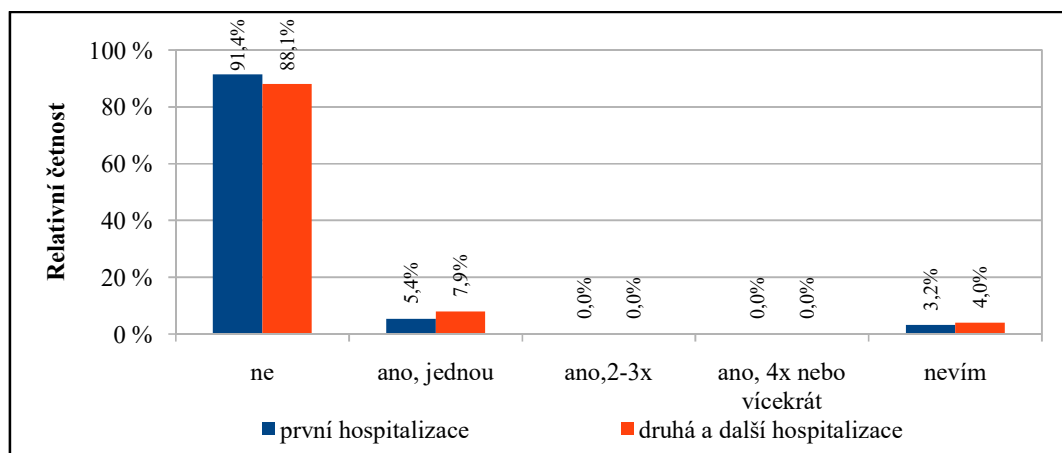
Graf 1b Doba čekání na přijetí podle hospitalizace

Graf 1b porovnává čekací dobu u pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé a u pacientů, kteří byli hospitalizováni více než jednou. Pacienti, kteří byli hospitalizováni poprvé, nečekali na přijetí do nemocnice v 58,1 % (54), do jednoho týdne čekalo 23,7 % (22) pacientů. Do jednoho měsíce čekalo 15,1 % (14) pacientů. Do půl roku, do jednoho roku, do dvou let a více než dva roky nečekal žádný pacient. Tuto odpověď nevědělo 3,2 % (3) pacientů hospitalizovaných poprvé.

Pacienti hospitalizovaní podruhé a vícekrát nečekali na přijetí do nemocnice ve 47,7 % (72), do jednoho týdne čekalo 23,2 % (35) pacientů. Do jednoho měsíce čekalo 21,2 % (32) pacientů, do půl roku 2 % (3) pacientů. Do jednoho roku, do dvou let a více než dva roky nečekal žádný pacient. Na tuto otázku neznalo odpověď 6 % (9) pacientů při první a další hospitalizaci.

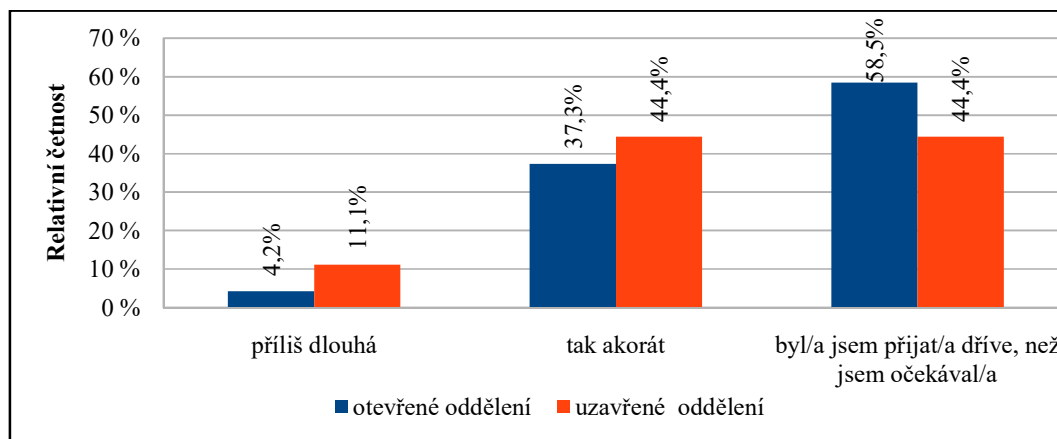
Otázka 2 Byl termín Vašeho přijetí do nemocnice změněn?**Graf 2a Změna termínu přijetí podle oddělení**

Graf 2a nám ukazuje, jestli byl termín přijetí do nemocnice změněn. U pacientů na otevřeném oddělení nebyl termín změněn u 96,6 % (114) pacientů, jednou byl změněn u 1,7 % (2) pacientů. Odpověď ano, 2-3x a ano, 4x nebo vícekrát neodpověděl žádný pacient, tuto odpověď neznalo 1,7 % (2) pacientů. Na uzavřeném oddělení nebyl termín změněn u 77,8 % (98) pacientů, jednou byl termín změněn u 11,1 % (14) pacientů a tuto odpověď neznalo 11,1 % (14) pacientů.

**Graf 2b Změna termínu přijetí podle hospitalizace**

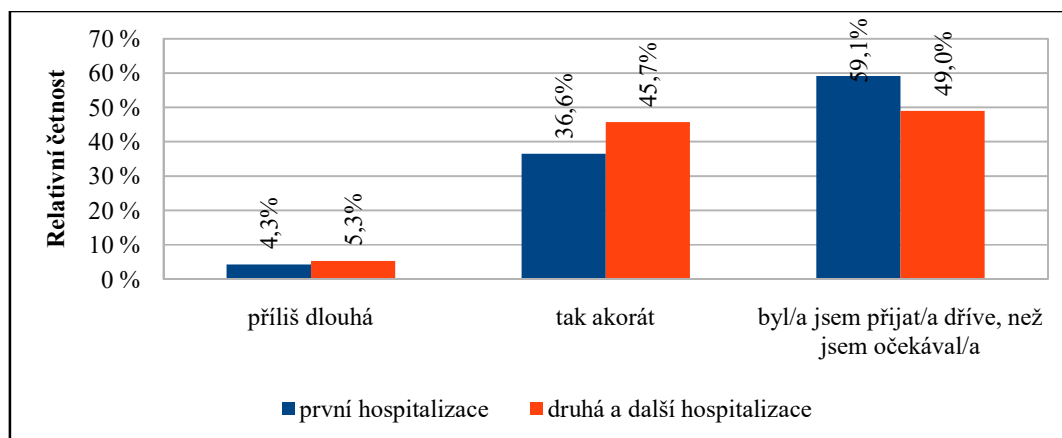
Graf 2b porovnává odpovědi, jestli byl termín přijetí změněn, u pacientů při první a další hospitalizaci. Při první hospitalizaci nebyl termín změněn u 91,4 % (85), jednou byl změněn u 5,4 % (5) pacientů a odpověď nevědělo 3,2 % (3) pacientů. Odpověď ano, 2-3x a ano, 4x nebo vícekrát nezvolil žádný pacient. Při druhé a další hospitalizaci nebyl termín změněn u 88,1 % (133) pacientů, jednou byl změněn u 7,9 % (12) pacientů. Odpověď ano, 2-3x a ano, 4x nebo vícekrát nezvolil žádný pacient. Tento údaj nevědělo 4 % (6) pacientů

Otázka 3 Zdála se Vám doba čekání na přijetí vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu:



Graf 3a Doba čekání podle oddělení

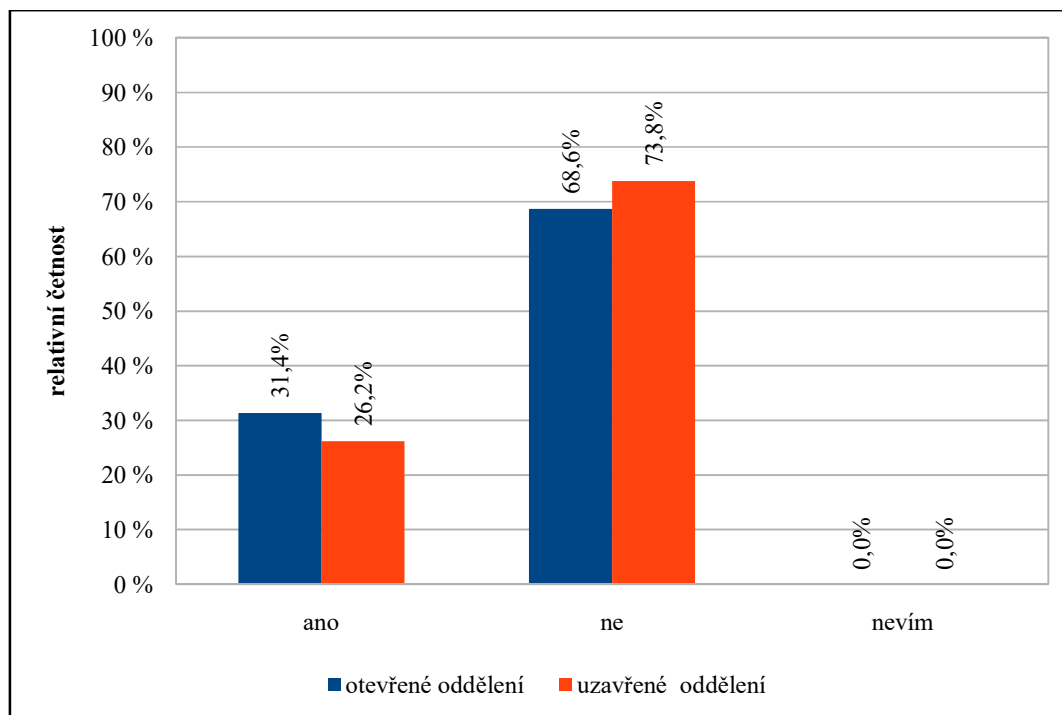
Graf 3a nám ukazuje, jak pacienti otevřených a uzavřených oddělení vnímali dobu čekání na přijetí. Na otevřeném oddělení byla čekací doba příliš dlouhá pro 4,2 % (5) pacientů, tak akorát odpovědělo 37,3 % (44) a byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem očekával/a odpovědělo 58,5 % (69) pacientů. Na uzavřeném oddělení byla čekací doba příliš dlouhá pro 11,1 % (14), tak akorát pro 44,4 % (56) pacientů. Přijato dříve, než očekávalo, bylo 44,4 % (56) pacientů.



Graf 3b Doba čekání podle hospitalizace

Graf 3b porovnává dobu vnímání doby čekání při první a další hospitalizaci. Při první hospitalizaci byla čekací doba příliš dlouhá pro 4,3 % (4), tak akorát pro 36,6 % (34) pacientů. Odpověď byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem očekával/a, zvolilo 59,1 % (55) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci byla čekací doba příliš dlouhá pro 5,3 % (8) pacientů, tak akorát uvedlo 45,7 % (69) pacientů. Dříve, než očekávalo, bylo přijato 49 % (74) pacientů.

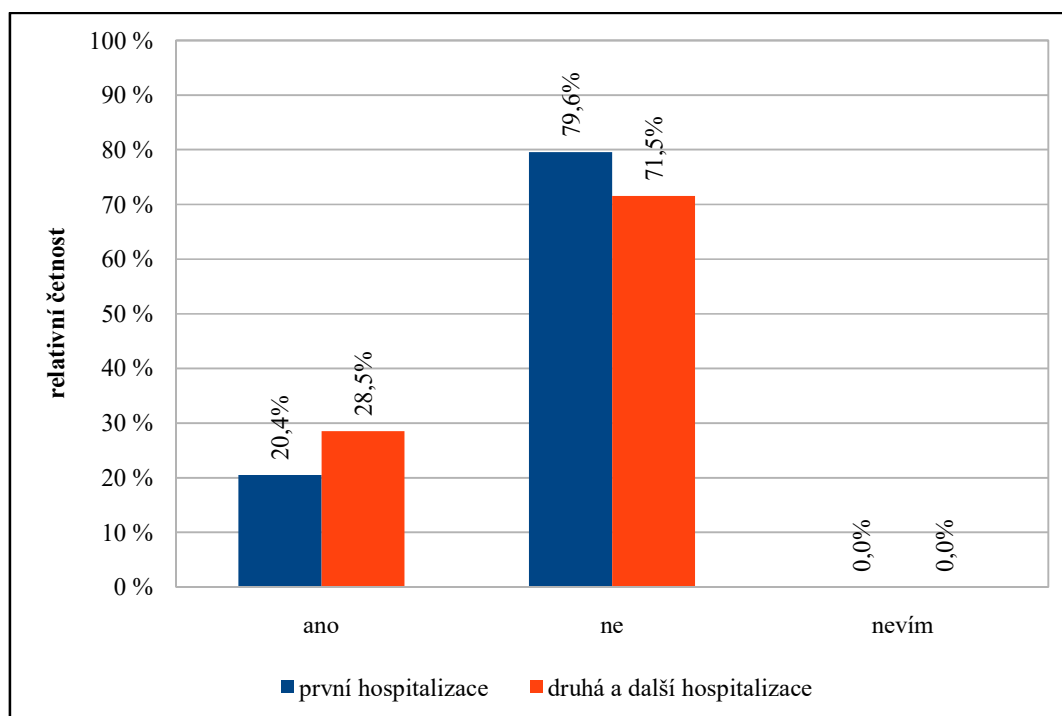
Otázka 4 Zhoršily se Vaše zdravotní potíže během čekání na přijetí do nemocnice?



Graf 4a Zhoršení potíží při čekání podle oddělení

Graf 4a vypovídá o tom, jestli se pacientům hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních zhoršily zdravotní potíže při čekání na hospitalizaci. Na otevřeném oddělení odpovědělo ano 31,4 % (37) pacientů, ne odpovědělo 68,6 % (81) a nevím neodpověděl žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení odpovědělo ano 26,2 % (33) pacientů, ne 73,8 % (93) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient uzavřeného oddělení.

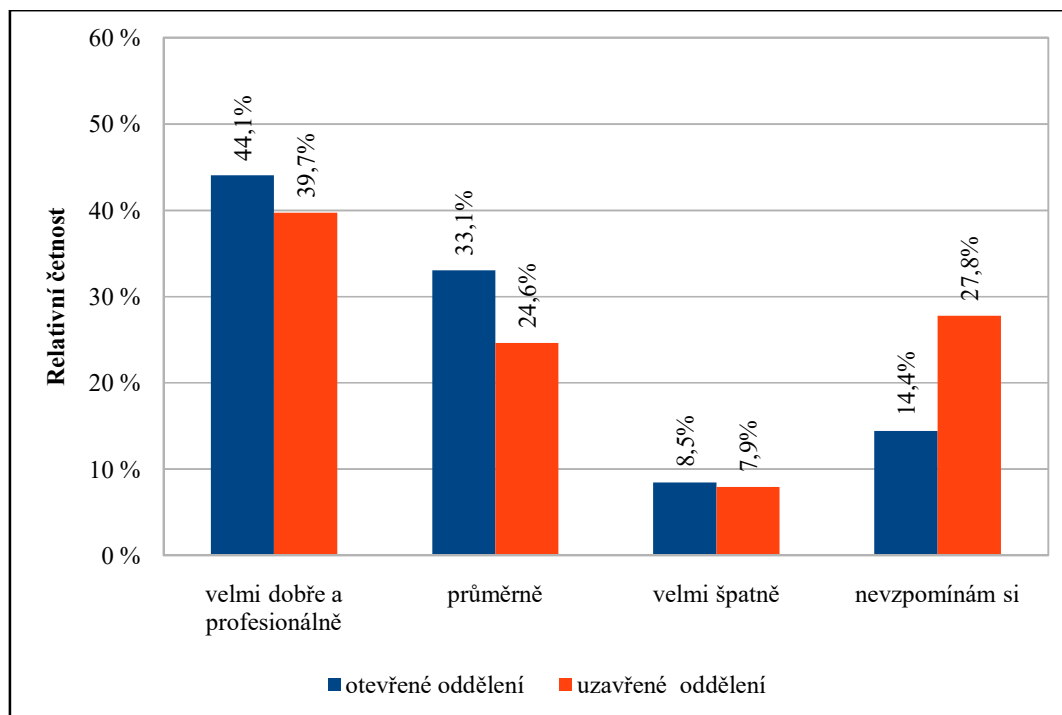


Graf 4b Zhoršení potíží při čekání podle hospitalizace

Graf 4b ukazuje, jestli se zhoršily zdravotní potíže pacientů při čekání na přijetí u pacientů při první a další hospitalizaci. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 20,4 % (19) pacientů, odpověď ne zvolilo 79,6 % (74) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient.

Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo ano 28,5 % (43) pacientů, odpověď ne zvolilo 71,5 % (108) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient.

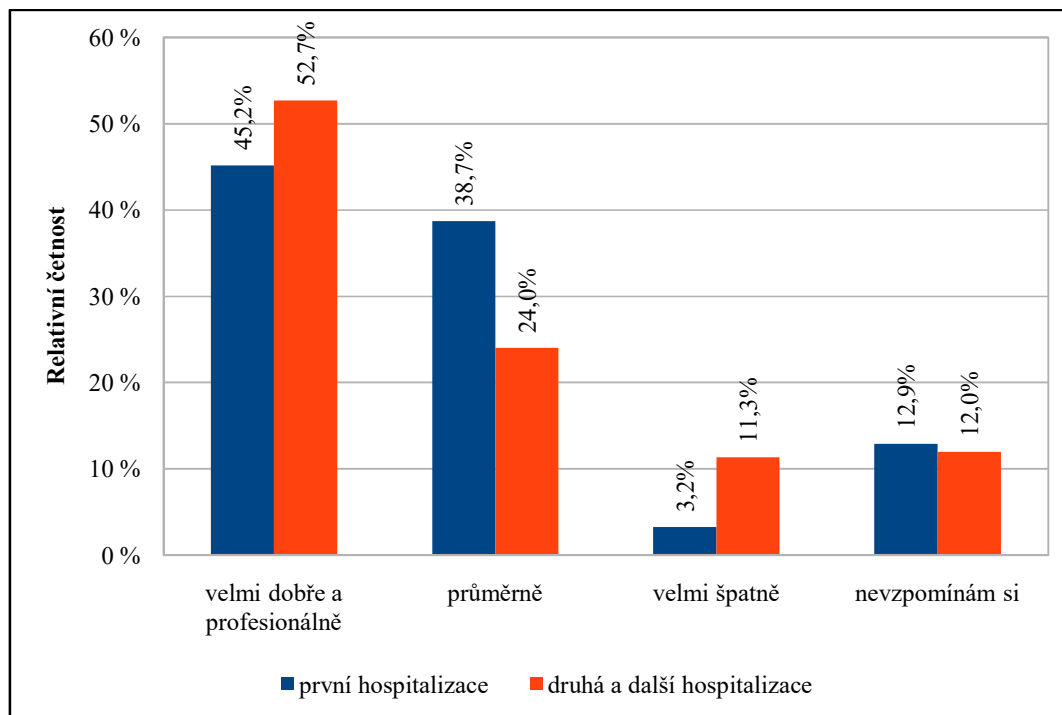
Otázka 5 Jak na Vás působil první kontakt s nemocnicí? Působil na mě:



Graf 5a První kontakt v nemocnici podle oddělení

Graf 5a ukazuje, jak na pacienty působil první kontakt v nemocnici u pacientů na otevřeném a uzavřeném oddělení. Na otevřeném oddělení působil velmi dobře profesionálně u 44,1 % (52) pacientů, průměrně působil první kontakt v nemocnici na 33 % (39). Velmi špatně působil na 8,5 % (10) a na tento údaj si nevzpomínalo 14,4 % (17) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení působil první kontakt velmi dobře a profesionálně na 39,7 % (50) pacientů, průměrně působil první kontakt v nemocnici na 24,6 % (31) pacientů. Velmi špatně působil na 7,9 % (10) pacientů a 27,8 % (35) pacientů uzavřeného oddělení si na tento údaj nevzpomínalo.

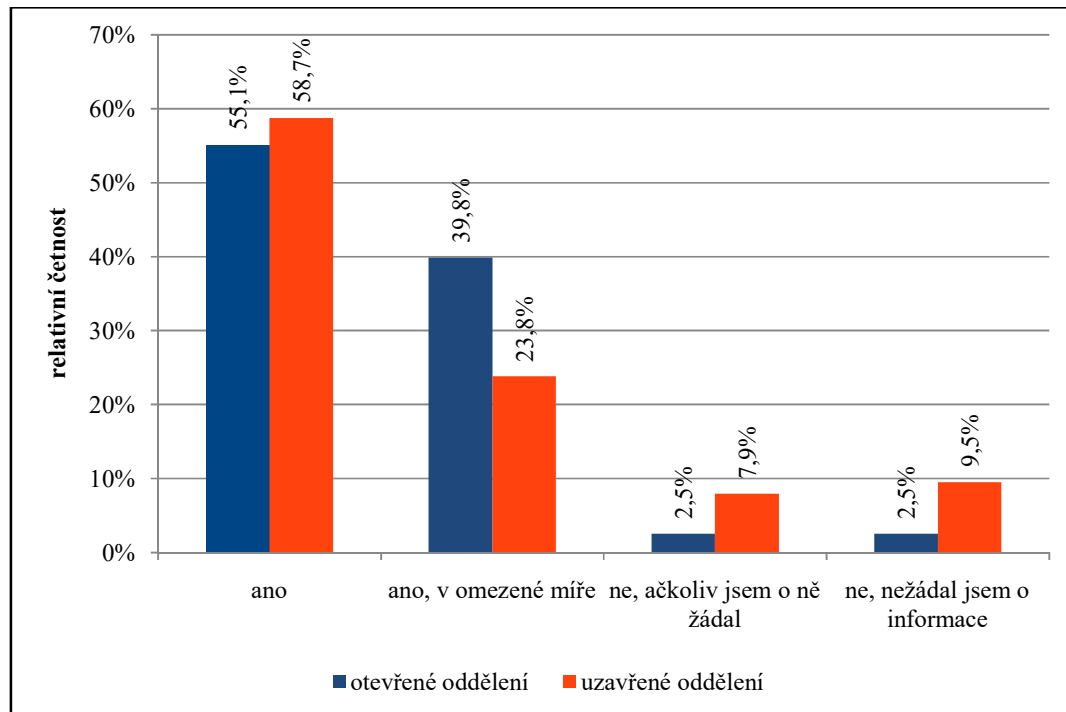


Graf 5b První kontakt v nemocnici podle hospitalizace

V grafu 5b ukazuje, jak na pacienty působil první kontakt v nemocnici při první a další hospitalizaci. Při první hospitalizaci působil první kontakt v nemocnici velmi dobře a profesionálně na 45,2 % (42), průměrně na 38,7 % (36) pacientů. Velmi špatně působil první kontakt na 3,2 % (3) a nevzpomíná si 12,9 % (12) při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci působil první kontakt v nemocnici velmi dobře profesionálně na 52,7 % (79) pacientů, průměrně působil na 24 % (36) pacientů. Velmi špatně působil na 11,3 % (17) pacientů a nevzpomíná si 12 % (18) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

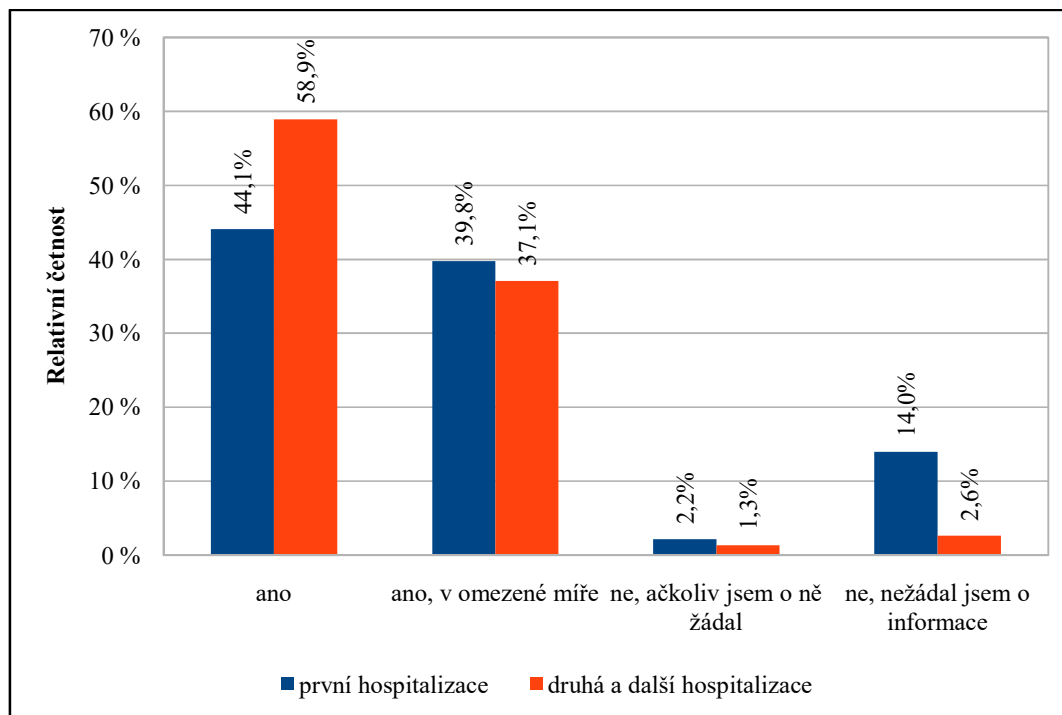
Otázka 6 Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o Vašem zdravotním stavu a průběhu léčby?



Graf 6a Informace o zdravotním stavu podle oddělení

V grafu 6a je uvedeno, jestli dostali pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení v průběhu léčby dostatek informací. Na otevřeném oddělení dostalo informace v průběhu léčby 55,1 % (65) pacientů, informace v omezené míře dostalo 39,8 % (47) pacientů. Informace nedostalo, ačkoliv o ně žádalo 2,5 % (3) pacientů a o informace nežádalo 2,5 % (3) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení dostalo v průběhu léčby informace 58,7 % (74) pacientů, odpověď ano, v omezené míře, zvolilo 23,8 % (30) pacientů. Informace nedostalo, ačkoliv o ně žádalo, 7,9 % (10) a o informace nežádalo 9,5 % (12) pacientů uzavřeného oddělení.

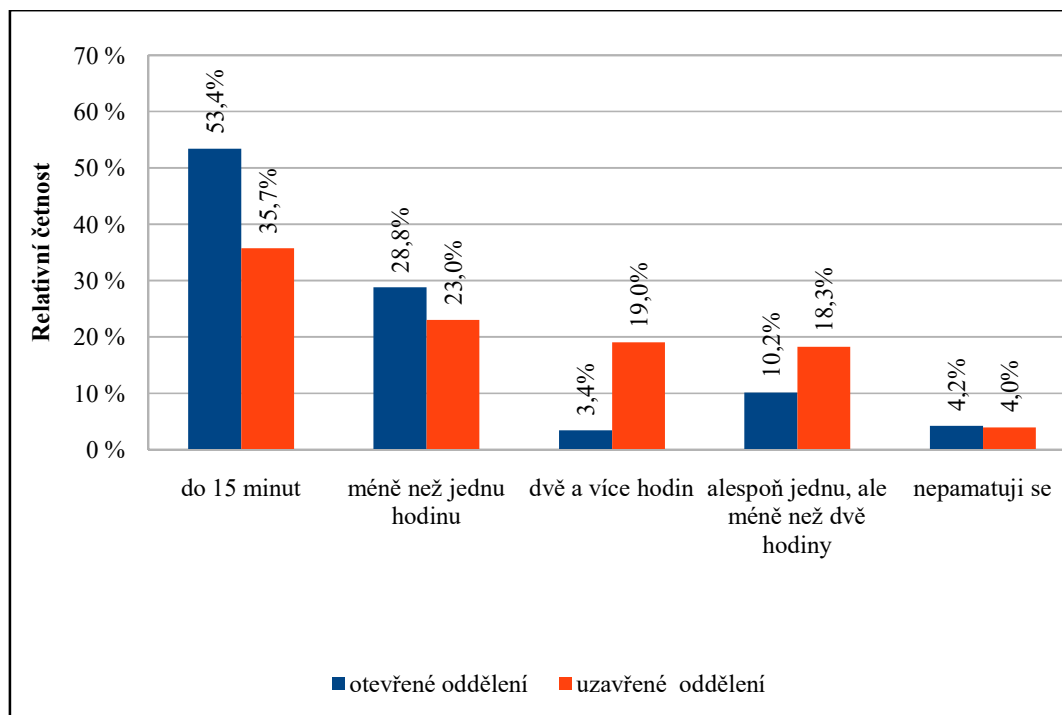


Graf 6b Informace o zdravotním stavu podle hospitalizace

V grafu 6b je uvedeno, jestli dostali pacienti při první a další hospitalizaci v průběhu léčby dostatek informací. Při první hospitalizaci dostalo dostatek informací v průběhu léčby 44,1 % (41) pacientů, odpověď ano, v omezené míře, zvolilo 39,8 % (37) pacientů. Informace nedostalo, ačkoliv o ně žádalo, 2,2 % (2) pacientů a o informace nežádalo 14 % (13) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci dostalo dostatek informací v průběhu léčby 58,9 % (89) pacientů, odpověď ano, v omezené míře, zvolilo 37,1 % (56) pacientů. Informace nedostalo, ačkoliv o ně žádalo, 1,3 % (4) a o informace nežádalo 2,6 % (4) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

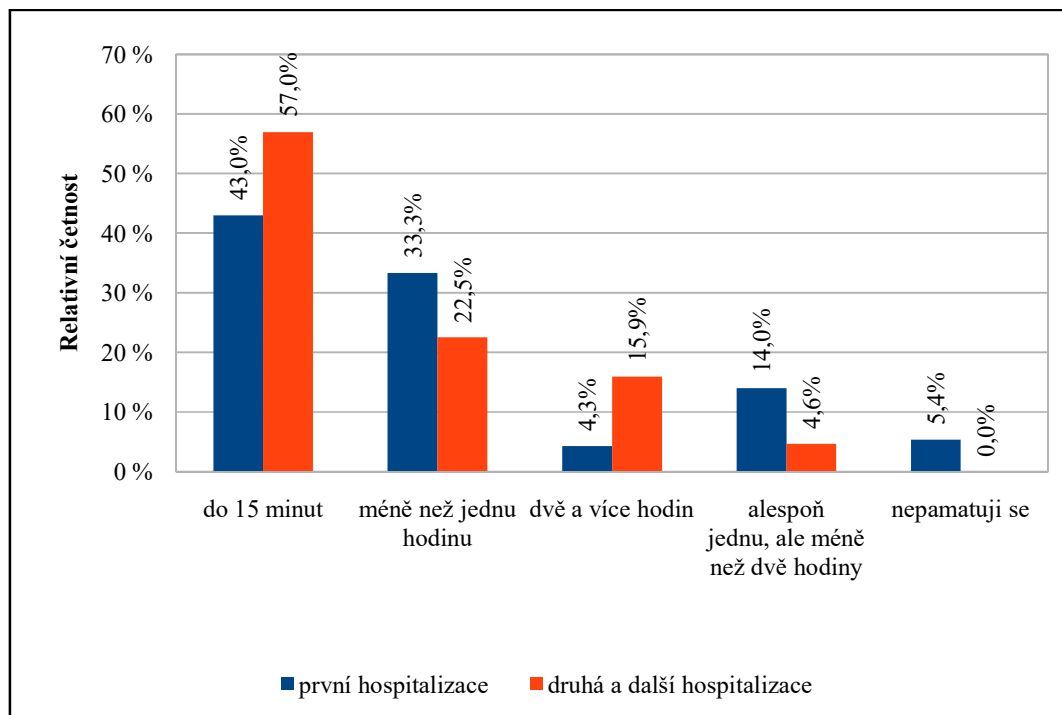
Otázka 7 Jak dlouho jste při příjmu čekal/a na nemocniční lůžko?



Graf 7a Doba čekání na lůžko podle oddělení

V grafu 7a je uvedeno, jak dlouho pacienti a otevřeného a uzavřeného oddělení čekali od přijetí na nemocniční lůžko. Na otevřeném oddělení čekalo do 15 minut 53,4 % (63) pacientů, méně než jednu hodinu 28,8 % (34) pacientů. Dvě a více hodin čekalo 3,4 % (4), alespoň hodinu, ale méně než dvě hodiny 10,2 % (12) pacientů. Na tento údaj si nepamatuje 4,2 % (5) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení čekalo do 15 minut 35,7 % (45) pacientů a méně než jednu hodinu 23 % (29) pacientů. Dvě a více hodin čekalo 19 % (23) pacientů, alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny 18,3 % (23) pacientů. Tento údaj si nepamatovalo 4 % (5) pacientů uzavřeného oddělení.

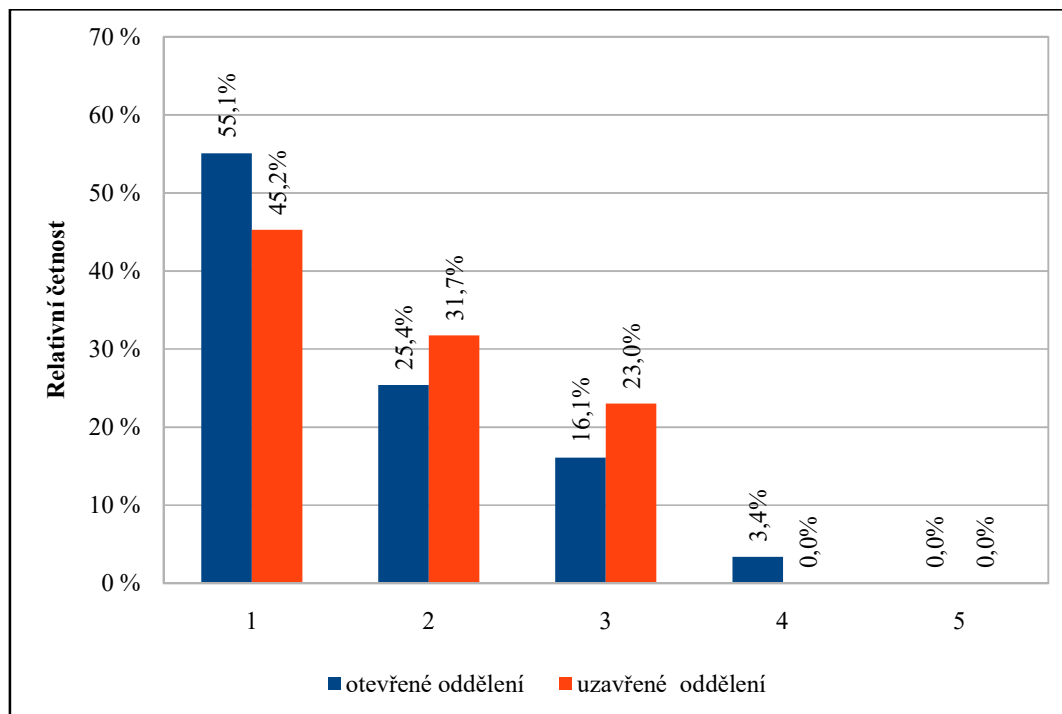


Graf 7b Doba čekání na lůžko podle hospitalizace

V grafu 7b je uvedeno, jak dlouho pacienti při první a další hospitalizaci čekali na nemocniční lůžko. Při první hospitalizaci čekalo do 15 minut 43 % (40) pacientů, méně než jednu hodinu 33,3 % (31) pacientů. Dvě a více hodin čekalo 4,3 % (4), alespoň hodinu, ale méně než dvě hodiny 14 % (13) pacientů. Na tento údaj si nepamatovalo 5,4 % (5) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci čekalo do 15 minut 57 % (86) pacientů a méně než jednu hodinu 22,5 % (34) pacientů. Dvě a více hodin čekalo 15,9 % (24) pacientů, alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny 4,6 % (7) pacientů. Odpověď nepamatuji si neuvedl žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

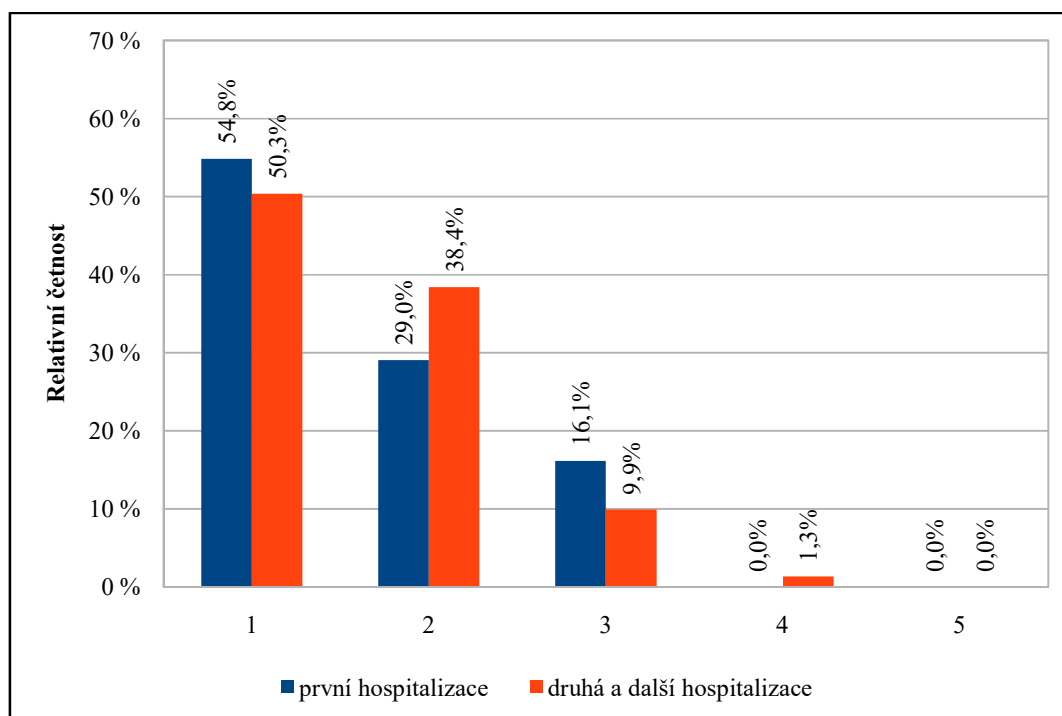
Otázka 8 Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a plynulost Vašeho přijetí do nemocnice:



Graf 8a Plynulost přijetí do nemocnice podle oddělení

V grafu 8a je uvedeno, jak by pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení oznámkovali plynulost přijetí do nemocnice. Na otevřeném oddělení by dalo známku 1 55,1 % (65) pacientů, známku 2- 25,4 % (30) pacientů, známku 3 - 16,1 % (19) a známku 4 - 3,4 % (4) pacientů. Znamku 5 by nedal žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení by dalo známku 1- 45,2 % (57) pacientů, známku 2 - 31,7 % (40) pacientů. Znamku 3 by dalo 23 % (29) pacientů a známky 4 a 5 by nedal žádný pacient uzavřeného oddělení.

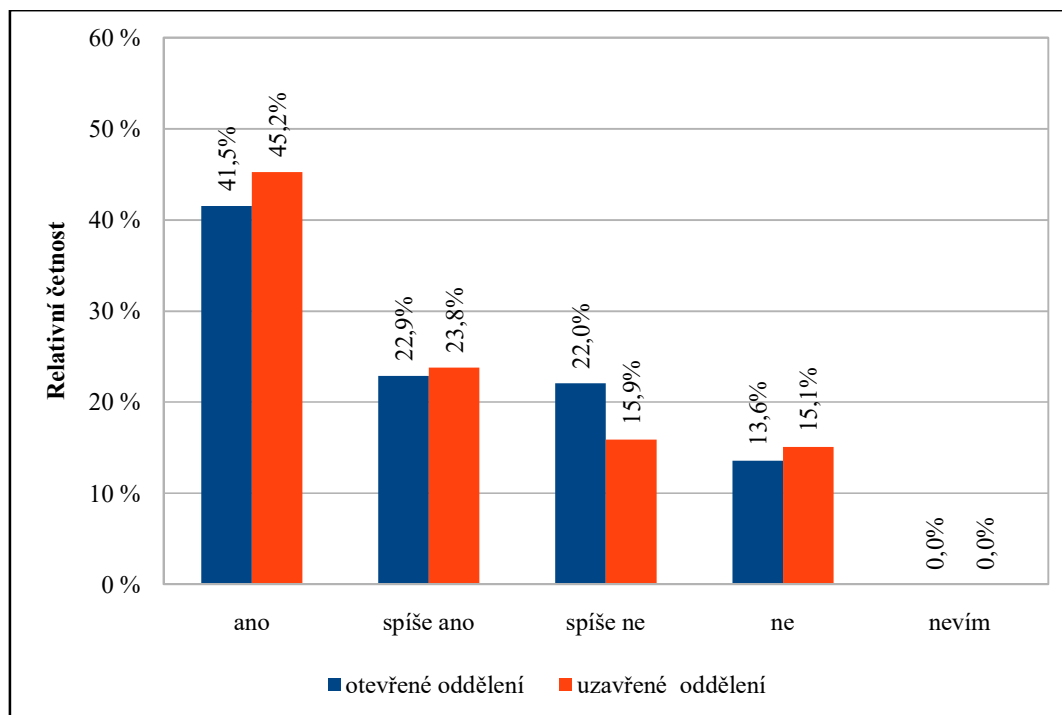


Graf 8b Plynulost přijetí do nemocnice podle hospitalizace

V grafu 8b je uvedeno, jak by pacienti při první a další hospitalizaci oznámkovali plynulost přijetí do nemocnice. Při první hospitalizaci dalo známku 1 - 54,8 % (51) pacientů, známku 2 - 29 % (27) pacientů. Znamku 3 by dalo 16,1 % (15) pacientů, známky 4 a 5 by nedal žádný pacient při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci by dalo 50,3 % (76) pacientů známku 1, 38,4 % (58) známku 2, 9,9 % (15) pacientů známku 3 a 1,3 % (2) pacientů známku 4. Znamku 5 by nedal žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

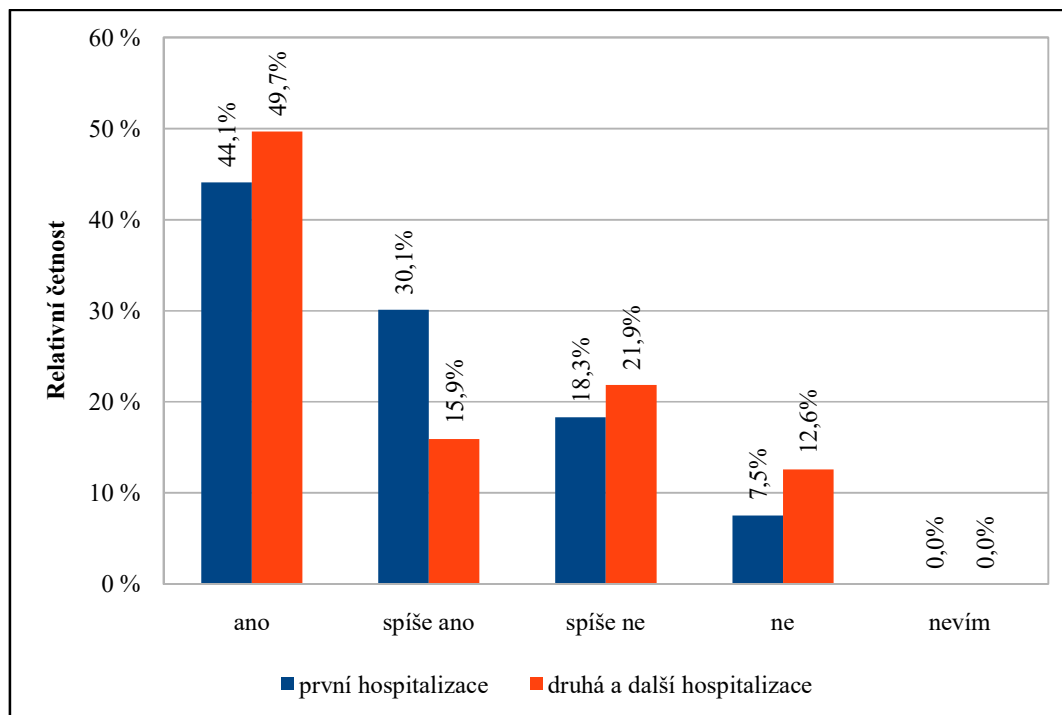
Otázka 9 Vyhovuje Vám doba ranního buzení?



Graf 9a Ranní buzení podle oddělení

V grafu 9a je uvedeno, jak pacientům na otevřeném a uzavřeném oddělení vyhovuje doba ranního buzení. Na otevřeném oddělení vyhovuje doba buzení 41,5 % (57) pacientů, odpověď spíše ano zvolilo 22,9 % (27) pacientů. Spíše ne odpovědělo 22 % (26) a ne odpovědělo 13,6 % (15) pacientů. Nevím neodpověděl žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení zvolilo odpověď ano 45,2 % (49), spíše ano 23,8 % (30) pacientů. Spíše ne byla odpověď u 15,9 % (20) pacientů, ne u 15,1 % (19) pacientů. Nevím neodpověděl žádný pacient uzavřeného oddělení.

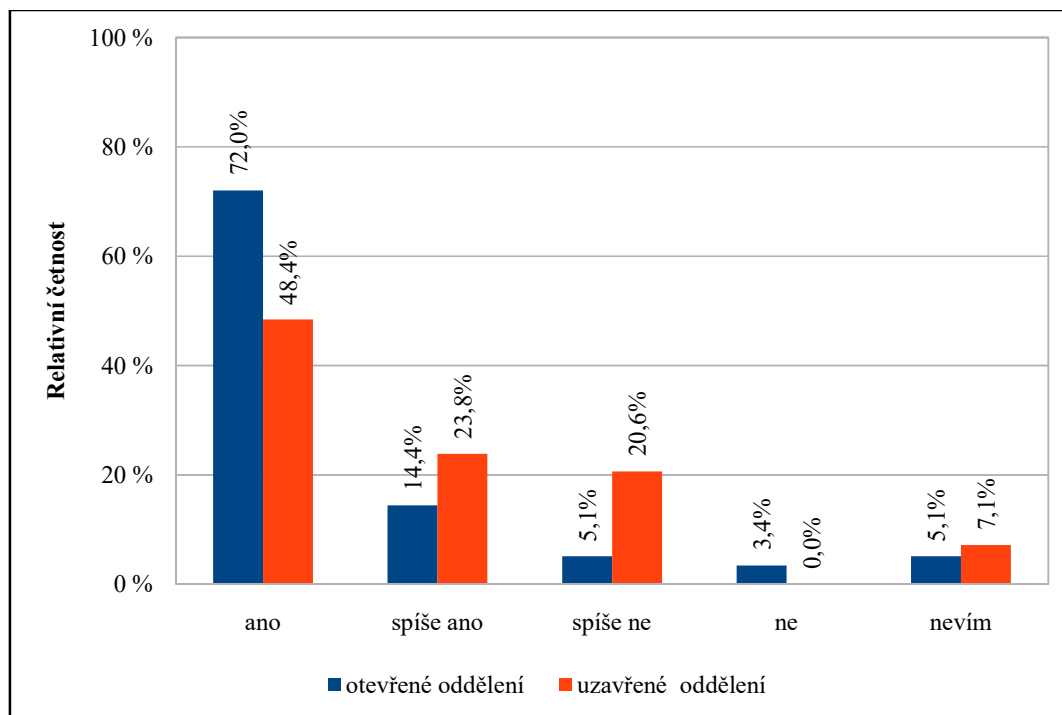


Graf 9b Ranní buzení podle hospitalizace

V grafu 9b je uvedeno, jak pacientům při první a další hospitalizaci vyhovuje doba ranního buzení. Při první hospitalizaci zvolilo odpověď ano 44,1 % (41), spíše ano 30,1 % (28) pacientů. Spíše ne odpovědělo 18,3 % (17) a ne 7,5 % (7) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci zvolilo odpověď ano 49,7 % (75) pacientů a odpověď spíše ano 15,9 % (24) pacientů. Doba buzení spíše nevyhovuje 21,9 % (33) a odpověď ne zvolilo 12,6 % (19) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

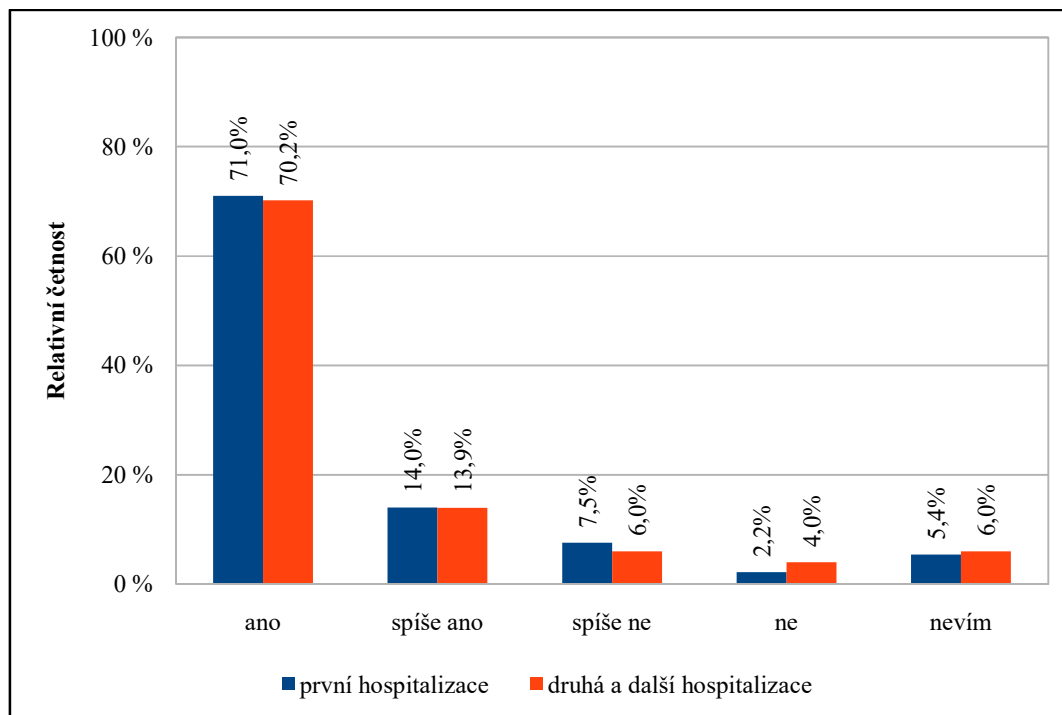
Otázka 10 Vyhovuje Vám doba návštěv?



Graf 10a Doba návštěv podle oddělení

Graf 10a ukazuje, jak pacientům na otevřeném a uzavřeném oddělení vyhovuje doba návštěv. Na otevřeném oddělení vyhovuje doba návštěv 72 % (85) pacientů, odpověď spíše ano zvolilo 14,4 % (17) pacientů a spíše ne 5,1 % (6) pacientů. Odpověď ne zvolilo 3,4 % (4) a nevím 5,1 % (6) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení vyhovuje doba návštěv 48,8 % (61) pacientů, spíše ano odpovědělo 23,8 % (30) pacientů a spíše ne 20,6 % (26) pacientů. Odpověď ne nezvolil žádný pacient, odpověď nevím 7,1 % (9) pacientů uzavřeného oddělení.

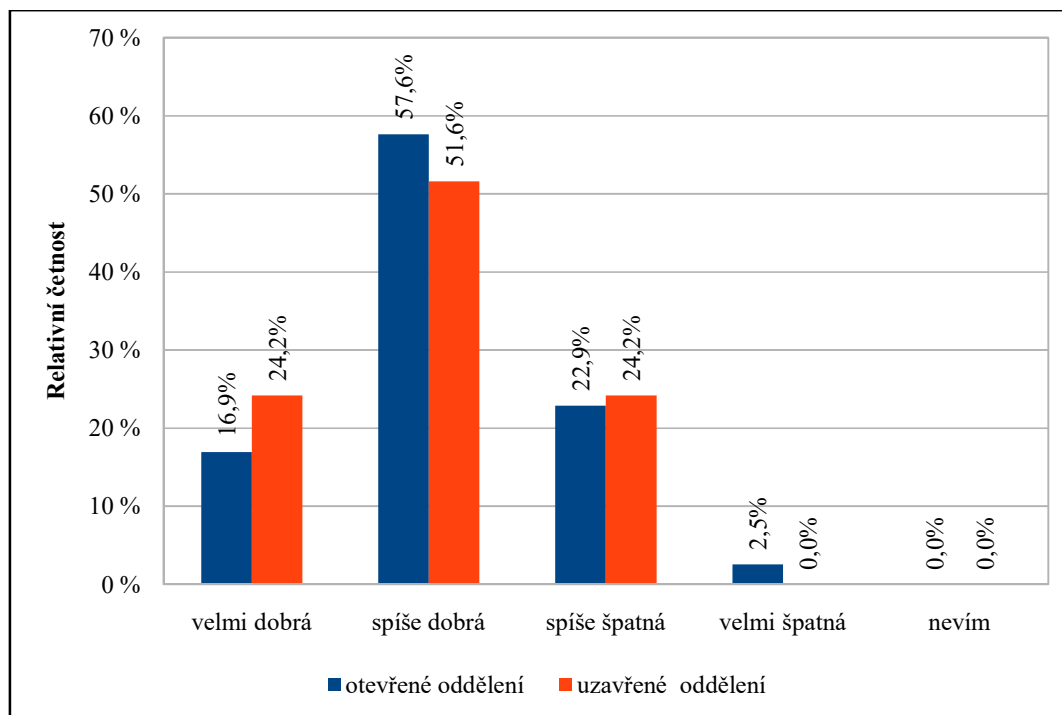


Graf 10b Doba návštěv podle hospitalizace

Graf 10b ukazuje, jak pacientům při první a další hospitalizaci vyhovuje doba návštěv. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 71 % (66) pacientů, odpověď spíše ano zvolilo 14 % (13) pacientů. Spíše není spokojených 7,5 % (7) pacientů, odpověď ne zvolilo 2,2 % (2) a na tuto otázku nevědělo odpověď 5,4 % (5) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo ano 70,2 % (106) pacientů, odpověď spíše ano zvolilo 13,9 % (21) pacientů a odpověď spíše ne 6 % (9) pacientů. Ne odpovědělo 4 % (6) pacientů a na tuto otázku a nevědělo odpověď 6 % (9) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

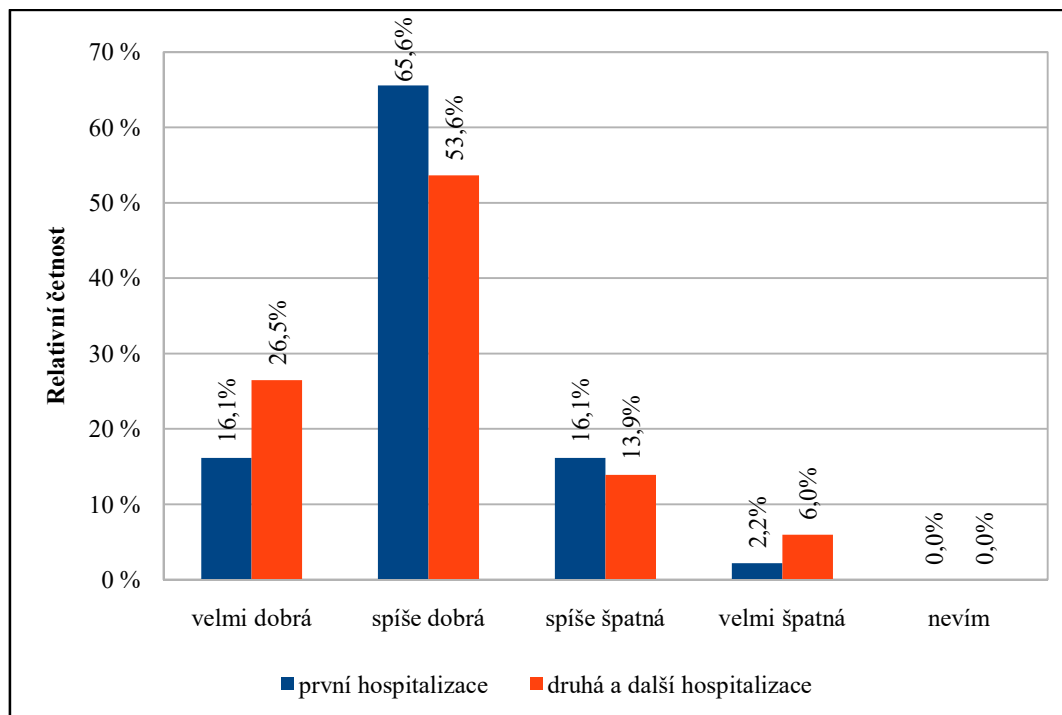
Otázka 11 Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?



Graf 11a Kvalita jídla podle oddělení

Graf 11a ukazuje, jak pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení hodnotí kvalitu jídla. Na otevřeném oddělení byla kvalita jídla velmi dobrá pro 16,9 % (20) a spíše dobrá pro 57,6 % (68) pacientů. Spíše špatná uvedlo 22,9 % (27) pacientů a velmi špatná 2,5 % (3) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení byla kvalita jídla velmi dobrá pro 24,2 % (30) pacientů a spíše dobrá pro 51,6 % (64) pacientů. Odpověď spíše špatná uvedlo 24,2 % (30) pacientů, odpověď velmi špatná a nevím neuvedl žádný pacient uzavřeného oddělení.

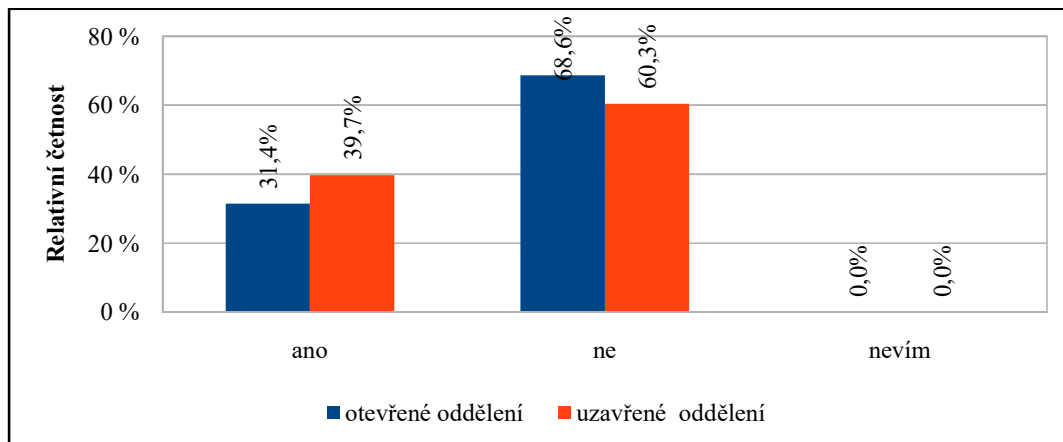


Graf 11b Kvalita jídla podle hospitalizace

Graf 11b ukazuje, jak pacienti kteří jsou hospitalizováni poprvé a vícekrát hodnotí kvalitu jídla. Při první hospitalizaci hodnotilo kvalitu jídla jako velmi dobrou 16,1 % (15) pacientů, jako spíše dobrou ji hodnotilo 65,6 % (61) pacientů. Spíše špatná byla kvalita jídla pro 16,1 % (15) pacientů a velmi špatná pro 2,2 % (2) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient při první hospitalizaci.

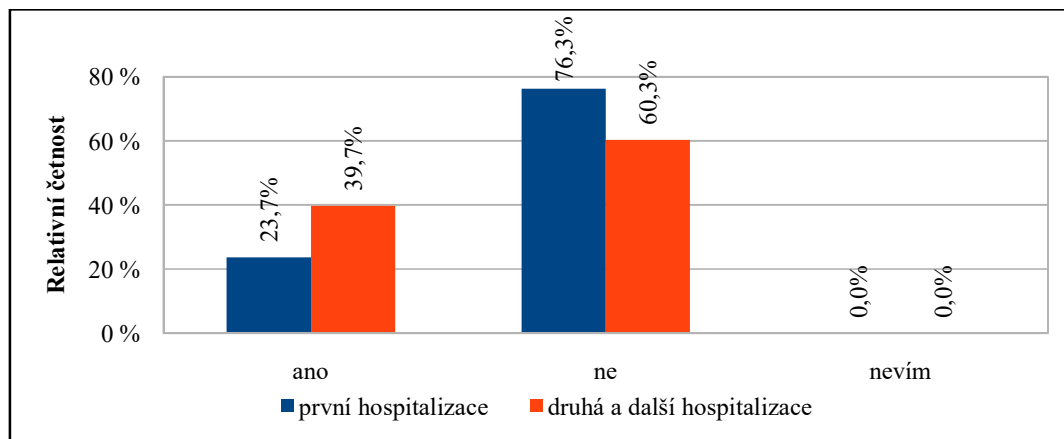
Při druhé a další hospitalizaci byla kvalita jídla velmi dobrá pro 26,5 % (40) a spíše dobrá pro 53,6 % (81) pacientů. Odpověď spíše špatná uvedlo 13,9 % (21) pacientů a velmi špatná 6 % (9) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

Otázka 12 Máte dietu?



Graf 12a Dieta podle oddělení

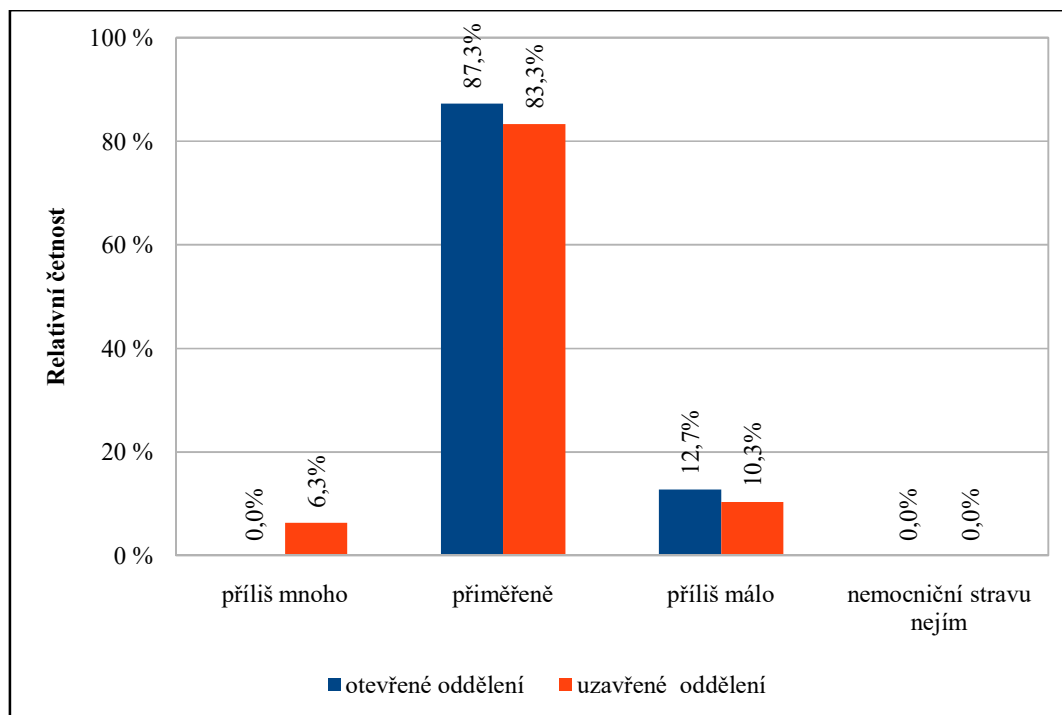
Graf 12a ukazuje, kolik pacientů otevřeného a uzavřeného oddělení má dietu. Na otevřeném oddělení odpovědělo ano 31,4 % (37) a ne 68,6 % (81) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo ano 39,7 % (50) a ne 60,3 % (76) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient.



Graf 12b Dieta podle hospitalizace

Graf 12 ukazuje, kolik pacientů při první a další hospitalizaci má dietu. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 23,7 % (22) pacientů, ne 76,3 % (71) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo ano 39,7 % (60) a ne 60,3 % (87) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient.

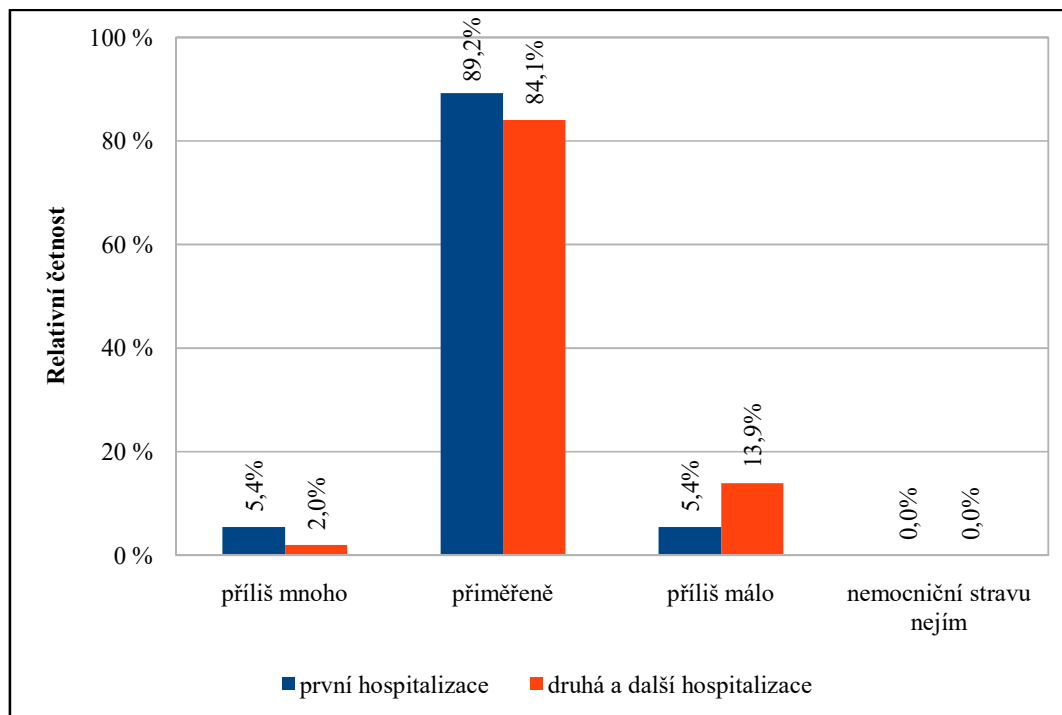
Otázka13 Jaké množství jídla dostáváte?



Graf 13a Množství jídla podle oddělení

Graf 13a hodnotí, jaké množství jídla pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení dostávají. Na otevřeném oddělení neodpověděl žádný pacient příliš mnoho, přiměřeně odpovědělo 87,3 % (103) a příliš málo 12,7 % (15) pacientů. Odpověď nemocniční stravu nejím nezvolil žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení odpovědělo příliš mnoho 6,3 % (8) pacientů, přiměřeně 83,3 % (105) a příliš málo 10,3 % (13) pacientů. Odpověď nemocniční stravu nejím nezvolil žádný pacient uzavřeného oddělení.

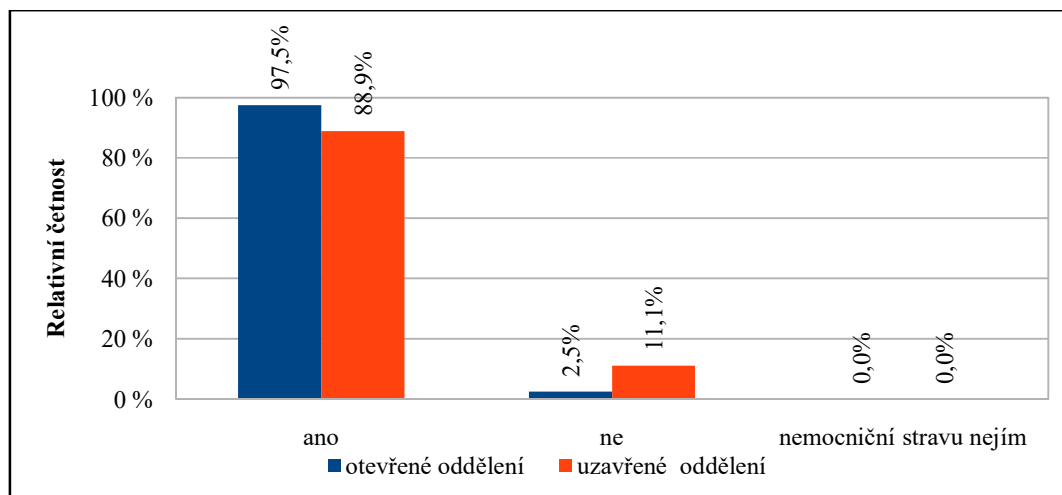


Graf 13b Množství jídla podle hospitalizace

Graf 13b hodnotí, jaké množství jídla pacienti při první a další hospitalizaci dostávají. Při první hospitalizaci dostává příliš mnoho jídla 5,4 % (5) pacientů a přiměřeně 89,2 % (83) pacientů. Příliš málo odpovědělo 5,4 % (5) a nemocniční stravu nejím neuvedl žádný pacient při první hospitalizaci.

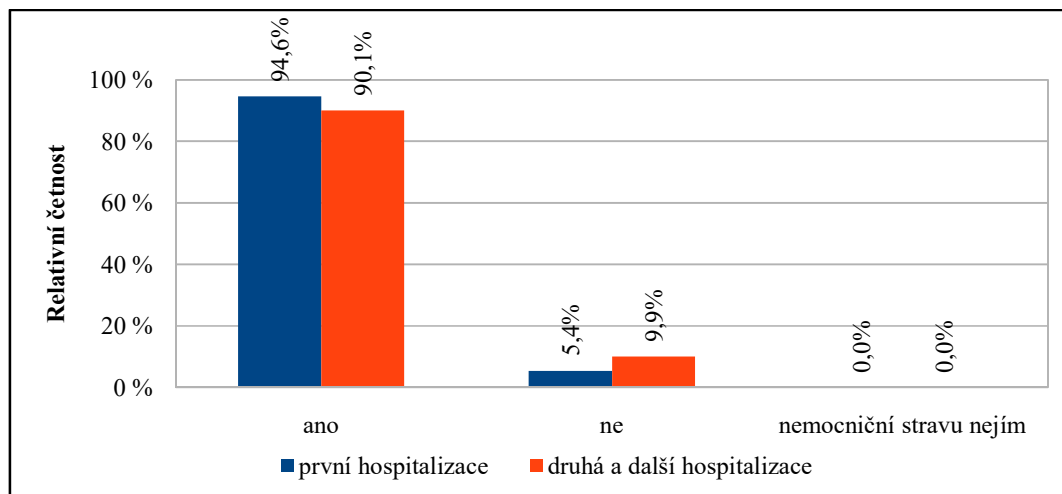
Při druhé a další hospitalizaci dostává příliš mnoho jídla 2 % (3) pacientů a přiměřeně 84,1 % (127) pacientů. Příliš málo uvedlo 13,9 % (20) a nemocniční stravu nejím neuvedl žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

Otázka 14 Vyhovuje Vám doba podávání jídel?



Graf 14a Doba podávání jídel podle oddělení

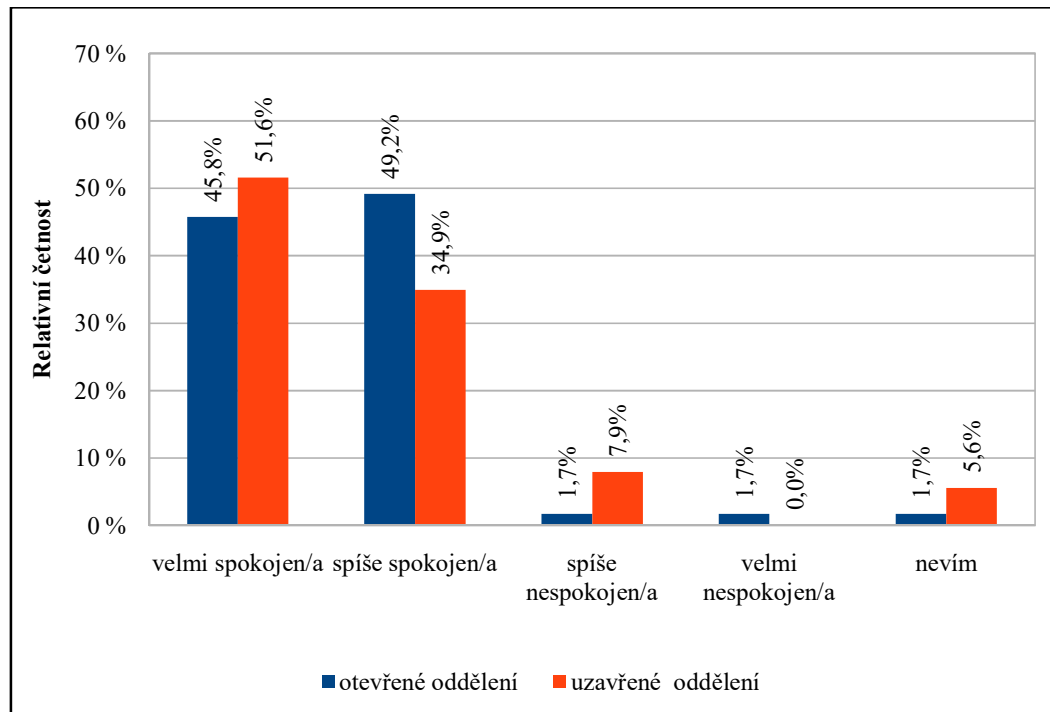
Graf 14a ukazuje, jak pacientům otevřeného a uzavřeného oddělení vyhovuje doba podávání jídel. Na otevřeném oddělení vyhovuje doba podávání jídel 97,5 % (115) a nevyhovuje 2,5 % (3) pacientů. Nemocniční stravu nejím neuvedl žádný pacient. Na uzavřeném oddělení vyhovuje doba podávání jídel 88,9 % (112) pacientů a nevyhovuje 11,1 % (14) pacientů. Nemocniční stravu nejím neuvedl žádný pacient.



Graf 14b Doba podávání jídel podle hospitalizace

Graf 14a ukazuje, jak pacientům při první a další hospitalizaci vyhovuje doba podávání jídel. Při první hospitalizaci vyhovuje doba podávání jídel 94,6 % (88) a nevyhovuje 5,4 % (5) pacientů. Nemocniční stravu nejím neuvedl žádný pacient. Při druhé a další hospitalizaci vyhovuje doba podávání jídel 90,1 % (136) pacientů a nevyhovuje 9,9, % (15) pacientů. Nemocniční stravu nejím neuvedl žádný pacient.

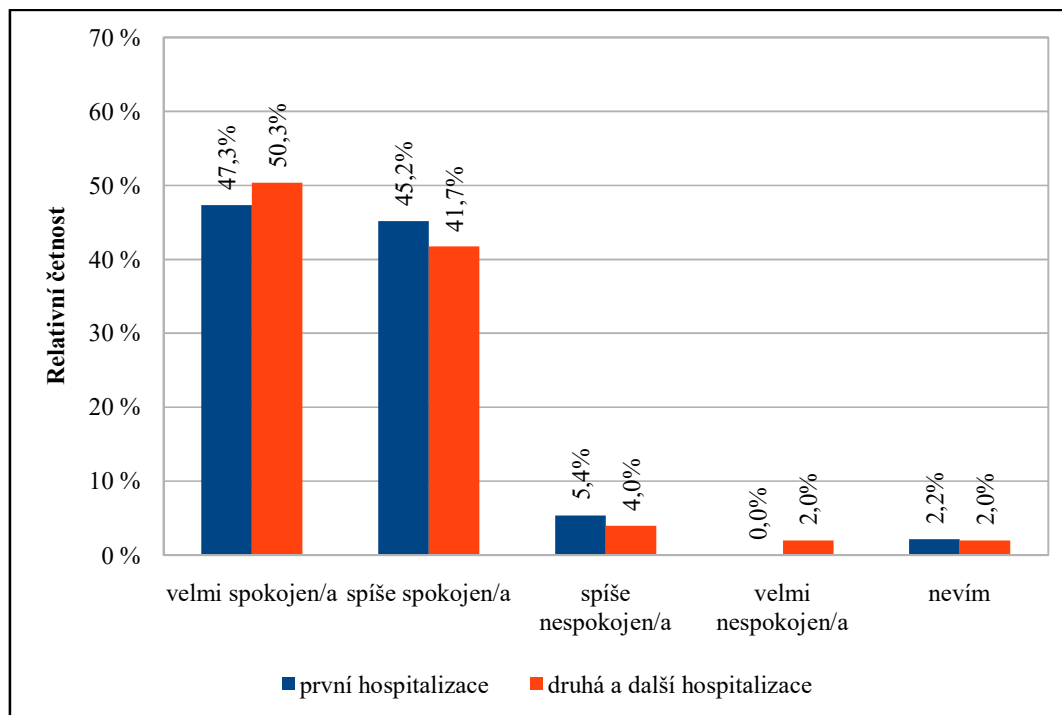
Otázka 15 Jste celkově spokojen/a s takovými službami nemocnice, jako TV, telefon?



Graf 15a Služby nemocnice podle oddělení

Graf 15a ukazuje, jak jsou pacienti na otevřeném a uzavřeném oddělení spokojeni s dalšími službami nemocnice (TV, telefon). Na otevřeném oddělení odpovědělo velmi spokojen/a 45,8 % (44) pacientů, spíše spokojen/a 49,2 % (42) pacientů. Odpověď spíše nespokojen/a zvolilo 1,7 % (2), velmi nespokojen/a 1,7 % (2) pacientů a nevím 1,7 % (2) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení odpovědělo velmi spokojen/a 51,6 % (65), spíše spokojen/a 34,9 % (10) pacientů. Odpověď spíše nespokojen/a zvolilo 7,9 % (10) pacientů a velmi nespokojen/a neodpověděl žádný pacient. Odpověď nevím zvolilo 5,6 % (7) pacientů uzavřeného oddělení.

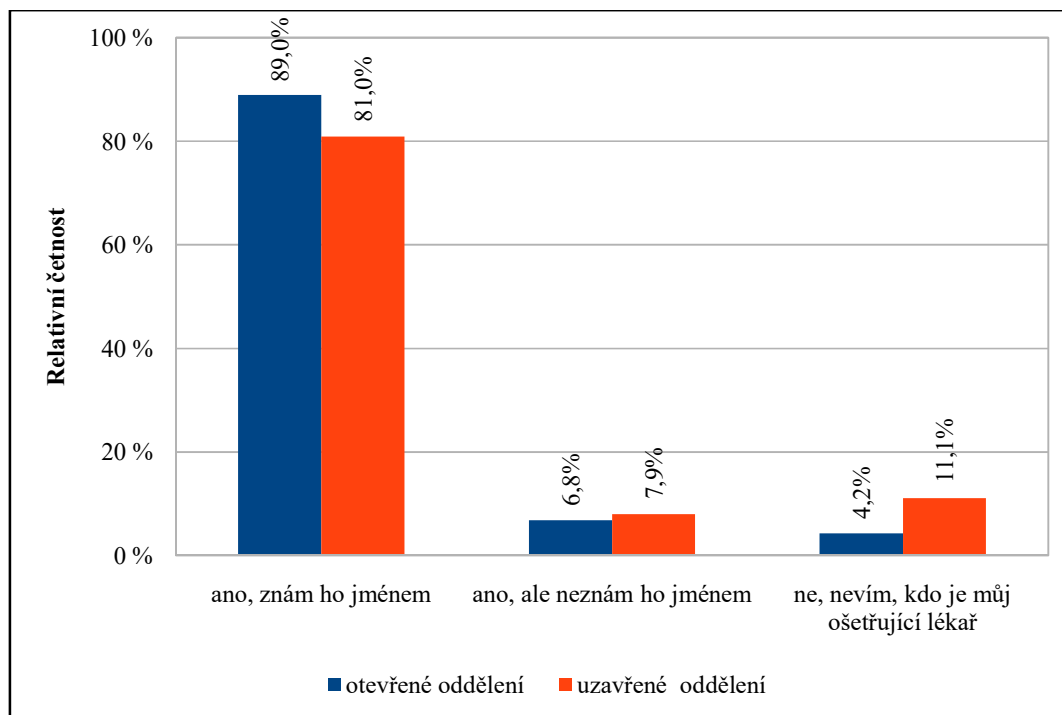


Graf 15b Služby nemocnice podle hospitalizace

Graf 15b ukazuje, jak jsou pacienti na první a další hospitalizaci spokojeni s dalšími službami nemocnice (TV, telefon). Při první hospitalizaci je velmi spokojeno 47,3 % (44) pacientů a 45,2 % (42) spíše spokojeno, odpověď spíše nespokojen/a zvolilo 5,4 % (5) pacientů a velmi nespokojen nebyl žádný pacient. Odpověď nevím zvolilo 2,2 % (2) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci bylo velmi spokojeno 50,3 % (76) pacientů a spíše spokojeno 41,7 % (63) pacientů. Odpověď spíše nespokojeno zvolilo 4 % (6) pacientů, velmi nespokojeno 2 % (3) pacientů a nevědělo 2 % (3) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

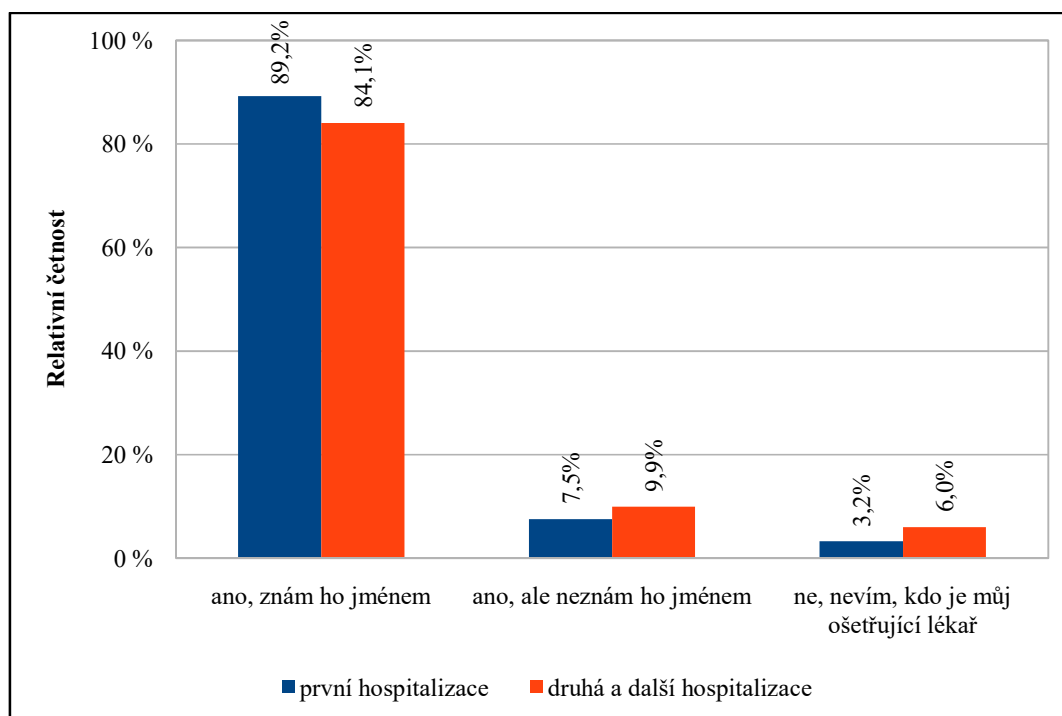
Otázka 16 Znáte svého ošetřujícího lékaře?



Graf 16a Jméno ošetřujícího lékaře podle oddělení

Graf 16a ukazuje, jestli znají pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení svého ošetřujícího lékaře. Na otevřeném oddělení zná lékaře jménem 89 % (105) pacientů, odpověď ano, ale neznám ho jménem zvolilo 6,8 % (8) pacientů. Kdo je ošetřující lékař neví 4,2 % (5) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení zná lékaře jménem 81 % (102) pacientů, odpověď ano, ale neznám ho jménem zvolilo 7,9 % (10) pacientů. Kdo je ošetřující lékař neví 11,1 % (14) pacientů uzavřeného oddělení.

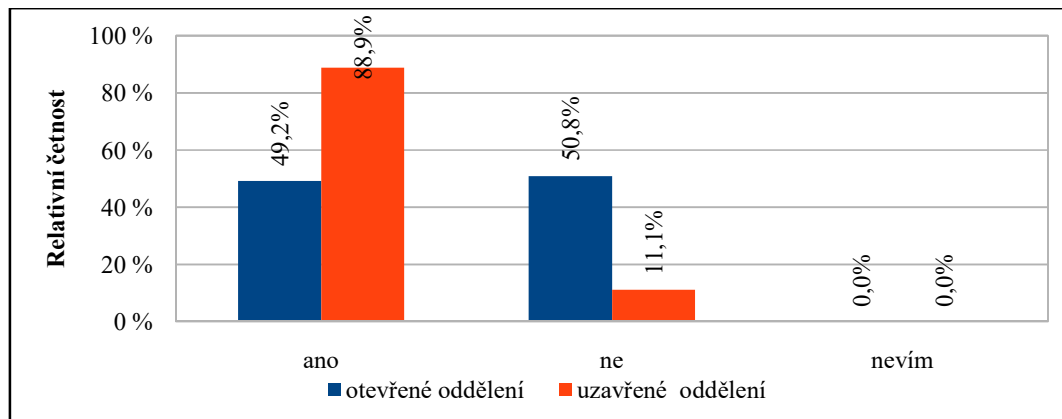


Graf 16b Jméno ošetřujícího lékaře podle hospitalizace

Graf 16b ukazuje, jestli znají pacienti při první a další hospitalizaci svého ošetřujícího lékaře. Při první hospitalizaci zná jméno lékaře 89,2 % (83) pacientů, odpověď ano, ale neznám ho jménem zvolilo 7,5 % (7) pacientů. Kdo je ošetřující lékař neví 3,2 % (3) pacientů při první hospitalizaci.

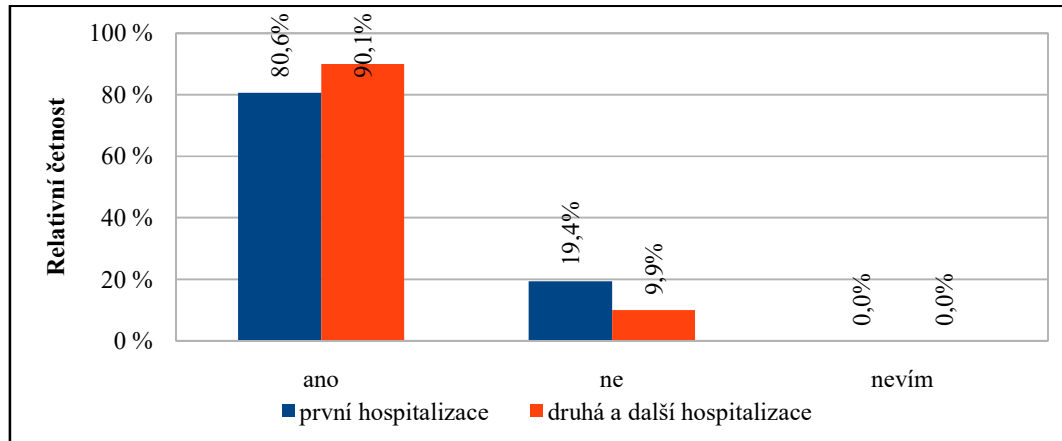
Při druhé a další hospitalizaci zná ošetřujícího lékaře jménem 84,1 % (127) pacientů, odpověď ano, ale neznám ho jménem zvolilo 9,9 % (15) pacientů. Kdo je ošetřující lékař neví 6 % (9) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

Otázka 17 Vyhovuje Vám, jak často Vás lékař navštěvuje?



Graf 17a Frekvence návštěv lékaře podle oddělení

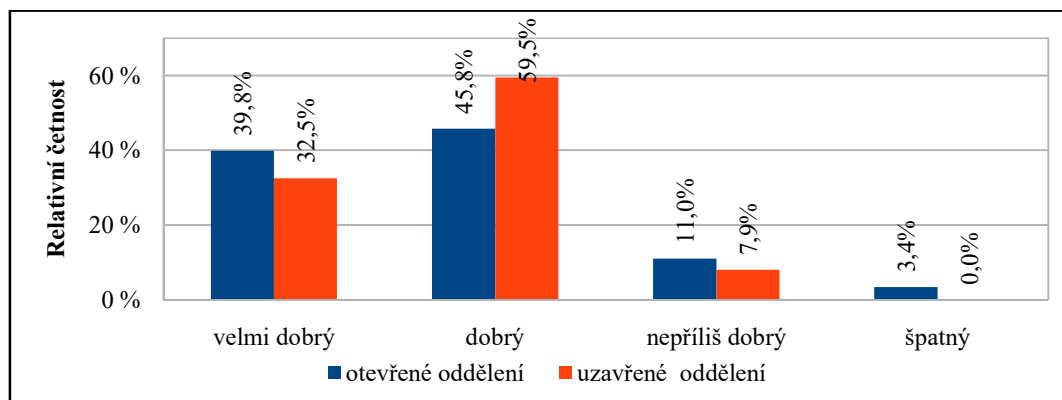
Graf 17a ukazuje, jestli pacientům otevřeného a uzavřeného oddělení vyhovuje, jak často je lékař navštěvuje. Na otevřeném oddělení odpovědělo ano 49,2 % (58), ne 50,8 % (60) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo ano 88,9 % (112), ne 11,1 % (14) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient.



Graf 17b Frekvence návštěv lékaře podle hospitalizace

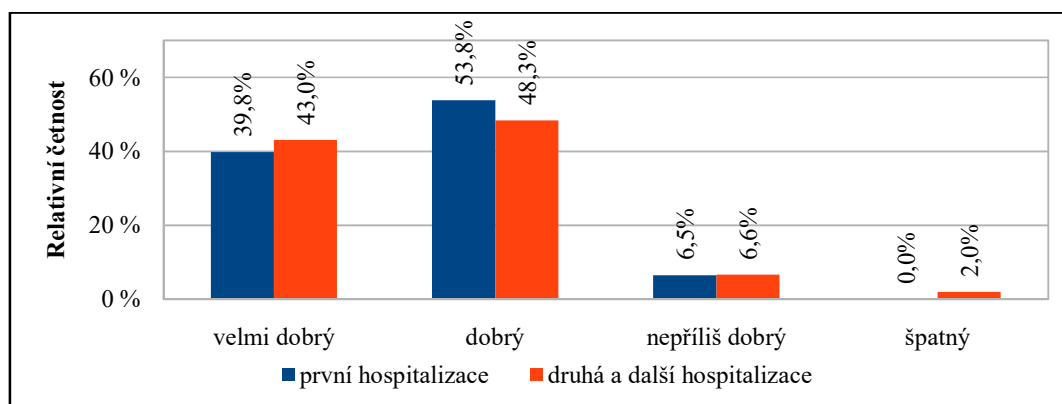
Graf 17b ukazuje, jestli pacientům při první a další hospitalizaci vyhovuje, jak často je lékař navštěvuje. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 80,6 % (75), ne 19,4 % (18) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo ano 90,1 % (136) pacientů, odpověď ne zvolilo 9,9 % (15) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient.

Otázka 18 Jak byste ohodnotil/a vztah ošetřujícího lékaře z hlediska důvěry? Váš vztah je:



Graf 18a Důvěra k lékaři podle oddělení

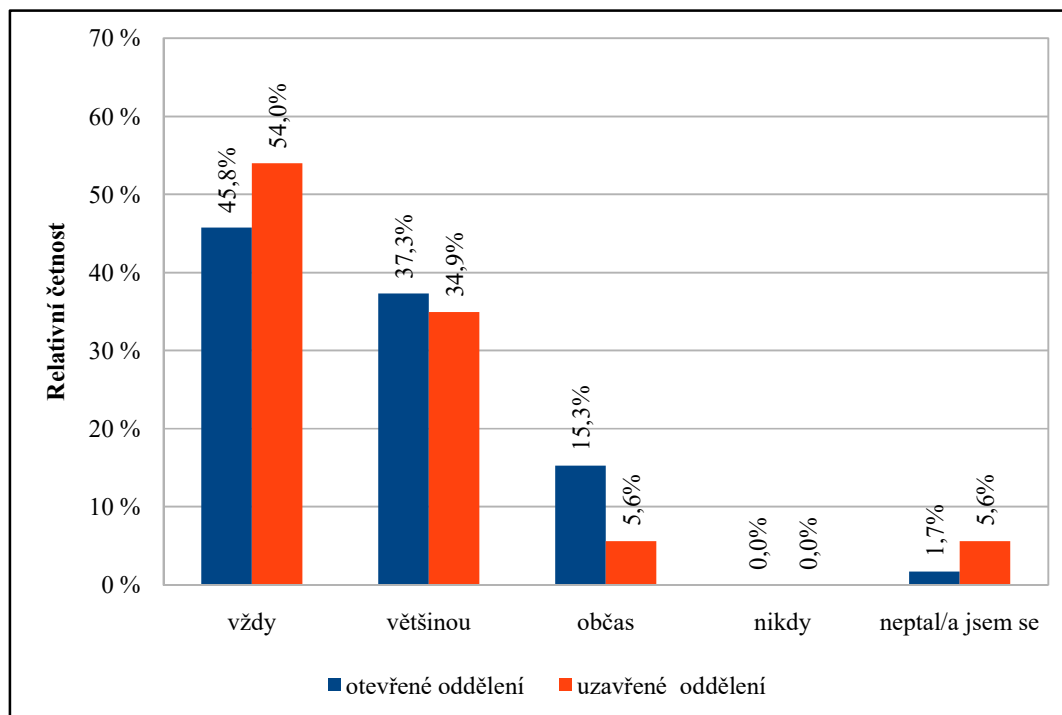
Graf 18a ukazuje, jak by pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení ohodnotily vztah ošetřujícího lékaře z hlediska důvěry. Na otevřeném oddělení ohodnotilo vztah jako velmi dobrý 39,8 % (54) a dobrý 45,8 % (50) pacientů. Ne příliš dobrý je vztah pro 11 % (13) a špatný pro 3,4 % (4) pacientů. Na uzavřeném oddělení ohodnotilo vztah jako velmi dobrý 32,5 % (75) a dobrý 59,5 % (73) pacientů. Nepříliš dobrý je pro 7,9 % (10) pacientů a odpověď špatný ne zvolil žádný pacient.



Graf 18b Důvěra k lékaři podle hospitalizace

Graf 18b ukazuje, jak by pacienti při první a další hospitalizaci ohodnotily vztah ošetřujícího lékaře z hlediska důvěry. Při první hospitalizaci ohodnotilo vztah jako velmi dobrý 39,8 % (37) a dobrý 53,8 % (50) pacientů. Nepříliš dobrý je pro 6,5 % (6) pacientů, odpověď špatný neuvedl žádný pacient. Při druhé a další hospitalizaci ohodnotilo vztah jako velmi dobrý 43 % (65) a dobrý 48,3 % (73) pacientů. Nepříliš dobrý je vztah k lékaři pro 6,6 % (10) a špatný pro 2 % (3) pacientů.

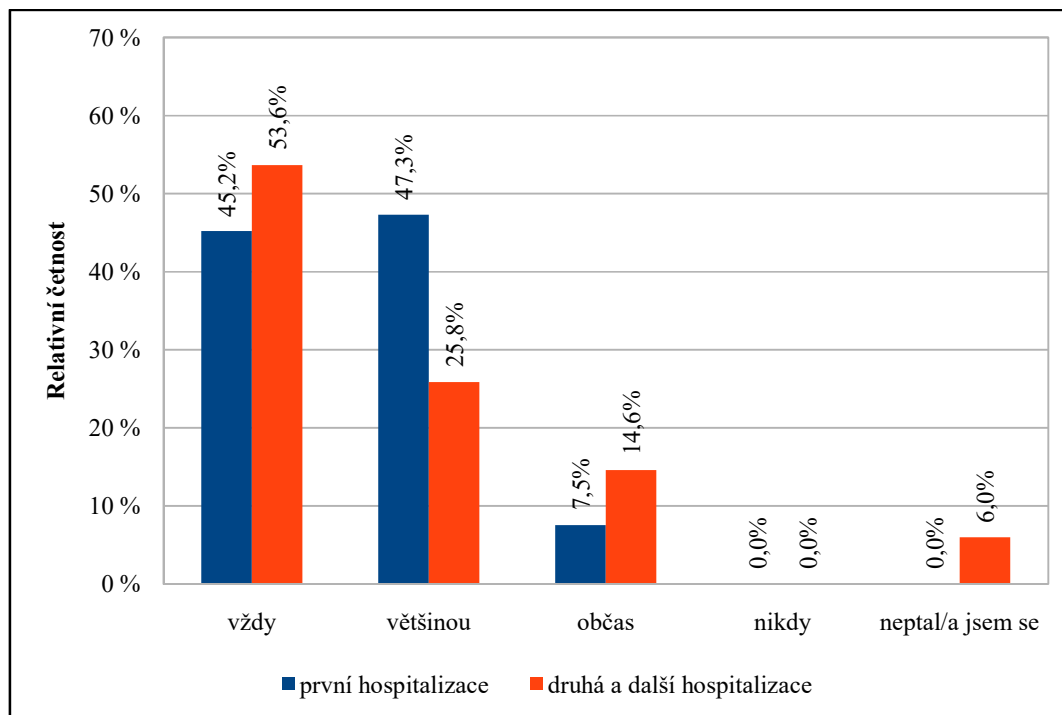
Otázka 19 Když položíte lékaři důležitou otázku, dostanete odpověď, které rozumíte?



Graf 19a Odpověď lékaře na otázku podle oddělení

Graf 19a ukazuje, jestli pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení dostávají na své otázky položené lékaři odpovědi, kterým rozumí. Na otevřeném oddělení dostalo vždy odpověď, které rozumělo 45,8 % (42) pacientů, většinou 37,3 % (44) pacientů. Občas dostalo odpověď, které rozumělo 15,3 % (18) pacientů a odpověď nikdy nedal žádný pacient. Neptalo se 1,7 % (2) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném dostalo vždy odpověď, které rozumělo 54 % (81) pacientů a většinou 34,9 % (39) pacientů. Občas dostalo odpověď, které rozumělo 5,6 % (7) pacientů, odpověď nikdy nedal žádný pacient a neptalo se 5,6 % (7) pacientů uzavřeného oddělení.

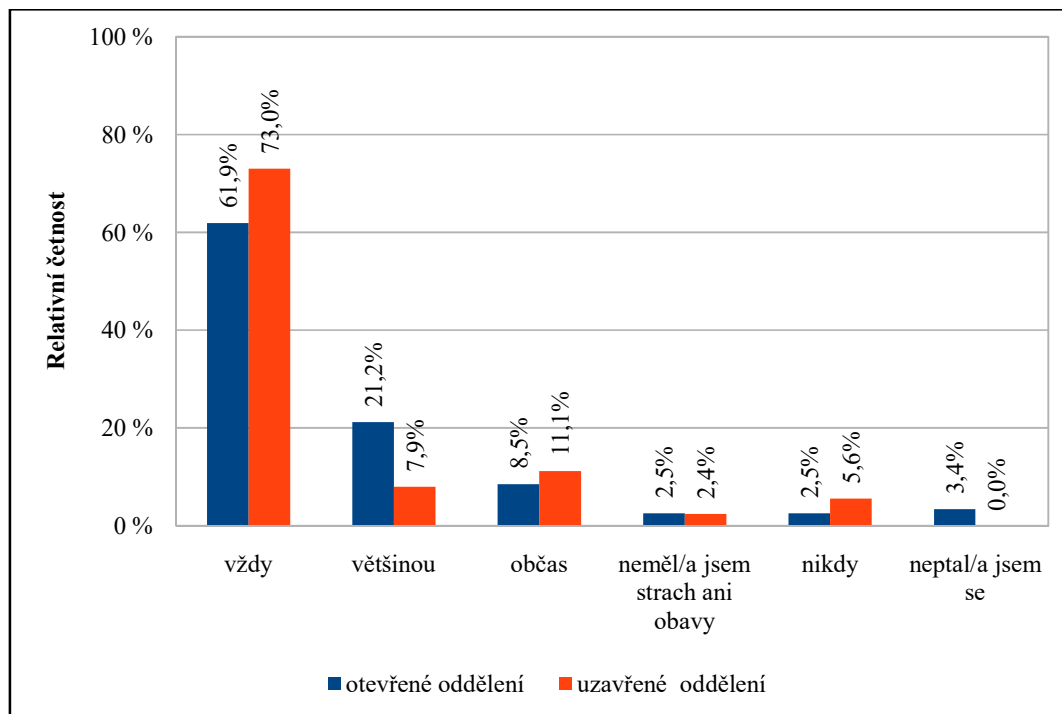


Graf 19b Odpověď lékaře na otázku podle hospitalizace

Graf 19b ukazuje, jestli pacienti při první a další hospitalizaci dostávají na své otázky, které položí lékaři odpovědi, kterým rozumí. Při první hospitalizaci dostalo vždy odpověď, které rozumělo, 45,2 % (42) pacientů, většinou 47,3 % (44) pacientů. Občas dostalo odpověď, které rozumělo 7,5 % (7) pacientů, odpověď nikdy nezvolil žádný pacient. Neptal/a jsem se neodpověděl žádný pacient při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci dostalo vždy odpověď, které rozumělo 53,6 % (81) pacientů a většinou 25,8 % (39) pacientů. Občas dostalo odpověď, které rozumělo 14,6 % (22) pacientů, odpověď nikdy nezvolil žádný pacient a neptalo se 6% (9) pacientů.

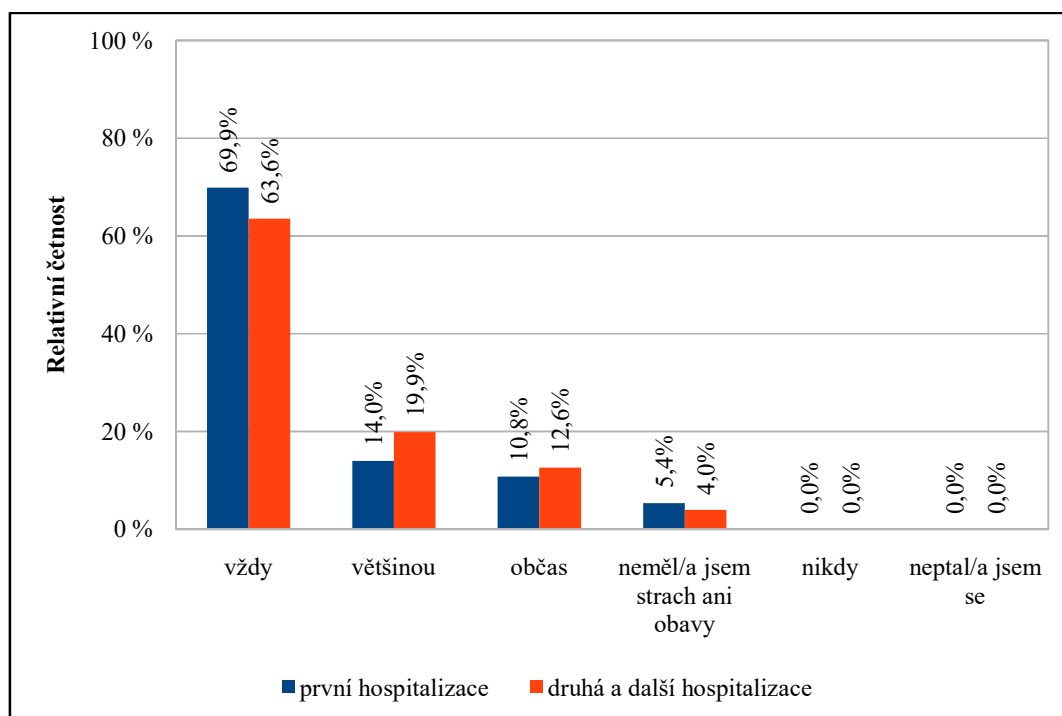
Otázka 20 Pokud máte strach ze svého stavu nebo léčby, je lékař ochotný si s Vámi promluvit?



Graf 20a Ochota lékaře promluvit si podle oddělení

Graf 20a ukazuje, jestli, pokud mají pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení strach ze svého stavu nebo léčby, je lékař ochotný si s pacientem promluvit. Na otevřeném oddělení odpovědělo vždy 61,9 % (73) pacientů, většinou 21,2 % (25) pacientů. Odpověď občas zvolilo 8,5 % (10) pacientů, neměl/a jsem strach ani obavy odpovědělo 2,5 % (3) pacientů. Nikdy nebyl lékař ochotný si promluvit, pokud měl pacient strach nebo obavy u 2,5 % (3) pacientů a neptalo se 3,4 % (4) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení zvolilo odpověď vždy 73 % (92) pacientů, většinou 7,9 % (10) pacientů. Občas byl lékař ochotný si promluvit, pokud měl pacient strach nebo obavy u 11,1 % (14) pacientů, odpověď neměl/a jsem strach ani obavy zvolilo 2,4 % (3) pacientů, nikdy nebyl lékař ochotný si promluvit, pokud měl pacient strach nebo obavy u 5,6 % (7) pacientů. Odpověď neptal/a jsem se nezvolil žádný pacient uzavřeného oddělení.

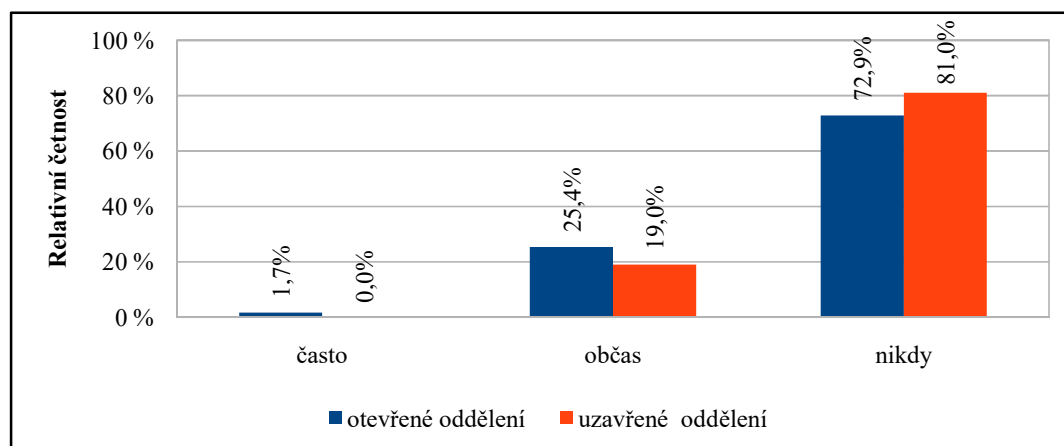


Graf 20b Ochota lékaře promluvit si podle hospitalizace

Graf 20b ukazuje, jestli, pokud mají pacienti při první a další hospitalizaci strach ze svého stavu nebo léčby, je lékař ochotný si s pacientem promluvit. Při první hospitalizaci odpovědělo vždy 69,9 % (65) pacientů, většinou 14 % (13) pacientů. Občas si byl lékař ochotný promluvit, pokud měl pacient strach nebo obavy u 10,8 % (10) pacientů, odpověď neměl/a jsem strach ani obavy zvolilo 5,4 % (5) pacientů, odpověď nikdy a neptal/a jsem se nezvolil žádný pacient při první hospitalizaci.

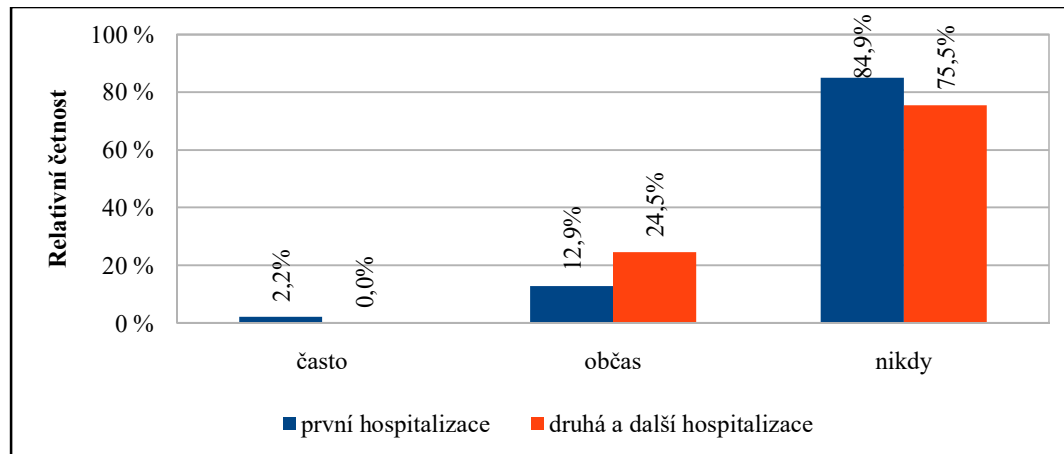
Při druhé a další hospitalizaci vždy 63,6 % (96) pacientů a většinou 29,9 % (30) pacientů. Občas si byl lékař ochoten promluvit, pokud měl pacient strach nebo obavy u 12,9 % (19) pacientů, odpověď neměl/a jsem strach ani obavy zvolilo 4 % (6) pacientů, odpověď nikdy a neptal/a jsem se nezvolil žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

Otázka 21 Hovoří před Vámi lékař tak, jako byste nebyl/a přítomen/ přítomna?



Graf 21a Rozhovor lékaře, jako by pacient nebyl přítomen podle oddělení

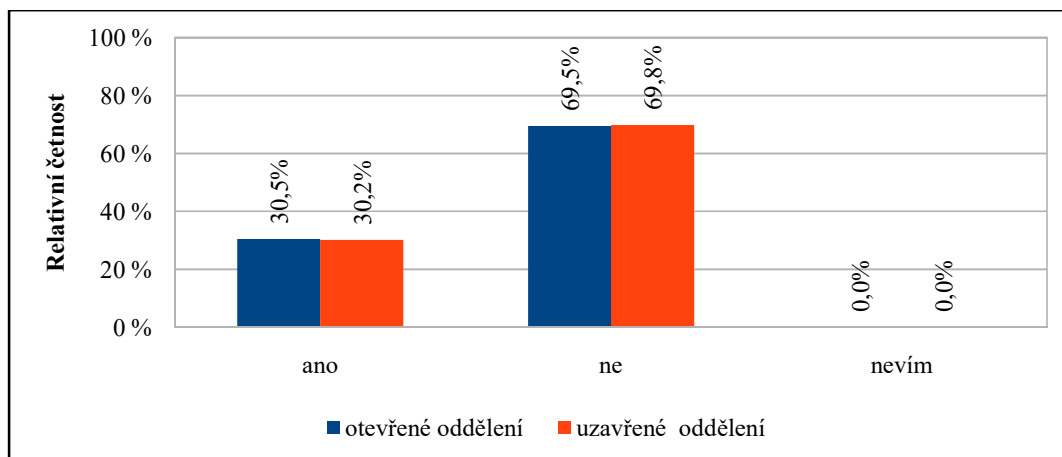
Graf 21a ukazuje, jestli hovoří lékař před pacienty otevřeného a uzavřeného oddělení tak, jako když není pacient přítomen. Na otevřeném oddělení zvolilo odpověď často 1,7 % (2) pacientů, občas 25,4 % (30) pacientů a nikdy 72,9 % (86) pacientů. Na uzavřeném oddělení nezvolil žádný pacient odpověď často, občas odpovědělo 19 % (24) pacientů a nikdy 81 % (102) pacientů.



Graf 21b Rozhovor lékaře, jako by pacient nebyl přítomen podle hospitalizace

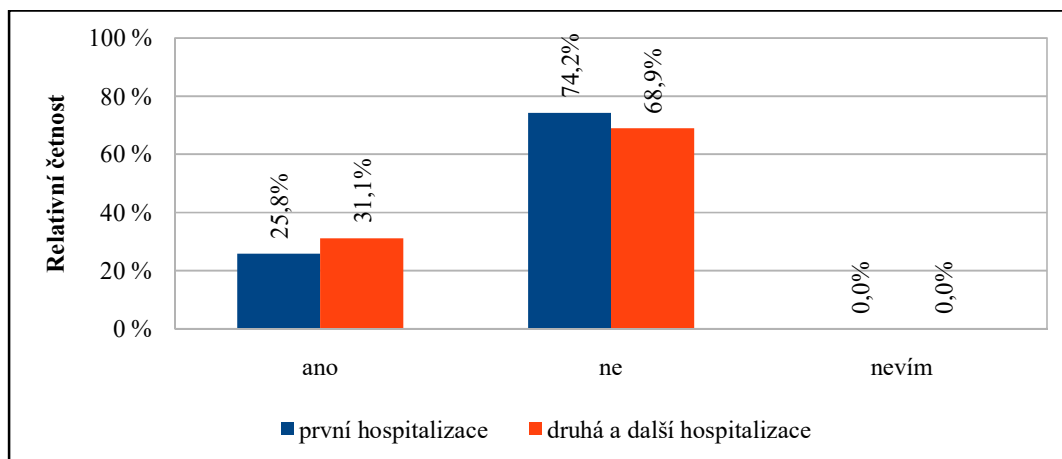
Graf 21b ukazuje, jestli hovoří lékař před pacienty při první a další hospitalizaci tak, jako když není pacient přítomen. Při první hospitalizaci odpovědělo často 2,2 % (2) pacientů, občas 12,9 % (37) pacientů a nikdy 84,9 % (114) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci nezvolil odpověď často žádný pacient, odpověď občas zvolilo 24,5 % (37) pacientů a odpověď nikdy zvolilo 75,5 % (114) pacientů.

Otázka 22 Hovoří s Vámi lékař každý den?



Graf 22a Frekvence rozhovoru lékaře s pacientem podle oddělení

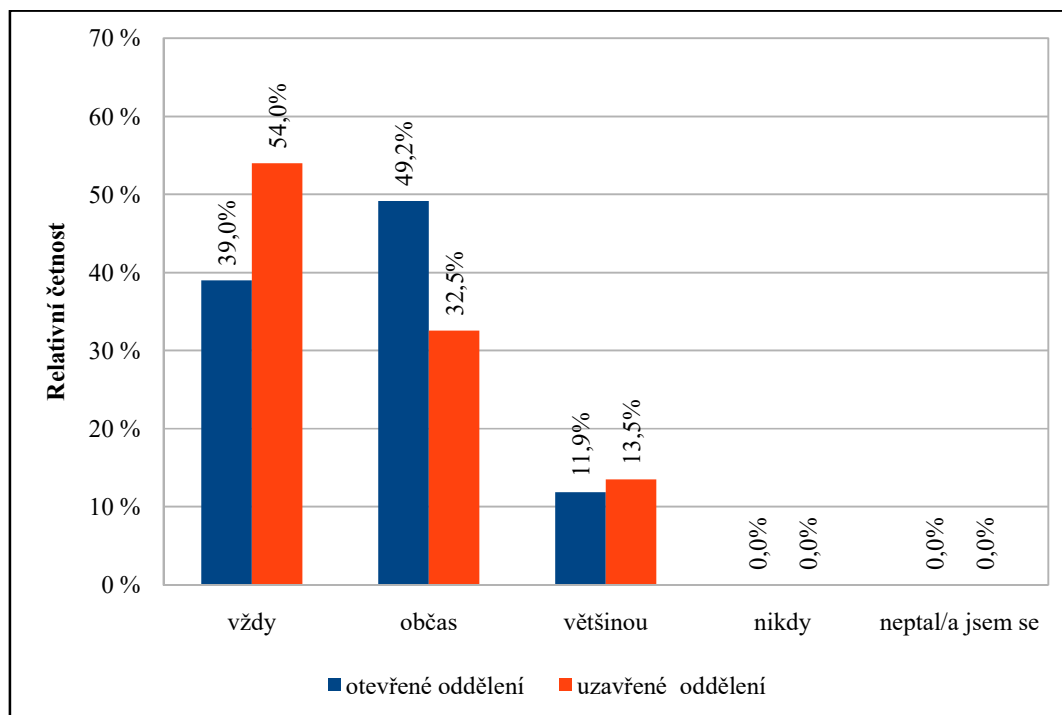
Graf 22a ukazuje, jestli lékař hovoří s pacienty na otevřeném a uzavřeném oddělení každý den. Na otevřeném oddělení odpovědělo ano 30,5 % (36), ne 69,5 % (82) pacientů. Nevím neodpověděl žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo ano 30,2 % (38) pacientů, ne 69,8 % (88) pacientů. Nevím neodpověděl žádný pacient.



Graf 22b Frekvence rozhovoru lékaře s pacientem podle hospitalizace

Graf 22b ukazuje, jestli lékař hovoří s pacienty při první a další hospitalizaci každý den. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 25,8 % (29) pacientů, ne 74,2 % (69) pacientů. Žádný pacient neodpověděl nevím. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo ano 31,1 % (37) pacientů, ne 68,9 % (104) pacientů, nevím neodpověděl žádný pacient.

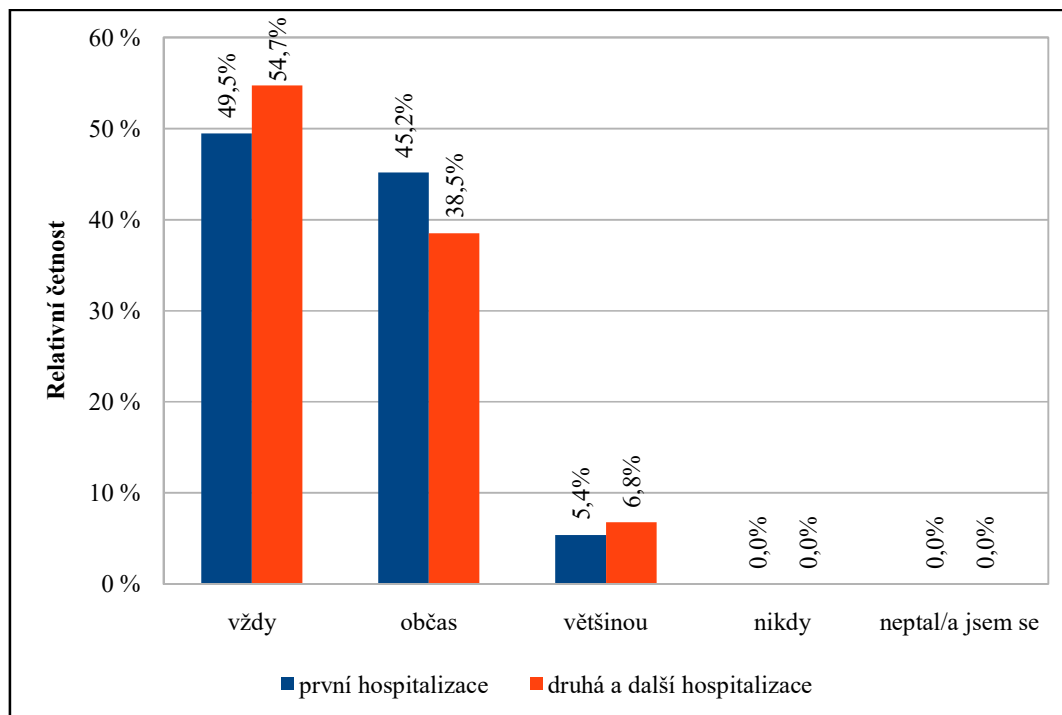
Otázka 23 Když položíte zdravotní sestře důležitou otázku, dostanete odpověď, které rozumíte?



Graf 23a Odpověď sestry na otázku podle oddělení

Graf 23a ukazuje, jestli pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení dostanou odpověď na otázku, které podají zdravotní sestře a které rozumí. Na otevřeném oddělení dostane vždy odpověď 39 % (46) pacientů, občas dostane odpověď 49,2 % (58) pacientů a většinou 11,9 % (14) pacientů. Odpověď nikdy a neptal/a jsem se nezvolil žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení dostane odpověď vždy 54 % (58), občas dostane odpověď 32,5 % (41) pacientů a většinou 13,5 % (17) pacientů. Odpověď nikdy a neptal/a jsem se nezvolil žádný pacient uzavřeného oddělení.

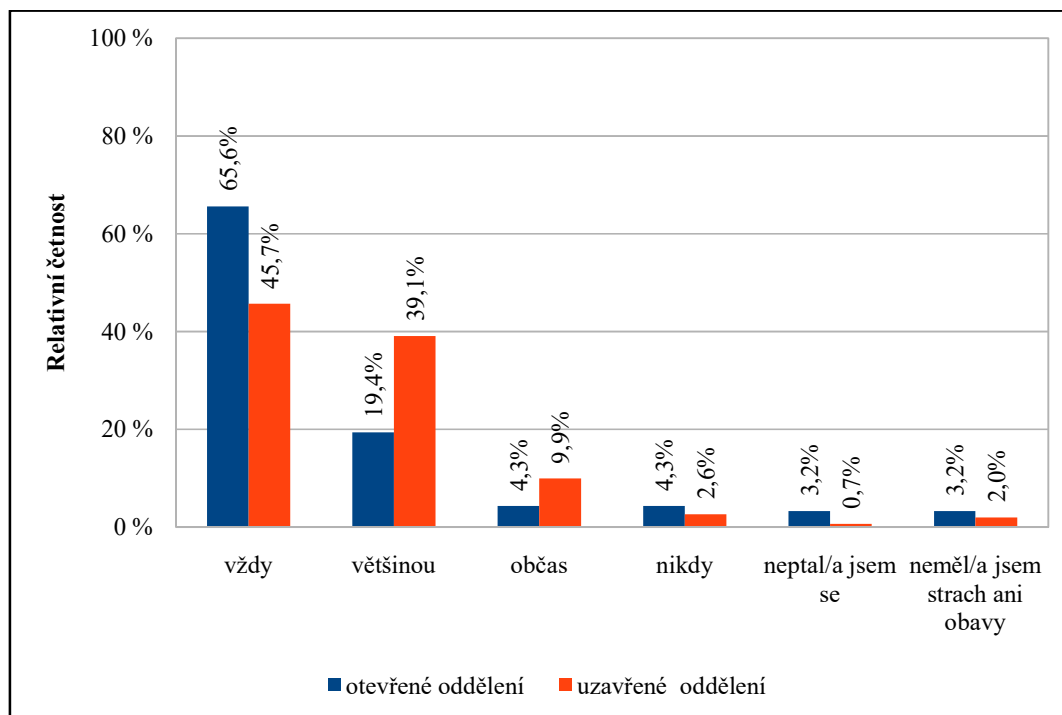


Graf 23b Odpověď sestry na otázku podle hospitalizace

Graf 23b ukazuje, jestli pacienti při první a další hospitalizaci dostanou odpověď na otázku, které podají zdravotní sestře a které rozumí. Při první hospitalizaci dostane vždy odpověď 49,5 % (46) pacientů, občas dostane odpověď 45,2 % (42) pacientů a většinou 5,4 % (5) pacientů. Odpověď nikdy a neptal/ jsem se nezvolil žádný pacient při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci dostane vždy odpověď 54,7 % (81) pacientů. Občas dostane odpověď na otázku 38,5 % (57), většinou 6,8 % (10) pacientů. Odpověď nevím a neptal/a jsem se nezvolil žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

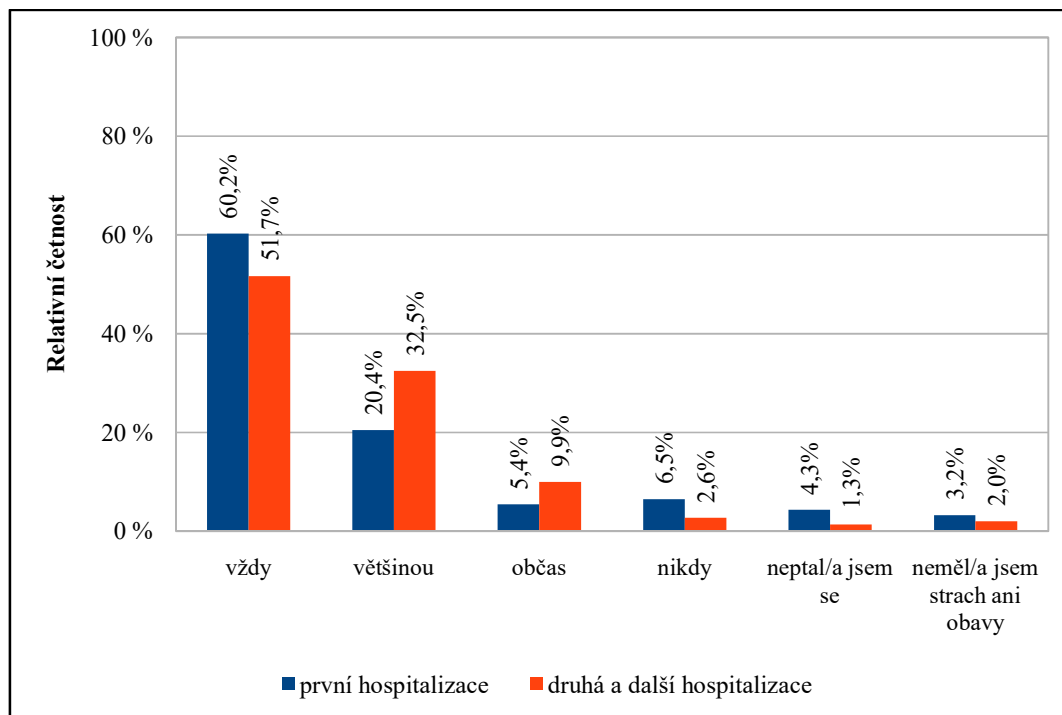
Otázka 24 Pokud máte strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu, je zdravotní sestra ochotná si s Vámi promluvit?



Graf 24a Ochota sestry promluvit si podle oddělení

Graf 24a ukazuje, jestli je sestra ochotná si s pacienty otevřeného a uzavřeného oddělení promluvit, pokud mají strach nebo obavu ze svého zdravotního stavu. Na otevřeném oddělení zvolilo odpověď vždy 65,6 % (83) pacientů, většinou 19,4 % (19) pacientů a občas 4,3 % (5) pacientů. Nikdy nemělo strach ani obavy 4,3 % (5) pacientů. Neptalo se 3,2 % (3) pacientů a strach ani obavy nemělo 3,2 % (3) pacientů otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení odpovědělo vždy 45,7 % (58) pacientů, většinou 39,1 % (52) pacientů a občas 9,9 % (10) pacientů. Odpověď nikdy zvolilo 2,6 % (3) pacientů, neptalo se 0,7 % (1) a strach nebo obavy nemělo 2 % pacientů (2) při druhé a další hospitalizaci.

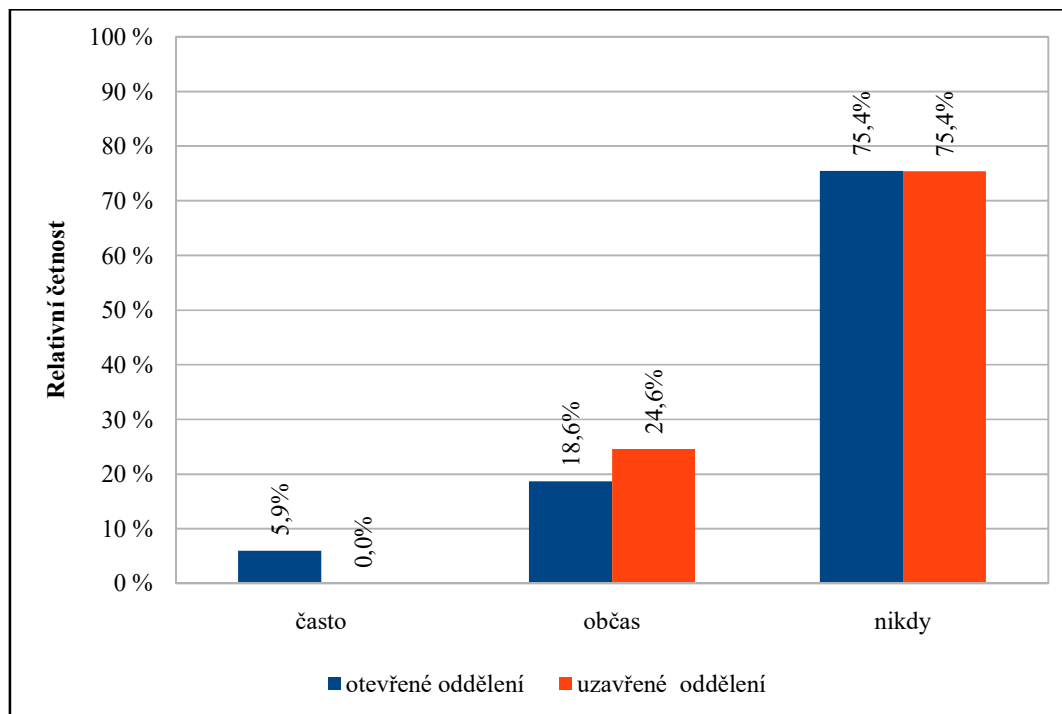


Graf 24b Ochota sestry promluvit si podle hospitalizace

Graf 24b ukazuje, jestli je sestra ochotna si s pacienty při první a další hospitalizaci promluvit, pokud mají strach nebo obavu ze svého zdravotního stavu. Při první hospitalizaci odpovědělo vždy 60,2 % (56) pacientů, většinou 20,4 % a občas 5,4% (19) pacientů. Odpověď nikdy zvolilo 6,5 % (6) pacientů, neptalo se 4,3 % (4) a strach ani obavy nemělo 3,2 % (3) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo vždy 51,7 % (73) pacientů, většinou 32,5 % (53) pacientů a občas 9,9 % (15) pacientů. Odpověď nikdy zvolilo 2,6 % (4) pacientů, neptalo se 1,3 % (2) a strach ani obavy nemělo 2 % (3) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

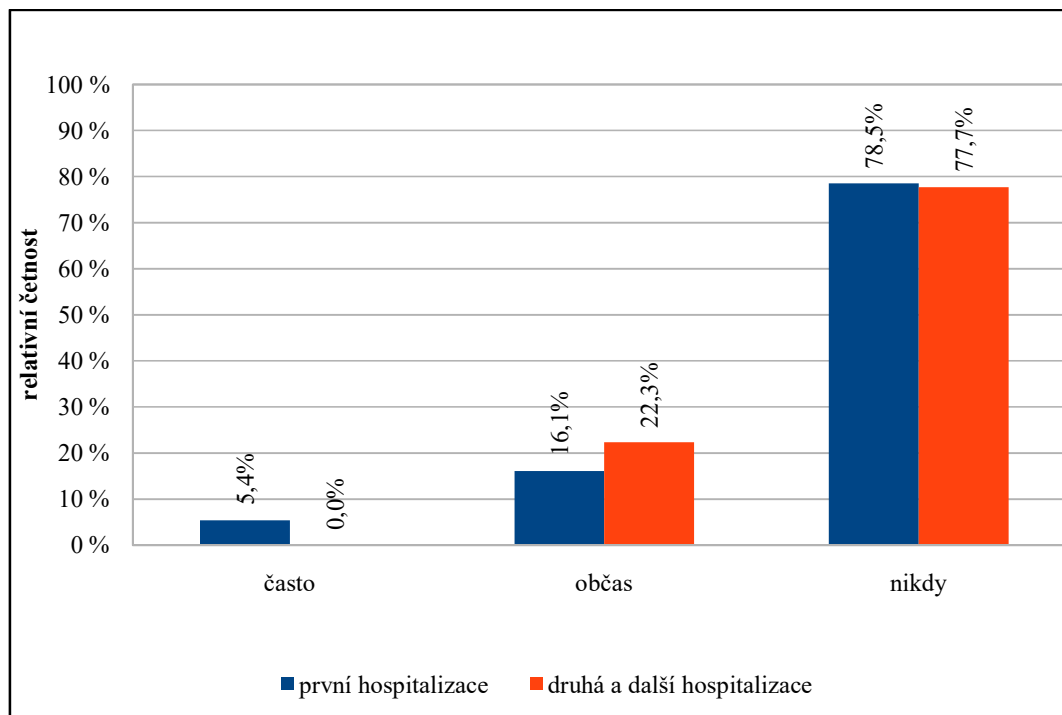
Otázka 25 Hovoří před Vámi zdravotní sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/přítomna?



Graf 25a Rozhovor sestry, jako by pacient nebyl přítomen podle oddělení

Graf 25a ukazuje, jestli hovoří sestra s pacienty otevřeného a uzavřeného oddělení tak, jako by nebyli přítomni. Na otevřeném oddělení se často stalo, že před pacientem hovořila zdravotní sestra tak, jako by nebyl přítomen u 5,9 % (7) pacientů, občas 18,6 % (22) pacientů a nikdy se to nestalo u 75,4 % (89) pacientů na otevřeném oddělení.

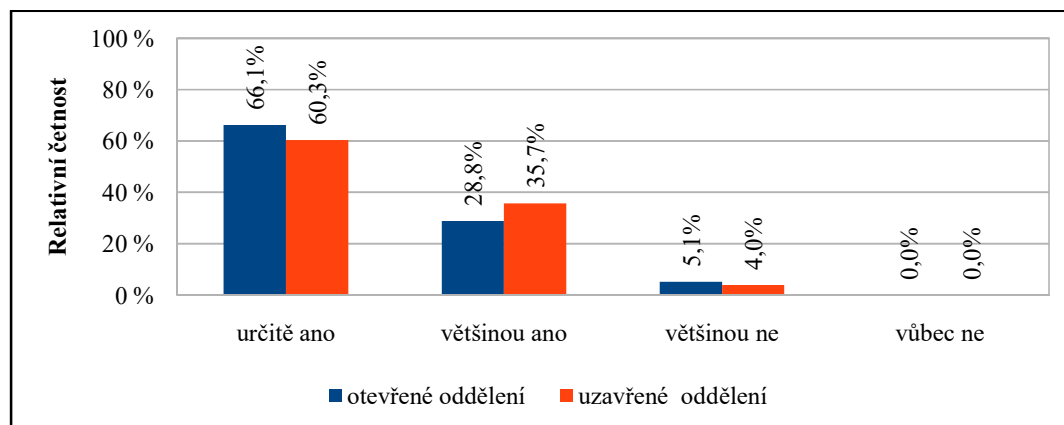
Na uzavřeném oddělení neodpověděl žádný pacient, že před ním sestra hovořila, jako by nebyl přítomen, občas před pacientem sestra hovořila, jako by nebyl přítomen u 24,6 % (31) pacientů a nikdy 75,4 % (95) pacientů uzavřeného oddělení.



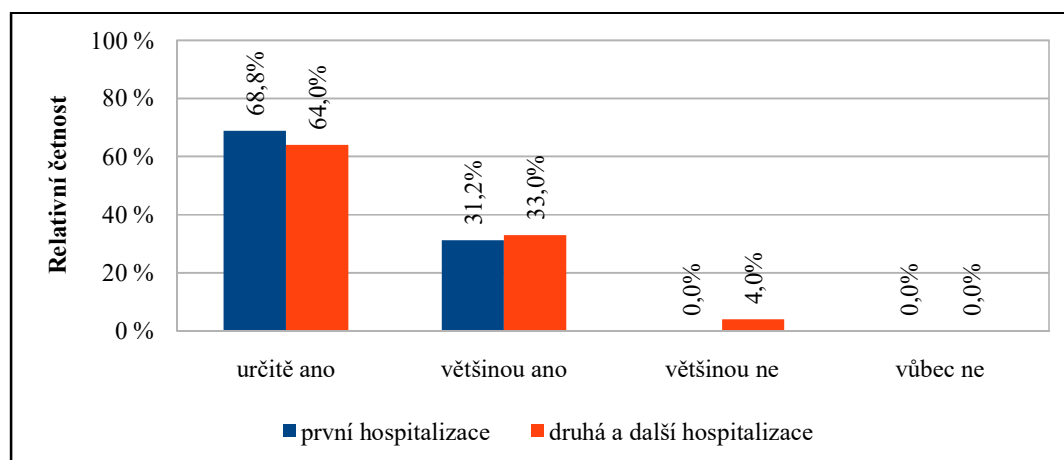
Graf 25b Rozhovor sestry, jako by pacient nebyl přítomen podle hospitalizace

Graf 25b ukazuje, jestli hovoří sestra před pacienty při první a další hospitalizaci tak, jako by nebyli přítomni. Při první hospitalizaci odpovědělo, že před ním zdravotní sestra často hovořila, jako by nebyl přítomen 5,4 % (5) pacientů, občas 16,1 % (15) pacientů a nikdy 78,5 % (73) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci žádný pacient neodpověděl, že před ním sestra hovořila, jako by nebyl přítomen, občas před pacientem sestra hovořila, jako by nebyl přítomen u 22,3 % (35) pacientů a nikdy se to nestalo u 77,7 % (115) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

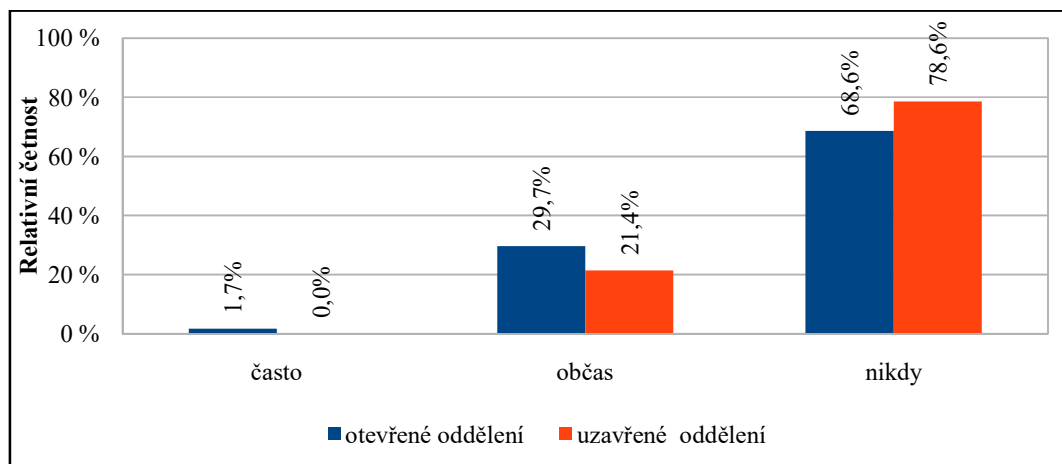
Otázka 26 Máte důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřují?**Graf 26a Důvěra k sestřám podle oddělení**

Graf 26a a ukazuje, jestli mají pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení důvěru k sestřám, které je ošetřují. Na otevřeném oddělení odpovědělo určitě ano 66,1 % (78) pacientů, většinou ano 28,8 % (34) a většinou ne 5,4 % (6) pacientů. Odpověď vůbec ne nezvolil žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo určitě ano 60,3 % (76) pacientů, většinou ano 35,7 % (45) a většinou ne 4 % (5) pacientů. Odpověď vůbec ne nezvolil žádný pacient.

**Graf 26b Důvěra k sestřám podle hospitalizace**

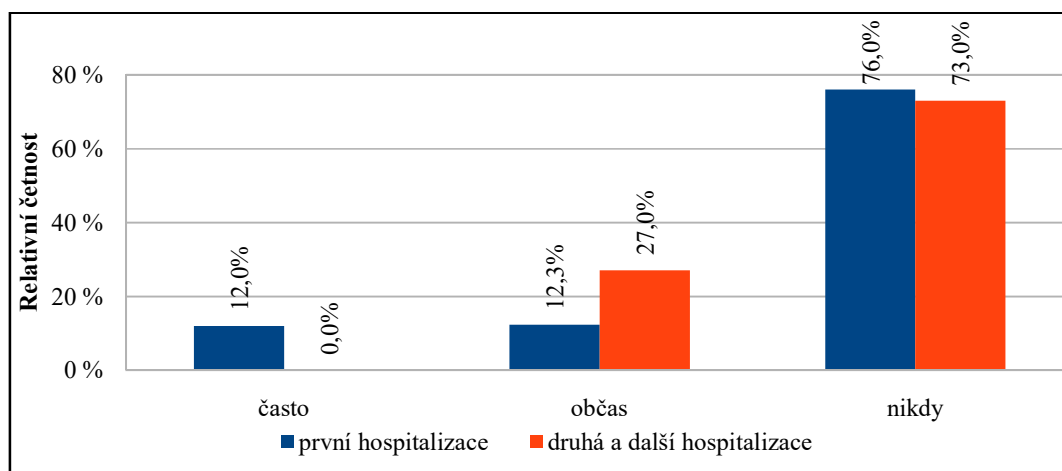
Graf 26b a ukazuje, jestli mají pacienti při první a další hospitalizaci důvěru k sestřám, které je ošetřují. Při první hospitalizaci odpovědělo určitě ano 68,8 % (64) pacientů, většinou ano 31,2 % (34) pacientů, odpověď většinou ne a vůbec ne nezvolil žádný pacient. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo určitě ano 64 % (96) pacientů, většinou ano 33 % (47) a většinou ne 4 % (6) pacientů. Odpověď vůbec ne nezvolil žádný pacient.

Otázka 27 Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v nemocnici od personálu protichůdné informace?



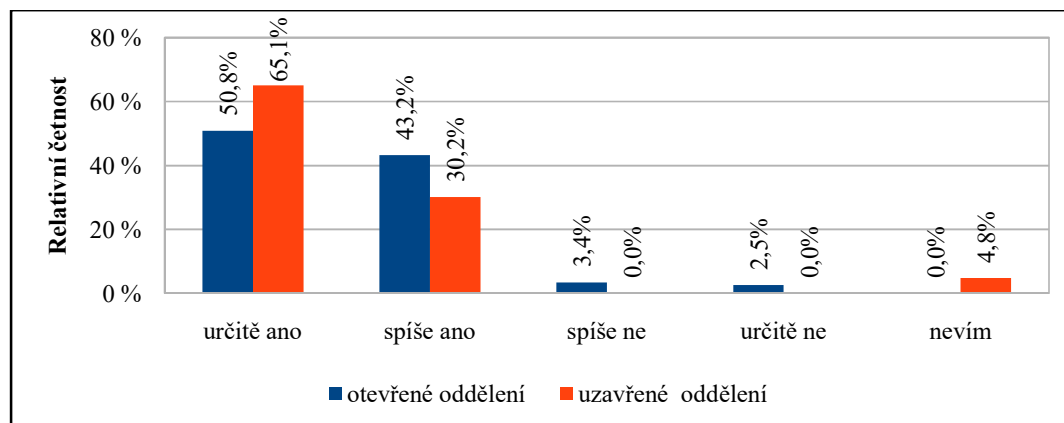
Graf 27a Protichůdné informace od personálu podle oddělení

Graf 27a ukazuje, jestli se pacientům otevřeného a uzavřeného oddělení v průběhu hospitalizace stalo, že dostali od personálu protichůdné informace. Na otevřeném oddělení zvolilo odpověď často 1,7 % (2) pacientů, občas 29,7 % (35) pacientů a nikdy 68,6 % (81) pacientů. Na uzavřeném oddělení nezvolil odpověď často žádný pacient, občas odpovědělo 21,4 % (27) pacientů a nikdy 78,6 % (99) pacientů.

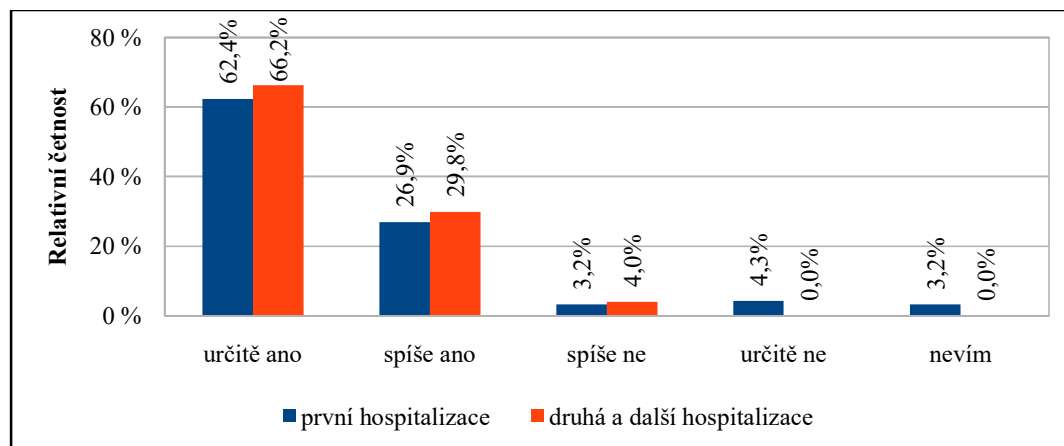


Graf 27b Protichůdné informace od personálu podle hospitalizace

Graf 27b ukazuje, jestli se pacientům při první a další hospitalizaci v průběhu hospitalizace stalo, že dostali od personálu protichůdné informace. Při první hospitalizaci odpovědělo často 12 % (12) pacientů, občas 12,3 % (13) pacientů a nikdy 76 % (70) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci neodpověděl žádný pacient často, občas odpovědělo 27 % (40) pacientů a nikdy 73 % (108) pacientů.

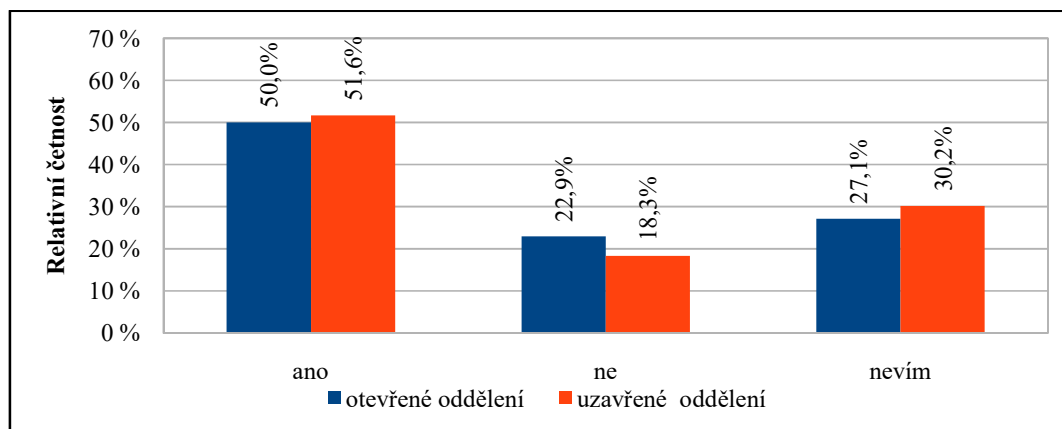
Otázka 28 Vyhovuje Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v nemocnici?**Graf 28a Dosažitelnost personálu podle oddělení**

Graf 28a ukazuje, jestli pacientům otevřeného a uzavřeného oddělení vyhovuje dostupnost zdravotnického personálu v nemocnici. Na otevřeném oddělení odpovědělo určitě ano 50,8 % (60) pacientů, spíše ano 43,2 % (51) pacientů, spíše ne 3,4 % (3) a určitě ne 2,5 % (3) pacientů. Odpověď nevím nezvolil žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo určitě ano 65,1 % (82) pacientů, spíše ano 30,2 % (38) pacientů. Odpověď spíše ne a určitě ne nezvolil žádný pacient. Odpověď nevím zvolilo 4,8 % (6) pacientů.

**Graf 28b Dosažitelnost personálu podle hospitalizace**

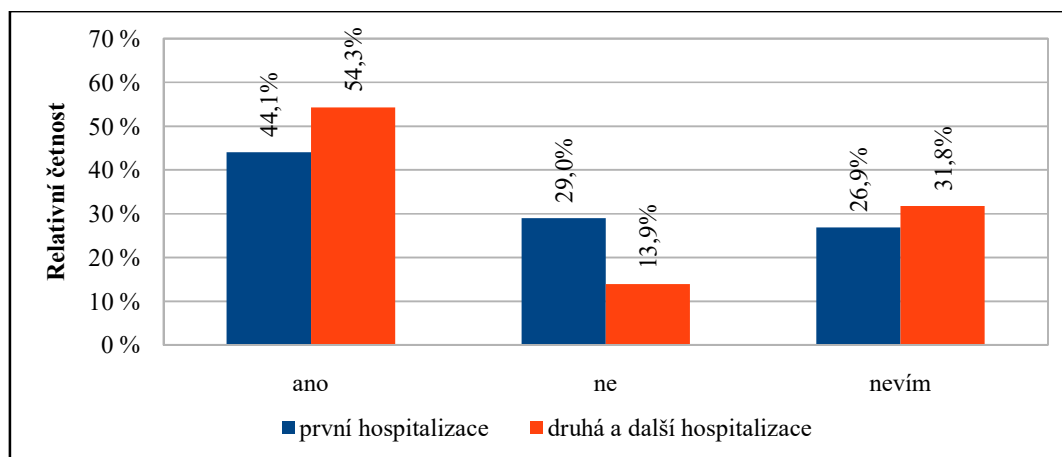
Graf 28b ukazuje, jestli pacientům při první a další hospitalizaci vyhovuje dostupnost zdravotnického personálu v nemocnici. Při první hospitalizaci odpovědělo určitě ano 62,4 % (58) pacientů, spíše ano 26,9 % (25) a spíše ne 3,2 % (3) pacientů. Odpověď určitě ne zvolilo 4,3 % (4) pacientů a nevím 3,2 % (3) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo určitě ano 66,2 % (100) pacientů, spíše ano 29,8 % (45) a spíše ne 4 % (6) pacientů. Odpověď určitě ne a spíše ne nezvolil žádný pacient.

Otázka 29 Chtěl/a byste se zapojit do rozhodování při léčbě?



Graf 29a Zapojení do rozhodování o léčbě podle oddělení

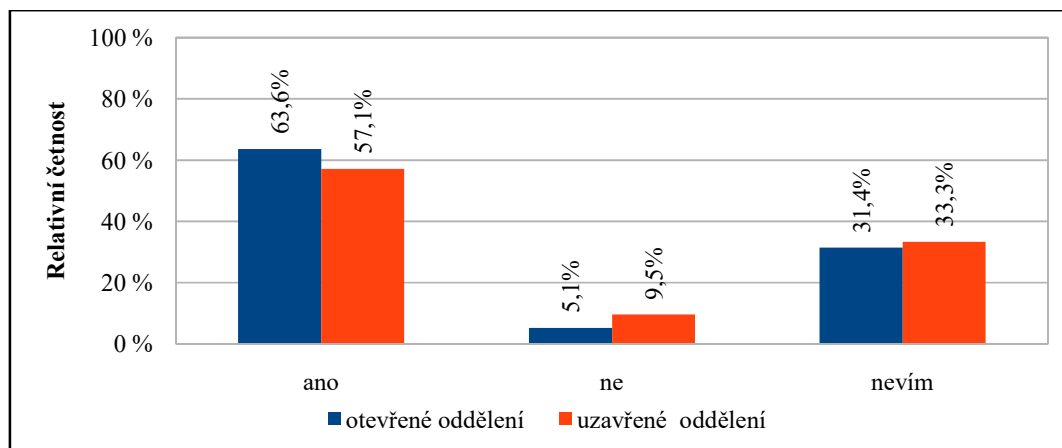
Graf 29a ukazuje, jestli by se pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení chtěli více zapojit do rozhodování o léčbě. Na otevřeném oddělení odpovědělo ano 50 % (59) pacientů, odpověď ne 22,9 % (27) pacientů a odpověď nevím zvolilo 27,1 % (32) pacientů. Na uzavřeném oddělení odpovědělo ano 51,6 % (65) pacientů, ne 18,3 % (23) pacientů a odpověď nevím zvolilo 30,2 % (38) pacientů.



Graf 29b Zapojení do rozhodování o léčbě podle hospitalizace

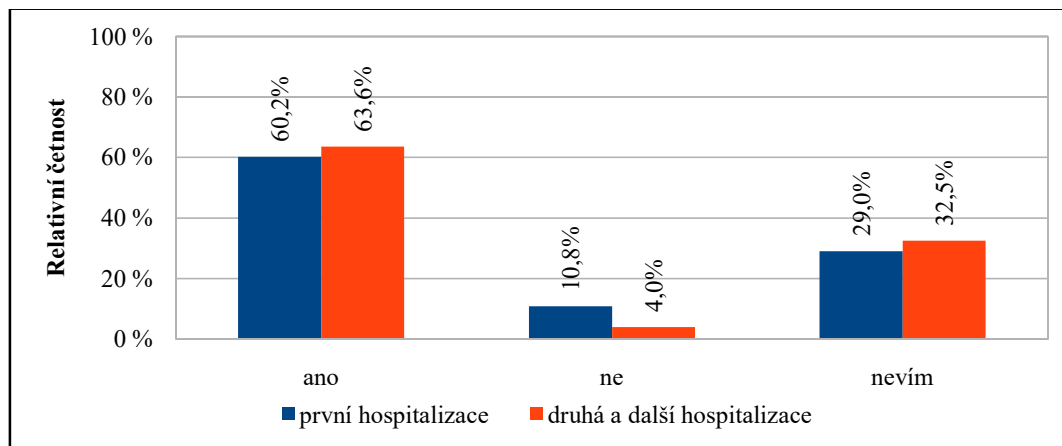
Graf 29b ukazuje, jestli by se pacienti při první a další hospitalizaci chtěli více zapojit do rozhodování o léčbě. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 44,1 % (41) pacientů, ne 29 % (27) pacientů a nevím 26,9 % pacientů. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo ano 54,3 % (82) pacientů, ne 13,9 % (21) pacientů a nevím 32,8 % (48) pacientů.

Otázka 30 Mají Vaši blízcí příležitost pohovořit si s lékařem?



Graf 30a Možnost blízkých pohovořit si s lékařem podle oddělení

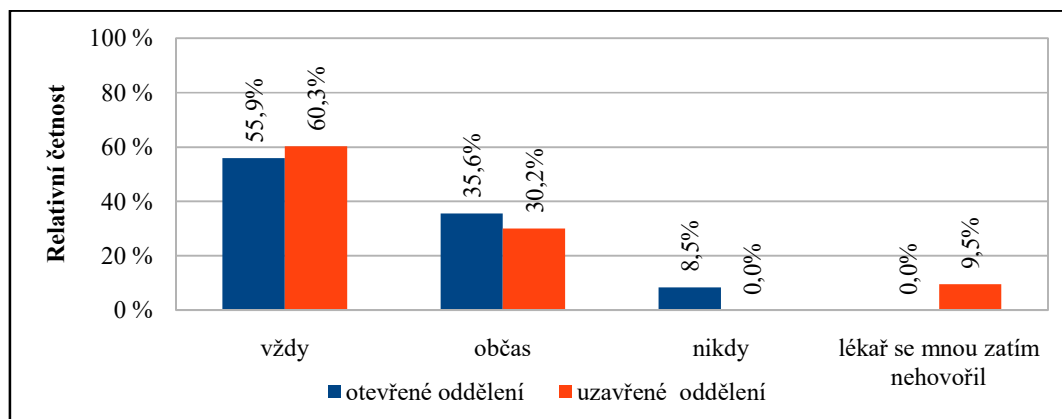
Graf 30a ukazuje, jestli mají příbuzní pacientů hospitalizovaných na otevřeném a uzavřeném oddělení možnost pohovořit si s lékařem. Na otevřeném oddělení odpovědělo ano 63,6 % (75) pacientů, odpověď ne zvolilo 5,1 % (6) pacientů a nevím 31,4 % (37) pacientů. Na uzavřeném oddělení odpovědělo ano 57,1 % (72) pacientů, odpověď ne zvolilo 9,5 % (12) pacientů a nevím 33,6 % (42) pacientů.



Graf 30b Možnost blízkých pohovořit si s lékařem podle hospitalizace

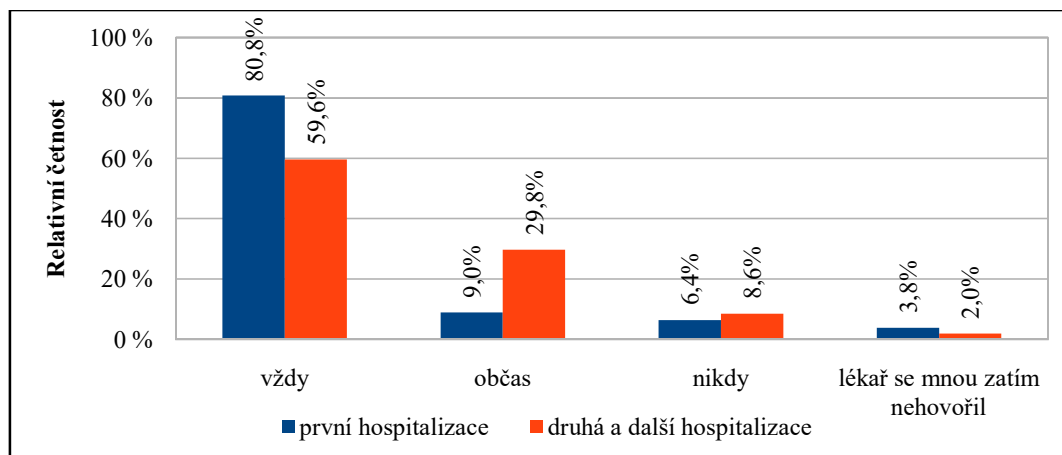
Graf 30b ukazuje, jestli mají příbuzní pacientů při první a další hospitalizaci možnost pohovořit si s lékařem. Při první hospitalizaci odpovědělo ano 60,2 % (56) pacientů, ne 10,8 % (10) pacientů a nevím 29 % (37) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci zvolilo odpověď ano 63,6 % (96) pacientů, ne 4 % (6) pacientů a nevím 32,5 % (42) pacientů.

Otázka 31 Máte dostatek soukromí, když s Vámi lékař probírá zdravotní stav nebo léčbu?



Graf 31a Soukromí při rozhovoru podle oddělení

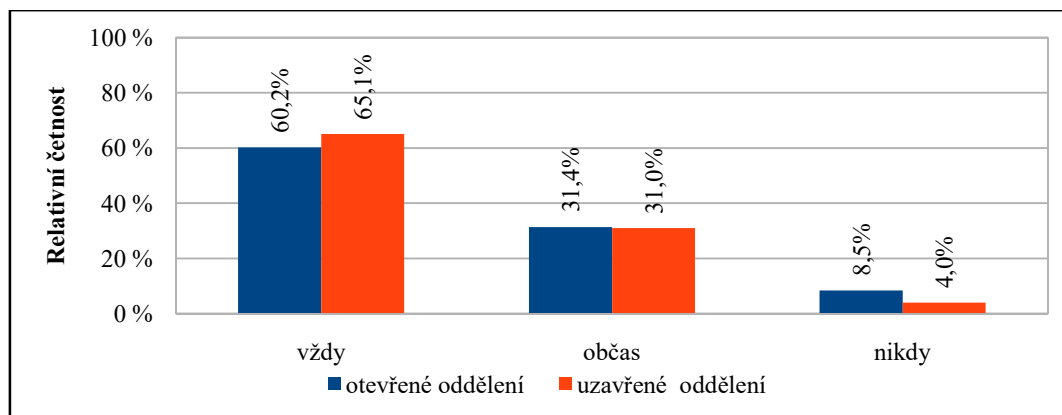
Graf 31a ukazuje, jestli mají pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení dostatek soukromí, když s nimi lékař hovoří. Na otevřeném oddělení odpovědělo vždy 55,9 % (66) pacientů, občas 35,6 % (42) a nikdy 8,5 % (10) pacientů. Odpověď lékař se mnou zatím nehovořil nezvolil žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo vždy 60,3 % (56) pacientů, občas 30,2 % (38) pacientů, odpověď nikdy nezvolil žádný pacient. Lékař zatím nehovořil s 9,5 % (12) pacientů.



Graf 31b Soukromí při rozhovoru podle hospitalizace

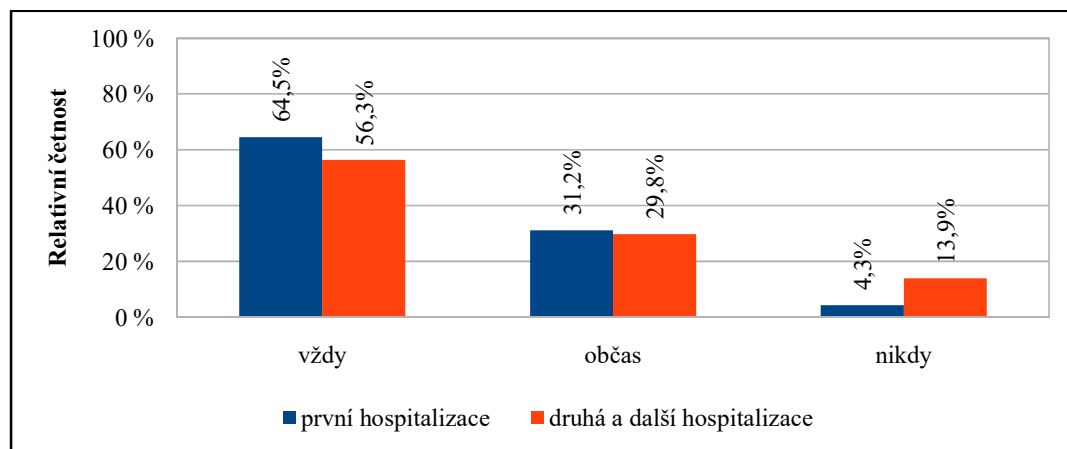
Graf 31b ukazuje, jestli mají pacienti při první a další hospitalizaci dostatek soukromí, když s nimi lékař hovoří. Při první hospitalizaci odpovědělo vždy 80,8 % (63) pacientů, občas 9 % a nikdy 6,4 % (5) pacientů. Odpověď lékař se mnou zatím nehovořil zvolilo 3,8 % (3) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo vždy 59,6 % (90) pacientů, občas 29,8 % (45) a nikdy 8,6 % (13) pacientů. Lékař zatím nehovořil s 2 % (3) pacientů.

Otázka 32 Máte dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?



Graf 32a Dostatek soukromí během vyšetření podle oddělení

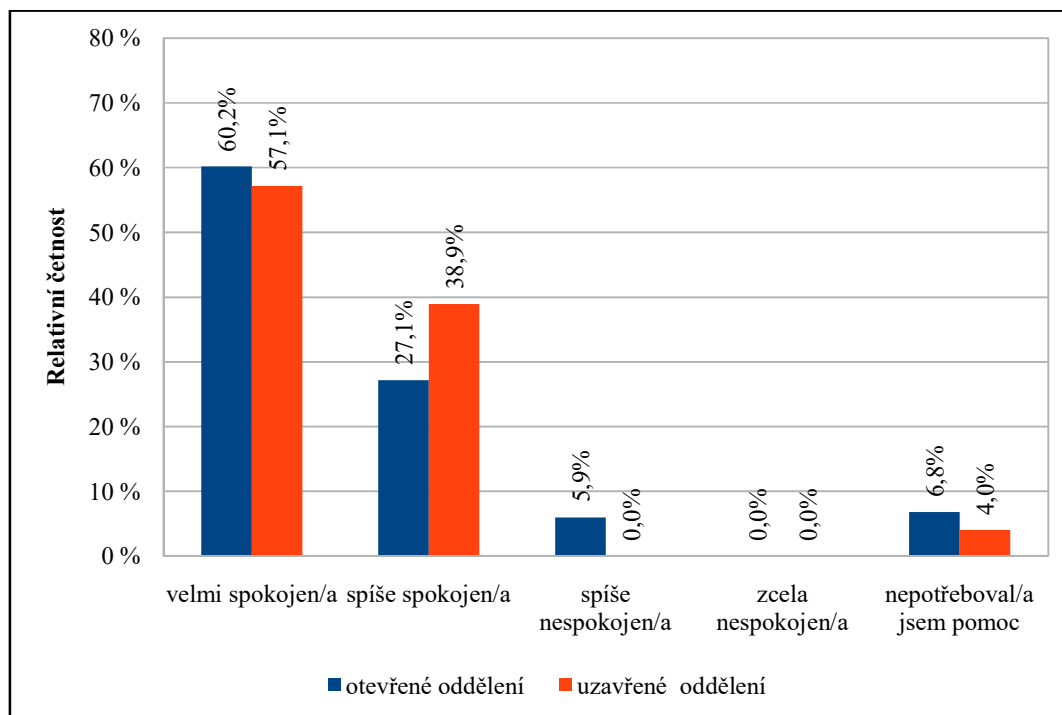
Graf 32a ukazuje, jestli mají pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení dostatek soukromí během léčby. Na otevřeném oddělení má vždy soukromí během vyšetření nebo léčby 60,2 % (71) pacientů, občas 31,4 % (37) a nikdy 8,5 % (10) pacientů. Na uzavřeném oddělení má vždy soukromí 65,1 % (82) pacientů, občas 31 % (39) a nikdy 4 % (5) pacientů.



Graf 32b Dostatek soukromí během vyšetření podle hospitalizace

Graf 32b ukazuje, jestli mají pacienti při první a další hospitalizaci dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby. Při první hospitalizaci má vždy soukromí 64,5 % (60) pacientů, občas 31,2 % (29) a nikdy 4,3 % (4) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci má vždy soukromí 56,3 % (85) pacientů, občas 29,8 % (45) a nikdy nemá soukromí 13,9 % (21) pacientů.

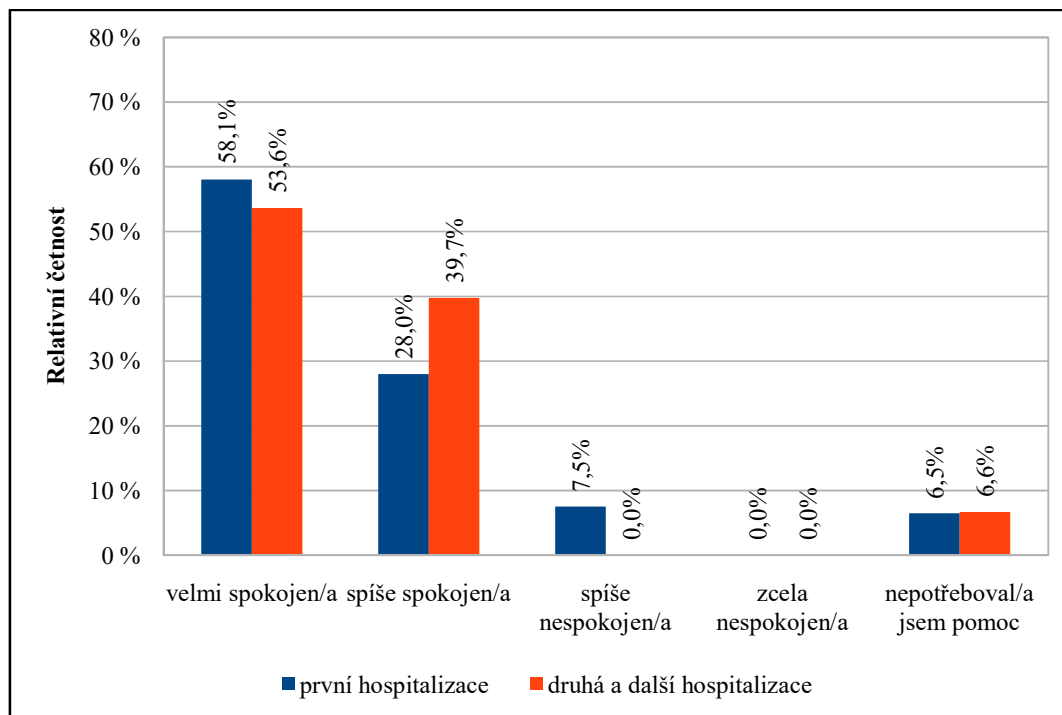
Otázka 33 Jak jste celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál poskytl pomoc, když jste ji potřeboval/a?



Graf 33a Rychlost pomoci personálu podle oddělení

Graf 33a ukazuje, jak jsou pacienti na otevřeném a uzavřeném oddělení spokojeni s rychlostí, s jakou jim personál poskytl pomoc, když jí potřebovali. Na otevřeném oddělení bylo velmi spokojeno 60,2 % (71) pacientů, spíše spokojeno 21,7 % (32) pacientů a spíše nespokojeno 5,9 % (7) pacientů. Odpověď zcela nespokojen neuvědl žádný pacient, pomoc nepotřebovalo 6,8 % (8) pacientů otevřeného oddělení.

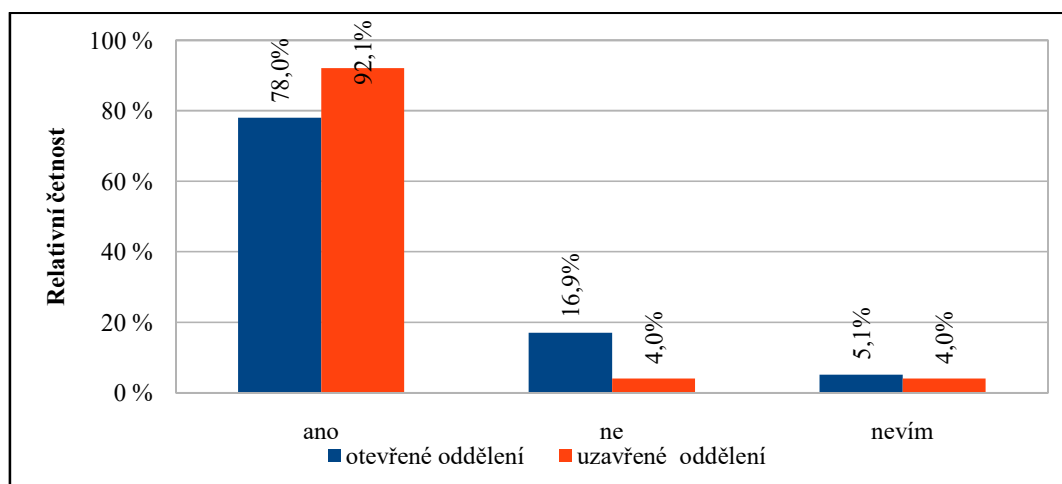
Na uzavřeném oddělení bylo velmi spokojeno 57,1 % (73) pacientů, spíše spokojeno 38,9 % (49) pacientů, spíše nespokojen a zcela nespokojen nebyl žádný pacient. Pomoc nepotřebovalo 4 % (5) pacientů při druhé a další hospitalizaci.



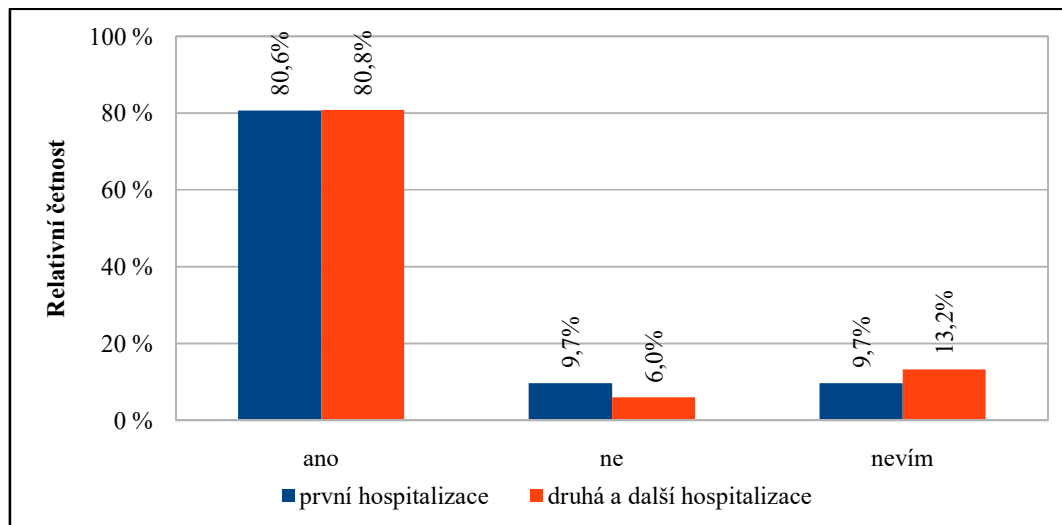
Graf 33b Rychlost pomoci personálu podle hospitalizace

Graf 33b ukazuje, jak jsou pacienti při první a další hospitalizaci spokojeni s rychlostí, s jakou jim personál poskytl pomoc, když ji potřebovali. Při první hospitalizaci bylo velmi spokojeno 58,1 % (54) pacientů, spíše spokojeno 28 % (26) pacientů a spíše nespokojeno 7,5 % (7) pacientů. Zcela nespokojen nebyl žádný pacient, pomoc nepotřebovalo 6,5 % (6) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci bylo zcela spokojeno 53,6 % (51) pacientů, spíše spokojeno 39,7 % (60) pacientů, spíše nespokojen a zcela nespokojen nebyl žádný pacient. Pomoc nepotřebovalo 6,6 % (10) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

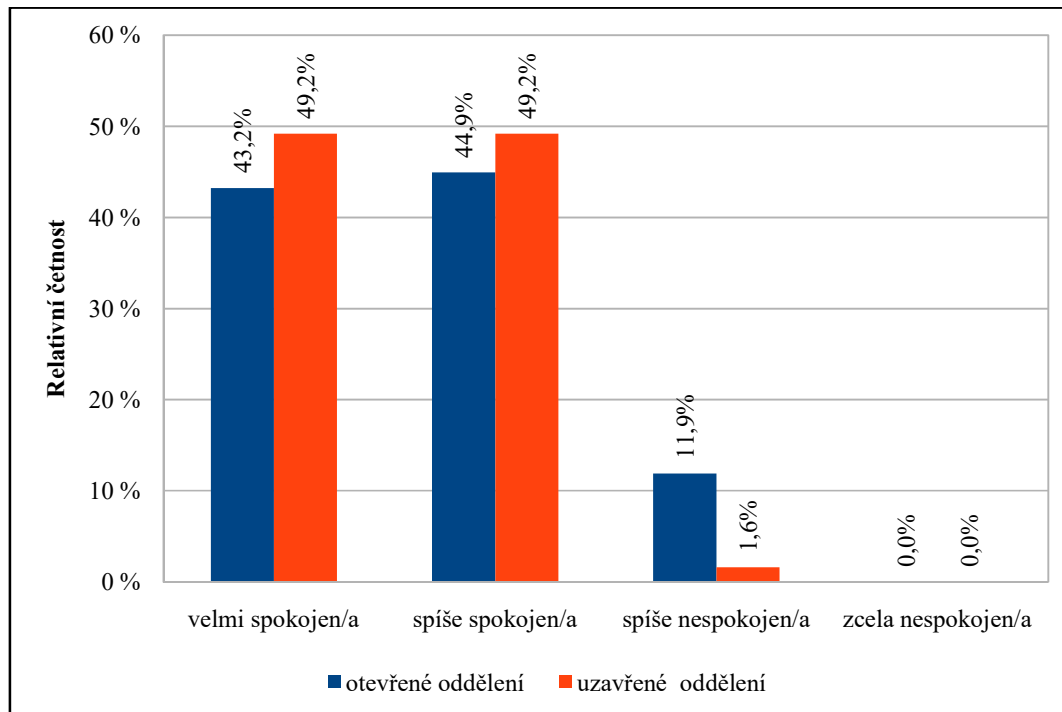
Otázka 34 Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?**Graf 34a Seznámení s právy nemocného podle oddělení**

Graf 34a ukazuje, jestli byli pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení seznámeni s právy nemocného. Na otevřeném oddělení bylo s právy seznámeno 78 % (92) pacientů, seznámeno nebylo 16,9 (20) % pacientů a odpověď nevím zvolilo 5,1 % (6) pacientů. Na uzavřeném oddělení bylo s právy seznámeno 92,1 % (116) pacientů, seznámeno nebylo 4 % (5) a odpověď nevědělo 4 % (5) pacientů.

**Graf 34b Seznámení s právy nemocného podle hospitalizace**

Graf 34b ukazuje, jestli byli pacienti při první a další hospitalizaci seznámeni s právy nemocného. Při první hospitalizaci bylo s právy seznámeno 80,6 % (75) pacientů, seznámeno nebylo 9,7 % (9) a odpověď nevědělo 9,7 % (9) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci bylo s právy seznámeno 80,8 % (122) pacientů. S právy nebylo seznámeno 6 % (9) pacientů a odpověď nevědělo 13,2 % (20) pacientů.

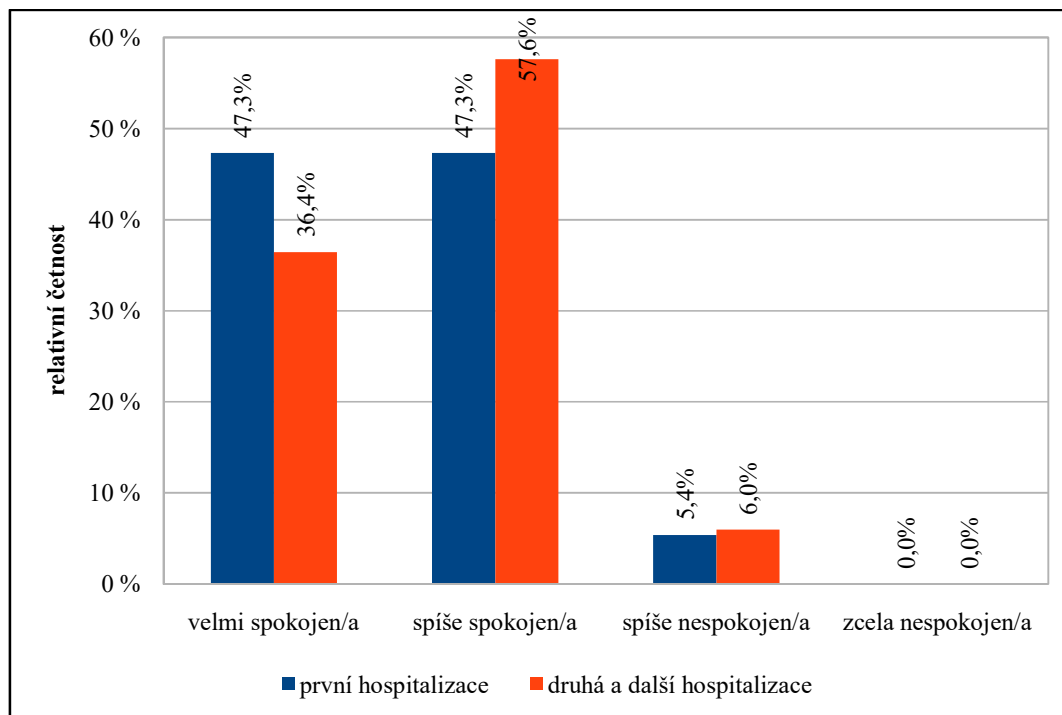
Otázka 35 Jak jste spokojen/a s tím, jak nemocnice zajistila Vaše duchovní potřeby?



Graf 35a Zajištění duchovních potřeb podle oddělení

Graf 35a ukazuje, jak jsou pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení spokojeni se zajištěním duchovních potřeb. Na otevřeném oddělení bylo se zajištěním duchovních potřeb velmi spokojeno 43,2 % (51) pacientů, spíše spokojeno 44,9 % (53) pacientů a spíše nespokojeno 11,9 % (14) pacientů. Zcela nespokojen nebyl žádný pacient otevřeného oddělení.

Na uzavřeném oddělení bylo se zajištěním duchovních potřeb zcela spokojeno 49,2 % (69). Spíše spokojeno bylo 49,2 % (69) pacientů, spíše nespokojeno 1,6 % (2) pacientů a zcela nespokojen nebyl žádný pacient uzavřeného oddělení.

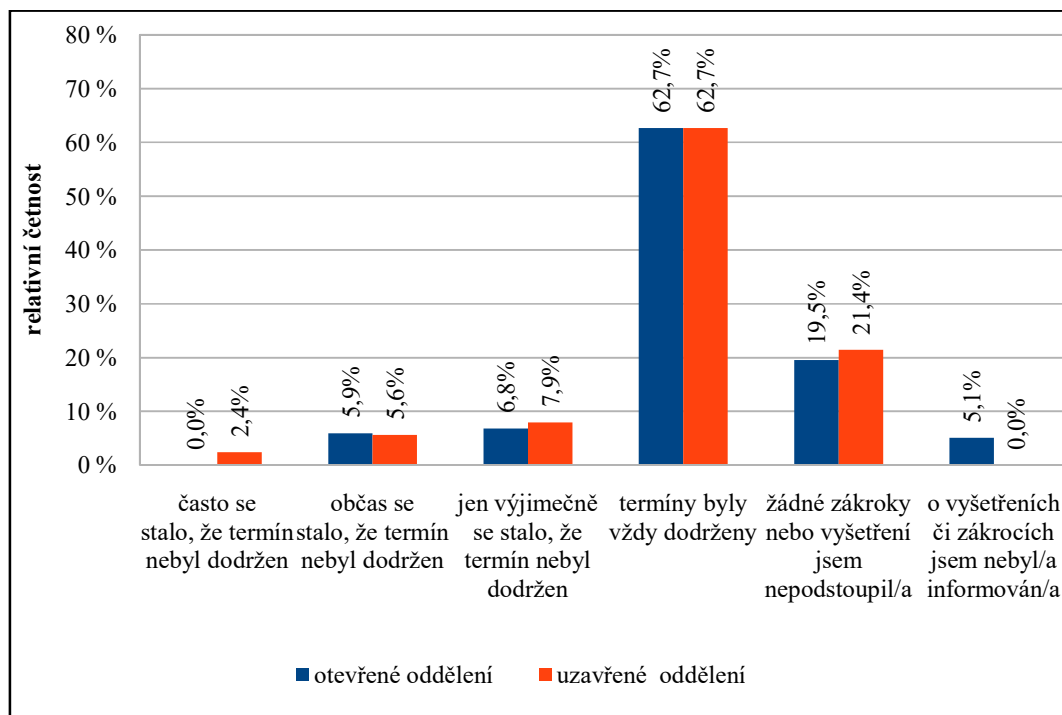


Graf 35b Zajištění duchovních potřeb podle hospitalizace

Graf 35b ukazuje, jak jsou pacienti při první a další hospitalizaci spokojeni se zajištěním duchovních potřeb. Při první hospitalizaci se zajištěním duchovních potřeb bylo velmi spokojeno 47,3 % (44), spíše spokojeno 47,3 % (44) pacientů a spíše nespokojeno 5,4 % (5) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci bylo se zajištěním duchovních potřeb zcela spokojeno 36,4 % (55) pacientů, spíše spokojeno 57,6 % (87) pacientů a spíše nespokojeno 6 % (9) pacientů. Zcela nespokojen nebyl žádný pacient při druhé a další hospitalizaci.

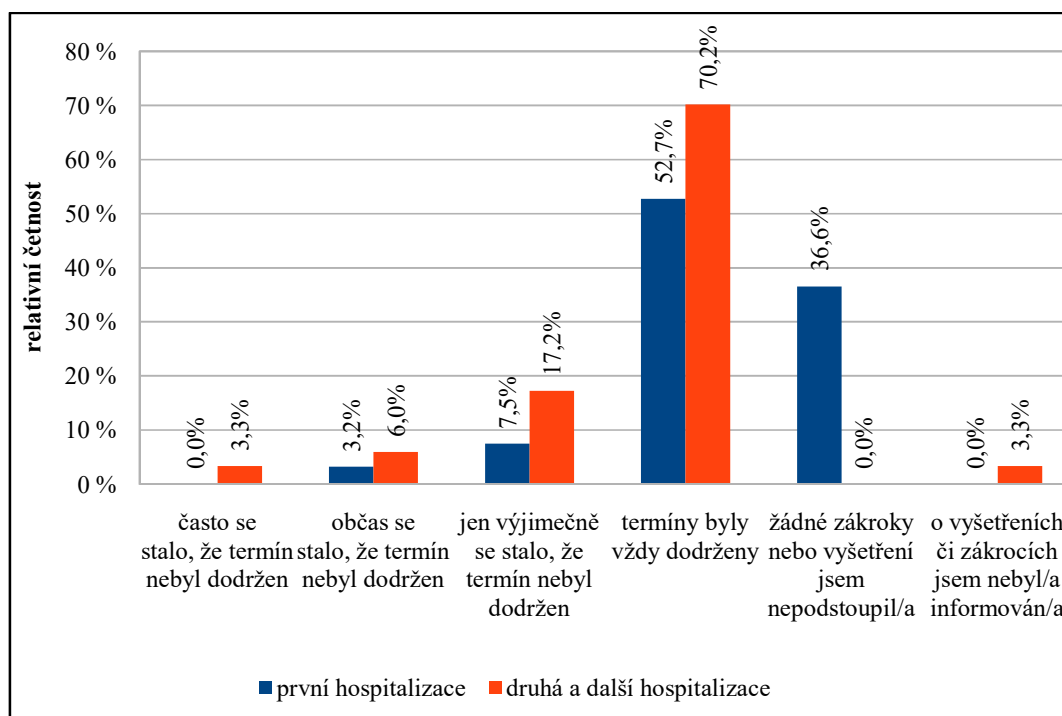
Otázka 36 Pokud jste byl předem informován o vyšetření nebo zákroku, který jste měl/a podstoupit, stalo se, že jeho termín nebyl dodržen?



Graf 36a Změna termínu vyšetření podle oddělení

Graf 36a a ukazuje, jestli byli pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení informováni o zákroku, který měli podstoupit a jestli byl tento termín dodržen. Na otevřeném oddělení žádný pacient neodpověděl, že termín nebyl dodržen, občas se stalo, že termín nebyl dodržen u 5,9 % (6) pacientů. Jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen u 6,8 % (8) pacientů. Odpověď termíny byly vždy dodrženy zvolilo 62,7 % (74) pacientů, žádné zákroky nebo vyšetření nepodstoupilo 19,5 % (23) pacientů a o vyšetřeních či zákrocích nebylo informováno 5,1 % (6) pacientů na otevřeném oddělení.

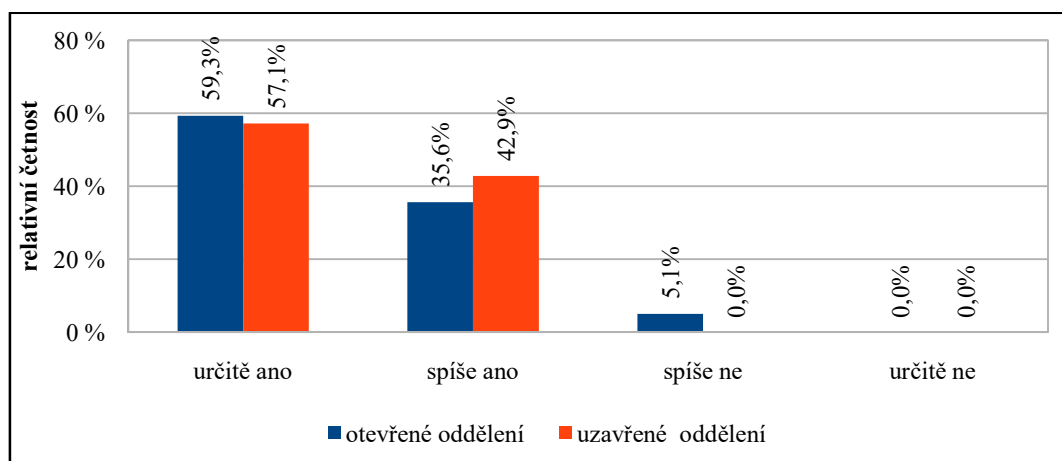
Na uzavřeném oddělení se často stalo, že termín nebyl dodržen u 2,4 % (3) pacientů, občas se stalo, že termín nebyl dodržen u 5,6 % (7) pacientů. Odpověď jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen zvolilo 7,9 % (10) pacientů, termíny byly dodrženy u 62,7 % (79) pacientů. Žádné zákroky či vyšetření nepodstoupilo 21,4 % (27) pacientů a o vyšetřeních či zákrocích nebyl informován žádný pacient uzavřeného oddělení.



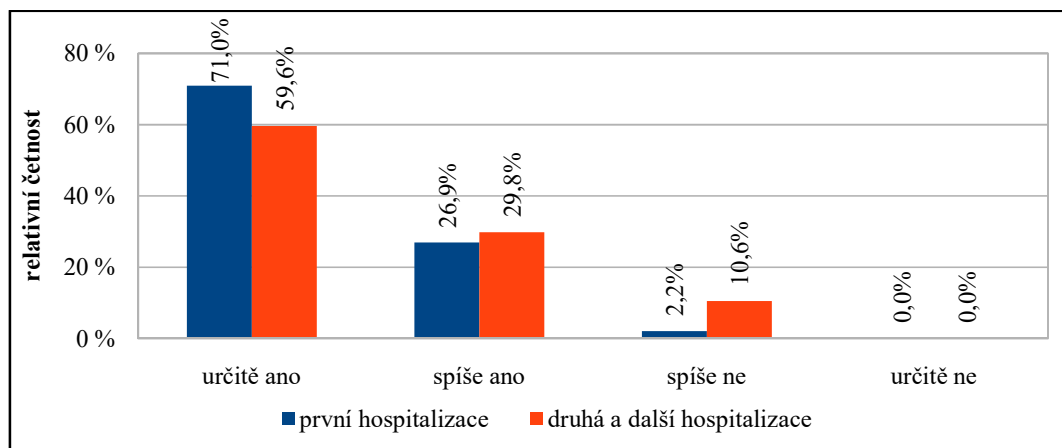
Graf 36b Změna termínu vyšetření podle hospitalizace

Graf 36b a ukazuje, jestli byli pacienti při první a další hospitalizaci informováni o zákroku, který měli podstoupit a jestli byl tento termín dodržen. Při první hospitalizaci nezvolil žádný pacient odpověď často se stalo, že termín nebyl dodržen, odpověď občas se stalo, že nebyl dodržen zvolilo 3,2 % (3) pacientů. Výjimečně nebyl termín dodržen u 7,5 % (7) pacientů. Termíny byly vždy dodrženy u 52,7 % (49) pacientů, žádné zákroky nebo vyšetření nepodstoupilo 36,6 % (34) pacientů. Žádný pacient neuvedl, že o vyšetřeních či zákrocích nebyl informován.

Při druhé a další hospitalizaci 3,3 % (5) pacientů odpovědělo, že se často stalo, že termín nebyl dodržen, občas se stalo, že termín nebyl dodržen u 6 % (9) pacientů. Výjimečně nebyl termín dodržen u 17,2 % (26) pacientů, termíny byly vždy dodrženy u 70,2 % (106) pacientů. Žádný pacient neuvedl, že žádné zákroky nebo vyšetření nepodstoupil a o vyšetřeních či zákrocích nebylo informováno 3,3 % (5) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

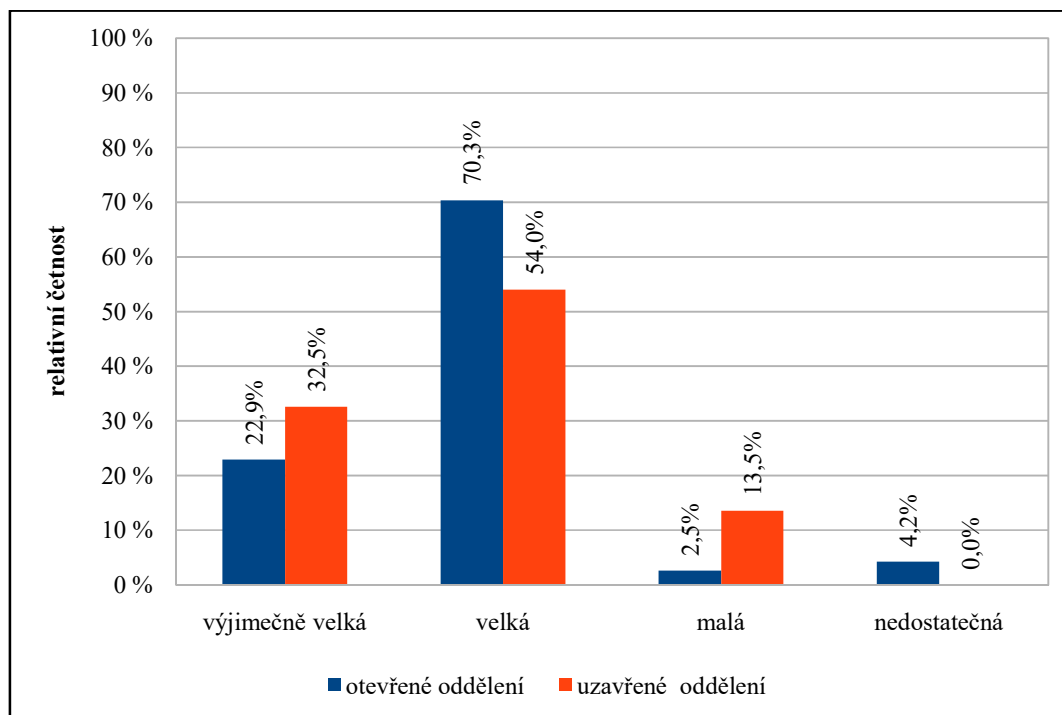
Otázka 37 Cítíte, že jste celkově léčen/a s úctou a respektem?**Graf 37a Úcta a respekt podle oddělení**

Graf 37a ukazuje, jestli byli pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení léčeni s úctou a respektem. Na otevřeném oddělení odpovědělo určitě ano 59,3 % (70) pacientů, spíše ano 35,6 % (42) a spíše ne 5,1 % (6) pacientů. Určitě ne neodpověděl žádný pacient. Na uzavřeném oddělení odpovědělo určitě ano 57,1 % (72) pacientů, spíše ano 42,9 % (54) pacientů. Odpověď spíše ne a určitě ne nezvolil žádný pacient.

**Graf 37b Úcta a respekt podle hospitalizace**

Graf 37b ukazuje, jestli byli pacienti, kteří jsou hospitalizováni poprvé a vícekrát léčeni s úctou a respektem. Při první hospitalizaci odpovědělo určitě ano 71 % (66) pacientů, spíše ano 26,9 % (25) a spíše ne 2,2 % (2) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci odpovědělo určitě ano 59,6 % (90) pacientů, spíše ano 29,8 % (45) a spíše ne 10,6 % (16) pacientů. Odpověď určitě ne nezvolil žádný pacient.

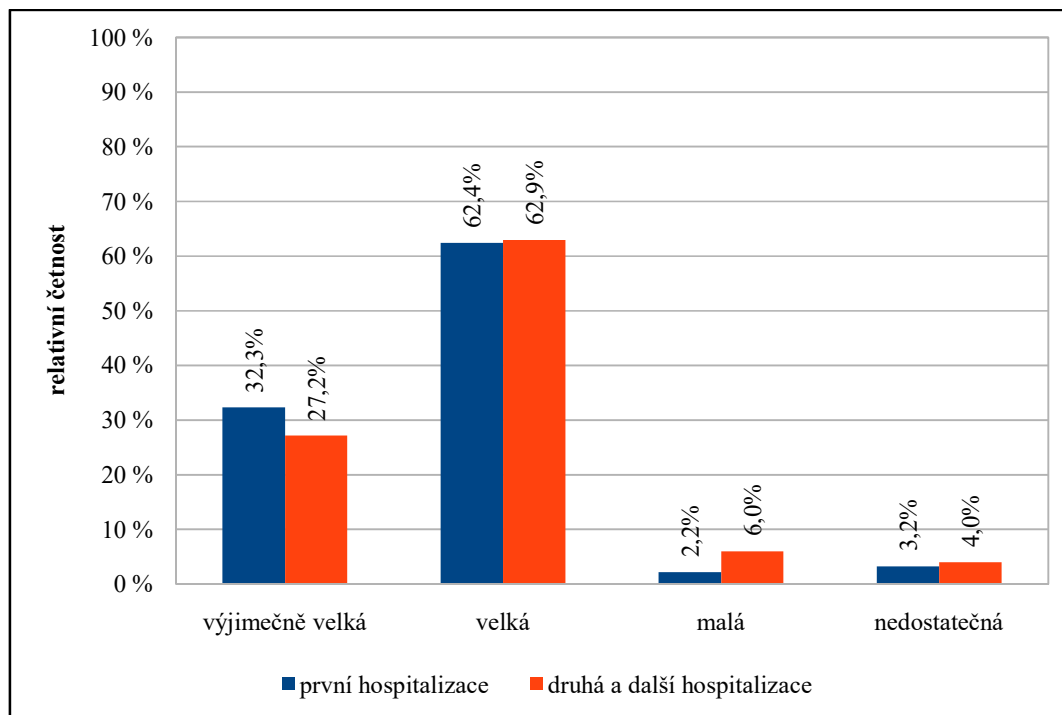
Otázka 38 Jak hodnotíte postoj celého personálu této nemocnice? Řekl/a byste, že postoj je soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás dobré pocity je:



Graf 38a Postoj personálu podle oddělení

Graf 38a ukazuje, jak pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení hodnotí postoj personálu nemocnice. Hodnotí schopnost vzbudit v pacientovi dobré pocity. Na otevřeném oddělení hodnotilo schopnost vzbudit dobré pocity jako výjimečně velkou 22,9 % (27) pacientů, jako velkou schopnost vyvolat dobré pocity hodnotilo 70,3 % (83) pacientů, malá je schopnost vzbudit dobré pocity pro 2,5 % (3) pacientů a nedostatečná pro 4,2 % (5) pacientů otevřeného oddělení.

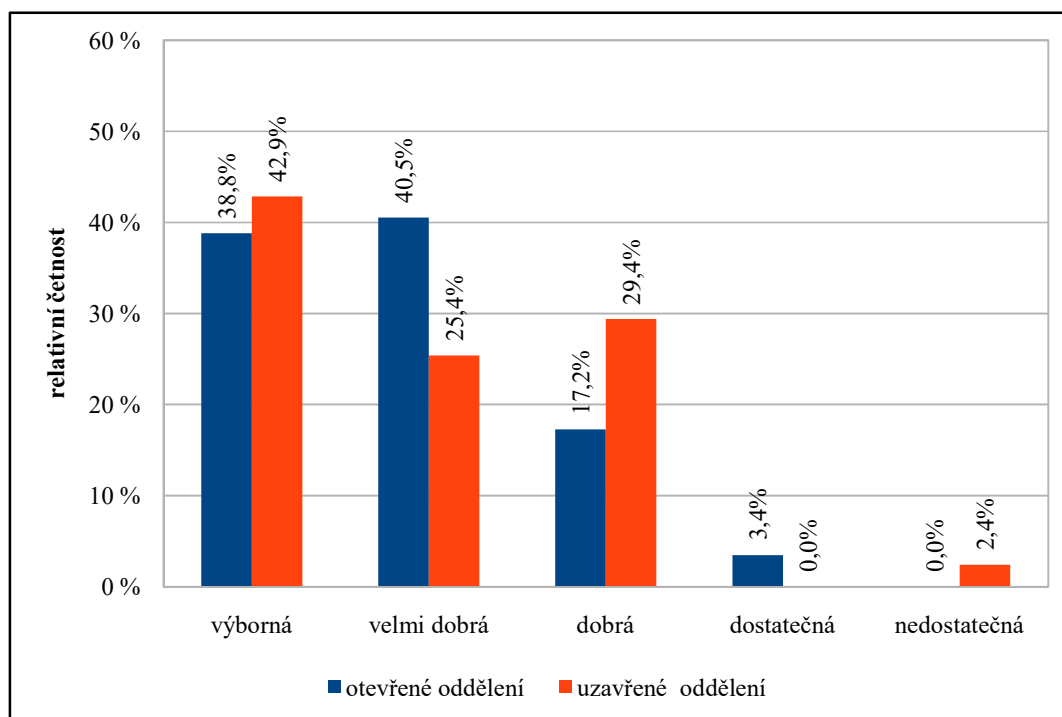
Na uzavřeném oddělení hodnotilo schopnost vzbudit dobré pocity jako výjimečně velkou 32,5 % (41) pacientů, jako velkou schopnost vyvolat dobré pocity hodnotilo 54 % (68) pacientů. Malá je schopnost vzbudit dobré pocity pro 13,5 % (17) pacientů, odpověď nedostatečná nezvolil žádný pacient uzavřeného oddělení.



Graf 38b Postoj personálu podle hospitalizace

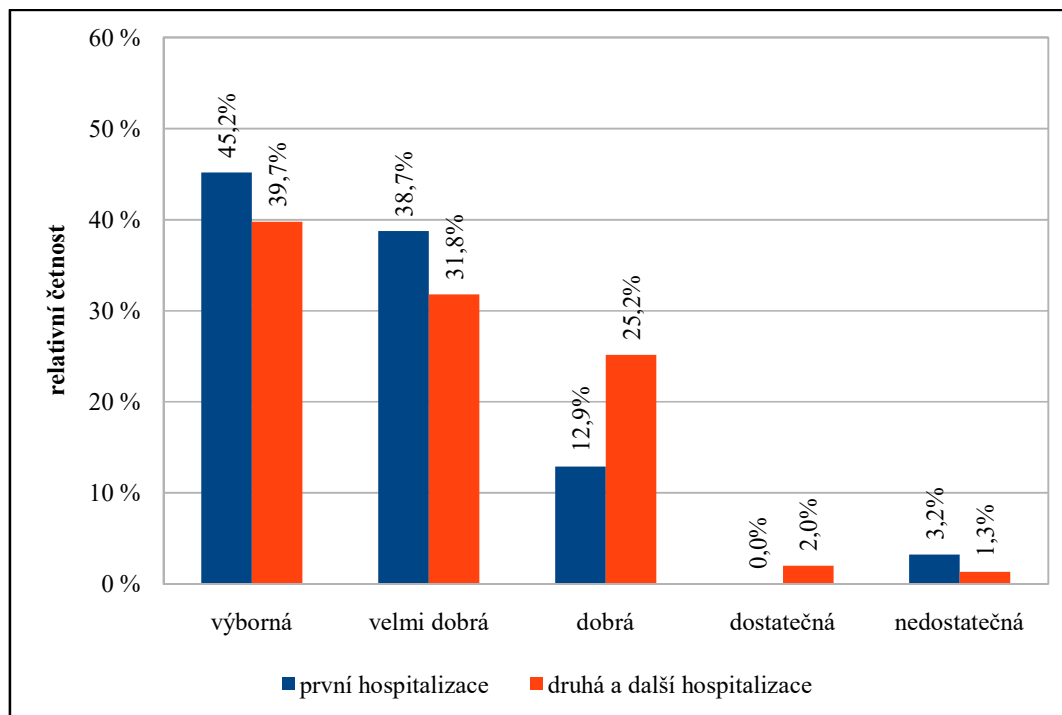
Graf 38b ukazuje, jak pacienti při první a další hospitalizaci hodnotí postoj personálu nemocnice. Hodnotí schopnost vzbudit v pacientovi dobré pocity. Při první hospitalizaci hodnotilo schopnost vzbudit dobré pocity jako výjimečně velkou 32,3% (30) pacientů, jako velkou schopnost vyvolat dobré pocity hodnotilo 62,4 % (58) pacientů, malá je schopnost vzbudit dobré pocity pro 2,2 % (2) pacientů a nedostatečná pro 3,2 % (3) pacientů.

Při druhé a další hospitalizaci hodnotilo schopnost vzbudit dobré pocity jako výjimečně velkou 27,2 % (41) pacientů, velkou schopnost vyvolat dobré pocity hodnotilo 62,9 % (95) pacientů. Malá je schopnost vzbudit dobré pocity pro 6 % (9) pacientů, odpověď nedostatečná zvolilo 4 % (6) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

Otázka 39 Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám byla věnována?**Graf 39a Hodnocení celkové péče podle oddělení**

Graf 39a ukazuje, jak by pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení celkově ohodnotili péči, která jim byla věnována. Na otevřeném oddělení hodnotilo celkovou péči jako výbornou 38,8 % (45) pacientů, velmi dobrá byla celková péče pro 40,5 % (47) pacientů, dobrá pro 17,2 % (20) a dostatečná pro 3,4 % (4) pacientů. Odpověď nedostatečná nezvolil žádný pacient otevřeného oddělení.

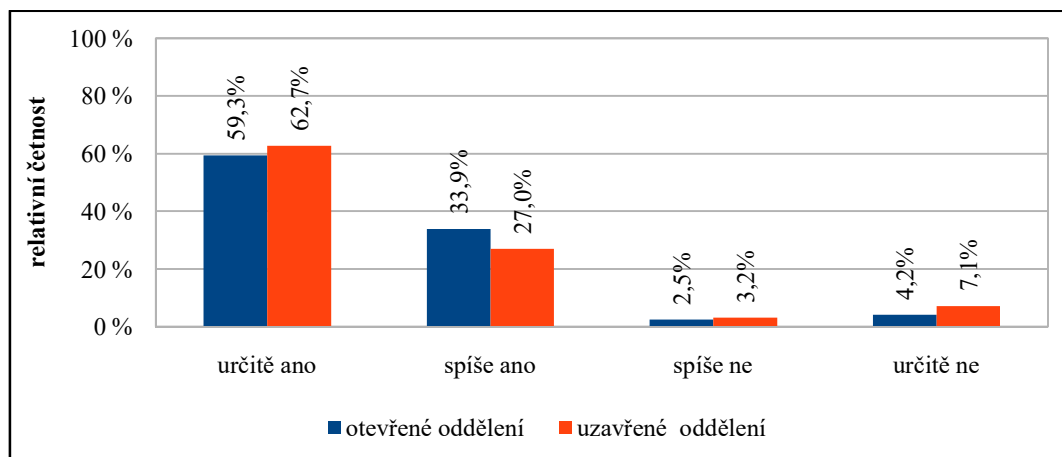
Na uzavřeném oddělení hodnotilo celkovou péči jako výbornou 42,9 % (54) pacientů, velmi dobrá byla celková péče pro 25,4 % (32) pacientů a dobrá uvedlo 29,4 % (37) pacientů. Odpověď dostatečná nezvolil žádný pacient, nedostatečná odpovědělo 2,4 % (3) pacientů uzavřeného oddělení.



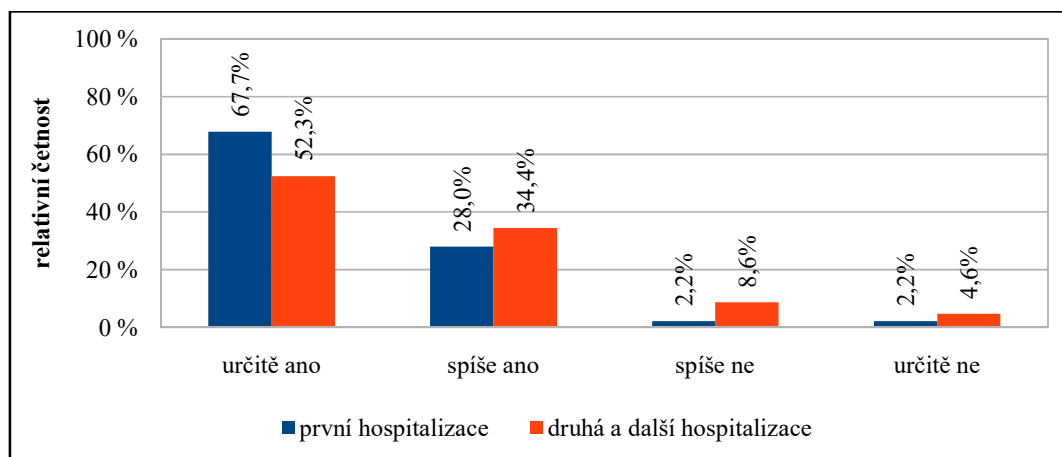
Graf 39b Hodnocení celkové péče podle hospitalizace

Graf 39b ukazuje, jak by pacienti při první a další hospitalizaci celkově ohodnotili péči, která jim byla věnována. Při první hospitalizaci hodnotilo celkovou péči jako výbornou 45,2 % (60) pacientů, velmi dobrá byla celková péče pro 38,7 % (36) pacientů, dobrá pro 12,9 % (12) pacientů a dostatečná neodpověděl žádný pacient. Odpověď nedostatečná zvolilo 3,2 % (3) pacientů při první hospitalizaci.

Při druhé a další hospitalizaci byla celková péče výborná pro 39,7 % (60), velmi dobrá pro 31,8 % (48) a odpověď dobrá uvedlo 25,2 % (38) pacientů. Odpověď dostatečná zvolilo 2 % (3) pacientů, nedostatečná odpovědělo 1,3 % (2) pacientů při druhé a další hospitalizaci.

Otázka 40 Doporučil/a byste tuto nemocnici rodině nebo přátelům?**Graf 40a Doporučení nemocnice podle oddělení**

Graf 40a ukazuje, jestli by pacienti otevřeného a uzavřeného oddělení doporučili nemocnici své rodině a přátelům. Na otevřeném oddělení by nemocnici určitě doporučilo 59,3 % (70) pacientů, spíše ano odpovědělo 33,9 % (40), spíše ne 2,5 % (3) a určitě ne 4,2 % (5) pacientů. Na uzavřeném oddělení by nemocnici určitě doporučilo 62,7 % (79) pacientů, spíše ano odpovědělo 27 % (34), spíše ne 3,2 % (4) a určitě ne 7,1% (9) pacientů.

**Graf 40b Doporučení nemocnice podle hospitalizace**

Graf 40 ukazuje, jestli by pacienti při první a další hospitalizaci doporučili nemocnici své rodině a přátelům. Při první hospitalizaci by nemocnici určitě doporučilo 67,7 % (63) pacientů, spíše ano odpovědělo 28 % (26), spíše ne 2,2 % (2) a určitě ne 2,2 % (2) pacientů. Při druhé a další hospitalizaci by nemocnici určitě doporučilo 52,3 % (79) pacientů, spíše ano odpovědělo 34,4 % (52), spíše ne 8,6 % (13) a určitě ne 4,6 % (7) pacientů.

Ověření hypotézy H1:

Hypotéza H0: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza HA: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Pro stanovení hladiny významnosti jsme zvolili 0,05 (5 %)

Jako nejvhodnější testovací kritérium pro ověření jsme použili Pearsonův chí-kvadrát test.

K ověření platnosti hypotézy jsme si zvolili tyto otázky 23 - Když položíte zdravotní sestře důležitou otázku, dostanete odpověď, které rozumíte?, 24 - Pokud máte strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo léčby, je zdravotní sestra ochotná si s Vámi promluvit?, 25 - Hovoří před Vámi zdravotní sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/přítomna?, 26 - Máte důvěru ke zdravotním sestřím, které Vás ošetřují?, 27 - Stalo se Vám, že jste dostal/a během svého pobytu v nemocnici od zdravotního personálu protichůdné informace?, 28 - Vyhovuje Vám dosažitelnost personálu v nemocnici?

Tabulka 3 Pozorované četnosti odpovědí všeobecné sestry

Hospitalizace	Spokojenost					Celkem
	Vždy	Většinou	Občas	Nikdy	Neptal/a jsem se	
Otevřené oddělení	46	58	14	0	0	118
Uzavřené oddělení	68	41	17	0	0	126
Celkem	114	99	31	0	0	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,41 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s odpovědí sestry u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 4 Pozorované četnosti ochoty všeobecné sestry při potížích

Spokojenost							
Hospitalizace	Vždy	Většinou	Občas	Nikdy	Neptal/a jsem se	Neměl/a jsem strach ani obavy	Celkem
Otevřené oddělení	61	34	10	12	0	1	118
Uzavřené oddělení	69	48	0	0	0	9	126
Celkem	130	82	10	12	0	10	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,57 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s ochotou sestry promluvit si při potížích u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 5 Pozorované četnosti odpovědi chování všeobecné sestry v přítomnosti pacienta

Spokojenost				
Hospitalizace	Často	Občas	Nikdy	Celkem
Otevřené oddělení	7	22	89	118
Uzavřené oddělení	0	31	95	126
Celkem	7	53	184	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 1,45 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v odpovědi, jestli sestra hovoří s pacientem, jako by nebyl přítomen u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 6 Pozorované četnosti odpovědí důvěry k všeobecným sestřám

Spokojenost					
Hospitalizace	Určitě ano	Většinou ano	Většinou ne	Vůbec ne	Celkem
Otevřené oddělení	78	34	6	0	118
Uzavřené oddělení	76	45	5	0	126
Celkem	154	79	11	0	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno $p < 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,03 %, proto je možné nulovou hypotézu zamítnout ve prospěch alternativní. Existuje statisticky významný rozdíl v důvěře pacientů k sestřám u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 7 Pozorované četnosti odpovědí protichůdných informací od personálu

Spokojenost				
Hospitalizace	Často	Občas	Nikdy	Celkem
Otevřené oddělení	2	35	81	118
Uzavřené oddělení	0	27	99	126
Celkem	2	62	180	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 10,15 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl u odpovědí, jestli dostal pacient od personálu protichůdné informace s u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 8 Pozorované četnosti odpovědí dosažitelnosti personálu

Spokojenost						
Hospitalizace	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Nevím	Celkem
Otevřené oddělení	60	51	4	3	0	118
Uzavřené oddělení	82	38	0	0	6	126
Celkem	142	89	4	3	6	244

Pomocí Pearsonova chí - kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí - kvadrát 0,30 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s dosažitelností personálu u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Na základě vyhodnocených údajů hypotézu, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných zdravotních sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních **zamítáme**. Rozdíly v četnosti odpovědí u pacientů na otevřených a uzavřených odděleních **mohou být vlivem náhody**.

Ověření hypotézy H2:

Hypotéza H0: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem lékařů u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza HA: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem lékařů u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Pro stanovení hladiny významnosti jsme zvolili 0,05 (5 %)

Jako nejvhodnější testovací kritérium pro ověření jsme použili Pearsonův chí-kvadrát test.

K ověření platnosti hypotézy jsme použily otázky: 16 - Znáte svého ošetřujícího lékaře?, 17 - Vyhovuje Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvuje?, 18 - Jak byste ohodnotil/a Váš vztah k ošetřujícím lékařům?, 19 - Když dáte lékaři důležitou otázku, dostanete odpověď, které rozumíte?, 20 - Pokud máte strach ze svého stavu nebo léčby, je lékař ochoten si s Vámi promluvit?, 21 - Hovoří před Vámi lékař tak, jako byste nebyl přítomen/ přítomna?, 22 - Hovoří s Vámi lékař každý den?, 27 - Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v nemocnici od zdravotnického personálu protichůdné informace?, 28 - Vyhovuje Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v nemocnici?

Tabulka 9 Pozorované četnosti odpovědí znalosti ošetřujícího lékaře

Hospitalizace	Spokojenost			Celkem
	Ano, znám ho jménem	Ano, ale neznám ho jménem	Ne, nevím, kdo je můj ošetřující lékař	
Otevřené oddělení	105	8	5	118
Uzavřené oddělení	102	10	14	126
Celkem	207	18	19	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 11,82 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve znalosti lékaře u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 10 Pozorované četnosti odpovědí frekvence návštěv lékaře

Hospitalizace	Spokojenost		Celkem
	Ano	Ne	
Otevřené oddělení	102	16	118
Uzavřené oddělení	112	14	126
Celkem	214	30	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 56,6 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s četností návštěv lékaře u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 11 Pozorované četnosti odpovědí důvěry k lékaři

Hospitalizace	Spokojenost				Celkem
	Velmi dobrý	Dobrý	Nepříliš dobrý	Špatný	
Otevřené oddělení	47	54	13	4	118
Uzavřené oddělení	41	75	10	0	126
Celkem	88	129	23	4	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 4,67 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl s vnímáním důvěry k lékaři u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 12 Pozorované četnosti odpovědí odpovědi lékaře, které pacient rozumí

Spokojenost						
Hospitalizace	Vždy	Většinou	Občas	Nikdy	Neptal/a jsem se	Celkem
Otevřené oddělení	54	44	18	0	2	118
Uzavřené oddělení	68	44	7	0	7	126
Celkem	122	88	25	0	9	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno $p < 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,06 %, proto je možné nulovou hypotézu zamítnout ve prospěch alternativní. Existuje statisticky významný rozdíl v získání odpovědi lékaře u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních nemocnic.

Tabulka 13 Pozorované četnosti odpovědí ochoty lékaře odpovědět na položenou otázku

Spokojenost							
Hospitalizace	Vždy	Většinou	Občas	Neměl/a jsem strach ani obavy	Nikdy	Neptal/a jsem se	Celkem
Otevřené oddělení	73	25	10	3	3	4	118
Uzavřené oddělení	92	10	14	3	7	0	126
Celkem	165	35	24	6	10	4	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 1,20 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v ochotě lékařů promluvit si s pacientem při potížích u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 14 Pozorované četnosti odpovědí chování lékaře v přítomnosti pacienta

Spokojenost				
Hospitalizace	Často	Občas	Nikdy	Celkem
Otevřené oddělení	2	30	86	118
Uzavřené oddělení	0	24	102	126
Celkem	2	54	188	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 15,18 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v odpovědi, jestli hovoří lékař s pacientem, jako by nebyl přítomen u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 15 Pozorované četnosti odpovědí frekvence rozhovoru pacienta s lékařem

Spokojenost			
Hospitalizace	Ano	Ne	Celkem
Otevřené oddělení	36	82	118
Uzavřené oddělení	38	88	126
Celkem	74	170	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 95,26 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v odpovědi, jestli lékař hovoří s pacientem každý den u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 16 Pozorované četnosti odpovědí protichůdných informací od personálu

Spokojenost				
Hospitalizace	Často	Občas	Nikdy	Celkem
Otevřené oddělení	2	35	81	118
Uzavřené oddělení	0	27	99	126
Celkem	2	62	180	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 10,15 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl u odpovědí, jestli dostal pacient od personálu protichůdné informace u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Tabulka 17 Pozorované četnosti odpovědí dosažitelnosti personálu v nemocnici

Hospitalizace	Spokojenost					Celkem
	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne	Nevím	
Otevřené oddělení	60	51	4	3	0	118
Uzavřené oddělení	82	38	0	0	6	126
Celkem	142	89	4	3	6	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,12 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s dosažitelností personálu u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Na základě vyhodnocených údajů hypotézu, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných zdravotních sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních **zamítáme**. Rozdíly v četnosti odpovědí u pacientů na otevřených a uzavřených odděleních **mohou být vlivem náhody**.

Ověření hypotézy H3:

Hypotéza H0: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou péčí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou péčí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Pro stanovení hladiny významnosti jsme zvolili 0,05 (5 %)

Jako nejvhodnější testovací kritérium pro ověření jsme použili Pearsonův chí-kvadrát test.

K ověření platnosti hypotézy jsme použili otázky 29 - Chtěl/a byste být více zapojen/a do rozhodování o léčbě? a 30 - Mají Vaši příbuzní dostatek příležitostí pohovořit si s lékařem?

Tabulka 18 Pozorované četnosti odpovědí ochoty pacienta rozhodovat o léčbě

Spokojenost				
Hospitalizace	Ano	Ne	Nevím	Celkem
Otevřené oddělení	59	27	32	118
Uzavřené oddělení	65	23	38	126
Celkem	124	50	70	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 64,45 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v ochotě pacientů se zapojit do rozhodování o léčbě u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních nemocnic.

Tabulka 19 Pozorované četnosti odpovědí možnosti blízkých hovořit s lékařem

Spokojenost				
Hospitalizace	Ano	Ne	Nevím	Celkem
Otevřené oddělení	75	6	37	118
Uzavřené oddělení	72	12	42	126
Celkem	147	18	79	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 34,69 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s příležitostí blízkých pacienta pohovořit si s lékařem u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních nemocnic. Na základě vyhodnocených údajů hypotézu, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou bezpečnou péčí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních **zamítáme**. Rozdíly v četnosti odpovědí u pacientů na otevřených a uzavřených odděleních **mohou být vlivem náhody**.

Ověření hypotézy H4:

Hypotéza H0: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se zajištěním soukromí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Hypotéza HA: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se zajištěním soukromí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Testování hypotézy proběhlo na hladině významnosti 0,05 (5 %).

Jako nejvhodnější testovací kritérium pro ověření jsme použili Pearsonův chí-kvadrát test. K ověření platnosti hypotézy jsme použili otázky 31 - Máte dostatek soukromí, když s Vámi lékař probírá zdravotní stav nebo léčbu?, 32 - Máte dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?

Tabulka 20 Pozorované četnosti odpovědí dostatek soukromí při rozhovoru s lékařem

Soukromí					
Hospitalizace	Vždy	Občas	Nikdy	Lékař se mnou zatím nehovořil	Celkem
Otevřené oddělení	66	42	10	0	118
Uzavřené oddělení	76	38	0	12	126
Celkem	142	80	10	12	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno $p < 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,08 %, proto je možné nulovou hypotézu zamítnout ve prospěch alternativní. Existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se zajištěním soukromí, při rozhovoru s lékařem na otevřeném a uzavřeném oddělení psychiatrických nemocnic.

Tabulka 21 Pozorované četnosti odpovědí dostatek soukromí při vyšetření nebo léčbě

Soukromí				
Hospitalizace	Vždy	Občas	Nikdy	Celkem
Otevřené oddělení	71	37	10	118
Uzavřené oddělení	82	39	5	126
Celkem	153	76	15	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno $p < 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 0,01%, proto je možné nulovou hypotézu zamítnout ve prospěch alternativní. Existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se zajištěním soukromí, při rozhovoru s lékařem na otevřeném a uzavřeném oddělení psychiatrických nemocnic.

Na základě vyhodnocených údajů hypotézu, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se zajištěním soukromí **přijímáme**. Existuje statisticky významný rozdíl se zajištěním soukromí na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic.

Ověření hypotézy H5:

Hypotéza H0: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a u pacientů, kteří jsou hospitalizováni více než jednou.

Hypotéza HA: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a pacientů, kteří jsou hospitalizováni více než jednou.

Testování hypotézy proběhlo na hladině významnosti 0,05 (5 %).

Jako nejvhodnější testovací kritérium pro ověření jsme použili Pearsonův chí-kvadrát test.

K ověření platnosti hypotézy jsme použili otázky 38 - Jak hodnotíte postoj celého personálu nemocnice a 39 - Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám byla věnována?

Tabulka 22 Pozorované četnosti odpovědí hodnocení celkového postoje personálu

Spokojenost					
Hospitalizace	Výjimečně velká	Velká	Malá	Nedostatečná	Celkem
První hospitalizace	30	58	2	3	93
Druhá a další hospitalizace	41	94	10	6	151
Celkem	71	152	12	9	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 40,5 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v hodnocení personálu u pacientů hospitalizovaných poprvé a pacientů hospitalizovaných vícekrát.

Tabulka 23 Pozorované četnosti odpovědí celkového hodnocení péče

Hospitalizace	Spokojenost					Celkem
	Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Dostatečná	Nedostatečná	
První hospitalizace	42	36	12	1	3	94
Druhá a další hospitalizace	59	48	38	3	2	150
Celkem	101	84	50	4	5	244

Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možno přijmout, dosažená hladina významnosti $p > 0,001$ (0,1 %), chí-kvadrát 14,68 %, lze tedy konstatovat, že není statisticky významný rozdíl v celkovém hodnocení péče u pacientů hospitalizovaných poprvé a pacientů hospitalizovaných dvakrát a více.

Na základě vyhodnocených údajů hypotézu, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a pacientů hospitalizovaných více než jednou **zamítáme**. Rozdíly v četnosti odpovědí u pacientů hospitalizovaných poprvé a pacientů hospitalizovaných podruhé a vícekrát **mohou být vlivem náhody**.

3 Diskuze

Na základě cílů, které jsme si stanovili a vytvořených hypotéz jsme provedli dotazníkové šetření a zjistili, zda byly hypotézy potvrzeny nebo vyvráceny. Diplomová práce se zabývá hodnocením spokojenosti hospitalizovaných pacientů s poskytovanou péčí, výzkum probíhal ve dvou psychiatrických nemocnicích, srovnatelných velikostí i spektrem pacientů a poskytované péče. Spokojeností hospitalizovaných pacientů se v České republice zabývá projekt „Kvalita očima pacientů“. Tento projekt hodnotí nejen spokojenost pacientů hospitalizovaných v nemocnicích, ale také spokojenost ambulantních pacientů. Míra spokojenosti pacientů nám podává informaci o kvalitě zařízení, ve kterém je pacient hospitalizován. Vnímání pacienta je většinou subjektivní, vnímá hlavně uspokojování svých potřeb, empatii a ochotu personálu a míru jeho citlivosti k pacientovým potřebám. Proto by mělo být pro každé zdravotnické zařízení důležité mít kvalitu nastavenou tak, aby byl pacient spokojen. Cílem práce bylo zjistit, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s poskytovanou péčí a jestli oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, ovlivňuje jeho spokojenost.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných sester u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrické nemocnice. K této hypotéze se vztahují otázky č. 23, 24, 25, 26, 27 a 28. Z hodnocení otázky, zda jsou pacienti spokojeni s odpovědí všeobecné sestry na položenou otázku je patrné, že jsou pacienti s touto odpovědí většinou spokojeni. Rozdíly jsou patrné mezi otevřeným oddělením a uzavřeným oddělením, kdy bylo na otevřeném oddělení vždy spokojeno 39 % pacientů a 54 % na oddělení uzavřeném, občas bylo s odpovědí všeobecné sestry spokojeno 49,2 % pacientů otevřeného a 32,5 % uzavřeného oddělení. Celkově byli pacienti s odpovědí sestry spokojeni. Nespokojen nebyl žádný pacient uzavřeného ani otevřeného oddělení. Ochota všeobecných sester promluvit si v případě, že má pacient strach ze svého zdravotního nebo léčby, byla vnímána pozitivně. Mezi uzavřeným a otevřeným oddělením nebyl statisticky významný rozdíl. Na otevřeném oddělení vnímalo vždy ochotu všeobecných sester promluvit si 65,6 % pacientů, občas 19,4 % pacientů. Na uzavřeném oddělení byla vždy všeobecná sestra ochotná si promluvit u 45,7 % pacientů, občas u 39,1 % pacientů. Nespokojeno s ochotou sester promluvit si bylo minimum pacientů, mezi otevřeným a uzavřeným nebyl téměř rozdíl. Podle průzkumu projektu Kvalita očima pacientů z roku 2010 je někdy problémem komunikace

všeobecných sester s pacientem. V roce 2010 bylo v tomto výzkumu se všeobecnými sestrami spokojeno 73,3 % pacientů, na otevřených odděleních bylo spokojeno 83,2 % pacientů a na uzavřených 71,5 % pacientů. Vnímání špatné komunikace všeobecných sester s pacientem potvrzuje i výzkum Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011), ve kterém bylo s komunikací se všeobecnými sestrami spokojeno 63 % pacientů. V naší práci byly výsledky podobné, více než polovina hospitalizovaných pacientů byla spokojena s odpovědí sestry na podanou otázku. Roli mohl sehrát fakt, že se v poslední době nemocnice na komunikaci více zaměřují a sestry prochází často školením, jak s pacienty komunikovat a mění se celkově přístup nejen managementu nemocnic, ale i personálu k pacientům. Při hodnocení otázky, zda se všeobecné sestry chovají, jako by pacient nebyl přítomen, odpovědělo 75,4 % pacientů otevřeného i uzavřeného oddělení, že se to nestalo nikdy. Na otevřeném oddělení odpovědělo 5,9 % pacientů, že se tak sestry chovají často. Při porovnání otevřených a uzavřených oddělení nebyl statisticky významný rozdíl. Protichůdné informace od personálu nedostala nikdy většina pacientů. V odpovědích na otázku, zda mají pacienti důvěru k sestrám, které je ošetrovaly, nejsou významné rozdíly. Důvěru k sestrám má 66,1 % pacientů otevřeného a 60,3 % uzavřeného oddělení. V odpovědích nebyl statisticky významný rozdíl. V otázce důvěry ke všeobecným sestrám bylo minimum odpovědí značících, že pacienti sestrám nedůvěřují. Podle Aikena et al. (2017), který provedl v roce 2010 v Anglii výzkum spokojenosti se zdravotnickým personálem, je důvěra důležitým faktorem ovlivňujícím spokojenost pacientů. Ve výzkumu, který provedl, bylo se zdravotnickým personálem spokojeno 72 % pacientů, výsledky se tedy o mnoho neliší od našeho výzkumu. Ve výzkumu Kvalita očima pacientů z roku 2010 důvěřovalo všeobecným sestrám 73 % pacientů na otevřeném a 61 % pacientů na uzavřeném oddělení. Tyto výsledky jsou podobné jako v našem výzkumu z čehož vyplývá, že pacienti důvěřují sestrám stále stejně, tento trend se nezhoršuje ani nezlepšuje. V otázce dosažitelnosti zdravotnického personálu byla spokojena více než polovina pacientů otevřeného a uzavřeného oddělení, určitě nebylo spokojeno pouze 3 % pacientů otevřeného oddělení. Podle Mařanové (2012), která ve své práci zkoumala vliv chování všeobecných sester na spokojenost pacientů, existuje vztah mezi jednáním sestry a spokojeností pacientů a tento vztah se odráží i na vnímání nemocnice jako celku.

Hypotéza 1, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem všeobecných sester na otevřených a uzavřených odděleních nemocnic se nepotvrdila. Hypotézu 1 zamítáme.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem lékařů u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrické nemocnice.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27, a 28. Na otázku, zda zná pacient svého ošetřujícího lékaře jménem, odpověděla většina pacientů kladně (89 % na otevřeném oddělení a 81 % pacientů na uzavřeném oddělení). Svého lékaře znalo, ale nikoliv jménem, 6,8 % pacientů otevřeného a 7,9 % uzavřeného oddělení, kdo je pacientův ošetřující lékař nevědělo 4,2 % pacientů otevřeného a 11,1 % uzavřeného oddělení. Z toho vyplývá, že většina pacientů lékaře zná. Neznalost jména lékaře může být způsobena povahou onemocnění pacienta, kdy někteří pacienti hospitalizovaní na psychiatrii mají snížené kognitivní funkce. Vzhledem k tomu, že na uzavřených odděleních jsou většinou hospitalizovaní pacienti s horším průběhem onemocnění, může s tímto korespondovat množství negativních odpovědí. Nicméně z výzkumu v projektu Kvalita očima pacientů (2010) vyplývá, že v našem prostředí je nepředstavení se personálu nemocnice pacientům častým prohřeškem. Nepředstavení se lékaře pacientovi může mít vliv na vnímání komunikace lékaře s pacientem a následné důvěry. V tomto výzkumu lékaře znalo jménem 89 % s pacientů otevřeného a 81 % pacientů uzavřeného oddělení. Pacienti jsou na odděleních psychiatrických nemocnic hospitalizováni delší dobu, je zde určitě prostor pro seznámení se s lékařem. Na otázku, jestli pacientům vyhovuje, jak často je lékař navštěvuje, odpovědělo 49,2 % pacientů otevřeného oddělení a 88,9 % uzavřeného oddělení kladně. Nespokojených pacientů s frekvencí návštěv lékaře je 50,8 % pacientů na otevřeném a 9,9 % na uzavřeném oddělení. Na otevřeném oddělení psychiatrických nemocnic chodí pacienti častěji na denní programy mimo areál nemocnice, může se proto stát, že lékaře vidí méně často než pacienti uzavřeného oddělení, současně mohou být vnímáni jako pacienti, kteří již nepotřebují tolik péče. Na otázku, jak by pacienti ohodnotili vztah k lékaři z hlediska důvěry, označila 39,8 % pacientů otevřeného a 32,5 % uzavřeného oddělení jako výborný, jako dobrý označilo vztah z hlediska důvěry 45,8 % pacientů otevřeného a 59,5 % uzavřeného oddělení. Jako nepříliš dobrý označilo vztah k lékaři 11 % pacientů otevřeného a 7,8 % pacientů uzavřeného oddělení. Pro 3,4 % pacientů otevřeného

oddělení byl tento vztah špatný. Podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) by měl být vztah lékaře a pacienta založen na principech důvěry, pochopení a vcítění se. Mareš (2009) uvádí, že důvěra pacienta v lékaře podporuje jeho spokojenost s poskytovanou péčí, společně s respektem, přesvědčením, že ho lékař bere vážně a vnímá pacienta jako lidskou bytost. V případě psychiatrických pacientů jde o vztah dlouhodobý, pacienti vnímají personál jako někoho, kdo jim může pomoci a poradit a ztráta důvěry se v tomto případě může promítnout do oblasti spolupráce s léčbou. Pacienti mají kolem sebe někdy i několik měsíců a let stejný personál a nedůvěra zmenšuje možnost nahlížení na vlastní onemocnění. Odpověď na otázku, kterou pacienti podali lékařům, dostalo vždy 45,8 % pacientů otevřeného a 54 % uzavřeného oddělení, nikdy se nestalo, že pacient nedostal odpověď na otázku položenou lékařem. Otázku lékař nepoložilo 2 % pacientů otevřeného a 6 % uzavřeného oddělení. Podle Ptáčka a Bartůňka (2015) hledá pacient komunikaci „jinde“, pokud mu není lékařem poskytnuta. Jarošová a Winklerová (2013) se ve své práci zabývaly spokojeností pacientů při hospitalizaci. Podle jejich zjištění byli pacienti nejméně spokojeni s poskytováním informací personálem (28 %) pacientů, nejvíce s technickým zajištěním nemocnice (83 %) pacientů. Z toho je patrné, že nemocnice jsou dobře vybaveny po technické stránce, ale možnosti zlepšení je možno hledat v komunikaci s pacientem sdílením informací o zdravotním stavu tak, aby jim pacient rozuměl. Pokud má pacient strach nebo obavy, je si lékař ochoten promluvit u 61,9 % pacientů otevřeného a 73 % uzavřeného oddělení, většinou u 21,2 % pacientů otevřeného a 7,9 % uzavřeného oddělení. Odpověď nikdy zvolilo 2,5 % pacientů na otevřeném a 5,6 % pacientů na uzavřeném oddělení. Podle Čechové a kol. (2011), vnímají pacienti negativně neochotu lékaře promluvit si. V našem výzkumu byly výsledky spíše pozitivní, vždy dostalo odpověď na položenou otázku 46% pacientů otevřeného a 54 % uzavřeného oddělení, občas lékař odpověděl 15 % pacientů otevřeného a 6 % uzavřeného oddělení. Lékaři na psychiatrických odděleních jsou velmi často školeni na komunikaci, znají práci s duševně nemocnými a právě dobrá komunikace s pacientem je základem léčby. Odpovědi na otázku, jestli hovoří lékař s pacientem, jako by nebyl přítomen ukazují, že téměř nikdy se taková situace nestala. Pouze 2 % pacientů odpovědělo, že před ním občas lékař hovořil, jako by nebyl přítomen. Lékaři a zdravotnický personál by měl respektovat osobnost pacienta. Pokud je pacient v místnosti, kde o něm někdo hovoří, jako by nebyl přítomen, snižuje to jeho sebeúctu. Lékař hovořil s pacienty každý den u 31 % pacientů otevřeného a 30 % uzavřeného oddělení. Na psychiatrických odděleních je většinou vizita s lékařem každý

druhý den, lékař navštěvuje každý den pouze pacienty, kteří jsou nově přijatí nebo se jejich stav akutně zhoršil a u pacientů neklidných, kde je nutné pacienta sledovat a upravovat medikaci. Podle Vymětala (2010) je často vizita jeden z mála okamžiků, kdy mohou pacienta vidět. Systém vizit by měl být nastaven tak, aby měl lékař dostatek prostoru s pacientem hovořit a dát pacientovi prostor pro možnost ptát se na svůj zdravotní stav. Pacient má potom pocit, že může být součástí léčby a lépe spolupracuje. Během pobytu v nemocnici nedostalo od personálu protichůdné informace nikdy většina pacientů. Zde je vidět pozitivní posun v komunikaci, kdy personál ví, jaké informace může pacientovi poskytnout a k čemu je kompetentní. Podle Marxe a Vlčka (2013) by měl oznamovat každý vedoucí pracoviště požadavky na personální zdroje tak, aby zajistil přiměřený počet personálu. Nepochází tak k časové tísní, kdy může vzniknout prostor k vytváření dezinformací a podávání rozdílných informací více lidmi směrem k pacientovi.

Hypotéza 2, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s přístupem lékařů se nepotvrdila. Hypotézu 2 zamítáme. Rozdíly ve výsledcích mohou být vlivem náhody.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou bezpečnou péčí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrické nemocnice.

K této hypotéze se vztahují otázky 29 a 30. Na otázku, zda by chtěli být pacienti více zapojeni do léčby, odpovědělo 50 % pacientů otevřeného oddělení a 52 % uzavřeného oddělení ano. Do rozhodování by nechtělo být zapojeno 22,9 % pacientů na otevřeném oddělení a 18,3 % pacientů na oddělení uzavřeném. Na otevřeném oddělení nevědělo, jestli by chtělo být zapojeno do léčby 27,1 % pacientů a na uzavřeném oddělení 30,2 % pacientů. Ve výzkumu Kvalita očima pacientů z roku 2010 by chtělo být zapojeno do rozhodování o léčbě 39 % pacientů otevřeného a 41 % uzavřeného oddělení. Zdá se tedy, že se pacienti chtějí více zapojovat do rozhodování o léčbě, důvodem může být vývoj společnosti, která vede jedince k větší samostatnosti a možnosti stát se partnerem lékaře, ne jen pasivním příjemcem péče. Mareš (2009) uvádí, že mezi jeden z nezdravotních výsledků, které ovlivňují spokojenost pacienta s poskytovanou péčí, je pacientovo přesvědčení, že může spolurozhodovat o léčbě. Podle Bartůňka a Ptáčka (2015) je prokázána zvýšená spokojenost pacientů, pokud jsou pacienti více zapojeni do rozhodování o vlastní péči. Zlepšuje se kvalita péče, zkracuje se doba hospitalizace a jsou menší náklady na péči. Ale musíme také vzít v úvahu, že ne vždy chce pacient vzít

na svá bedra tíhu rozhodování, u pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních může být nerozhodnost jedním z hlavních rysů základního onemocnění. To nám také potvrzují výsledky našeho výzkumu. Na otázku, zda mají blízcí dostatek příležitostí pohovořit si s lékařem, odpovědělo 63,6 % otevřeného a 51,7 % uzavřeného oddělení kladně, 31,4 % pacientů otevřeného a 33,3 % uzavřeného oddělení nevěděla, jestli mají blízcí dostatek příležitostí pohovořit si s lékařem. Podle 5,1 % pacientů na otevřeném a 9,5 % na uzavřeném oddělení neměli blízcí a příbuzní dostatek příležitostí pohovořit si s lékařem. Vzhledem k tomu, že pacienti psychiatrických nemocnic jsou ze vzdálenějších oblastí, ne vždy se blízcí pacientů dostanou do nemocnice v době, kdy je lékař přítomen. Jak ve své práci uvádějí Winklerová a Jarošová (2013), výsledky odpovědí na otázku informovanosti blízkých pacientů mohou být irelevantní u skupiny pacientů soběstačných nebo samostatně žijících, protože poskytovat informace není jejich rodině zapotřebí. Někteří pacienti jsou v kontaktu s rodinou minimálně a na tuto otázku odpověď neznají. Podle Shulkina et al. (2014) je komunikace s příbuznými důležitá hlavně z důvodu získávání informací životě pacienta mimo nemocnici a může se stát hlavním zdrojem informací.

Hypotéza 3, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s poskytovanou bezpečnou péčí na otevřených a uzavřených odděleních nemocnic se nepotvrdila. Hypotézu 3 zamítáme.

Hypotéza 4: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl se zajištěním soukromí u pacientů hospitalizovaných na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrické nemocnice.

K této hypotéze se vztahují otázky 31 a 32. Na otázku, zda má pacient dostatek soukromí, když s ním lékař probírá zdravotní stav nebo léčbu odpovědělo 55,9 % pacientů otevřeného a 60,3 % uzavřeného oddělení, že má dostatek soukromí vždy, 35,6 % pacientů otevřeného a 30,2 % uzavřeného oddělení mělo dostatek soukromí občas a 8,5 % pacientů na otevřeném oddělení při rozhovoru s lékařem soukromí nemělo. Respekt k soukromí pacienta je velice důležitý. Pacienti mohou vyžadovat soukromí vzhledem k ostatním pacientům, dalšímu personálu nemocnice nebo svým příbuzným. Podle Marx a Vlčka (2013) by měl personál nemocnice znát potřeby soukromí pacientů a respektovat je. Jedním z práv pacientů, které jsou ukotveny zákonem č. 372/2011 Sb. (zákon č. 372/2011) je, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho stud a soukromí. Léčba, konzultace a rozbor pacientova

stavu musí být provedeny diskrétně. Pacient musí odsouhlasit přítomnost osob, které ho přímo neošetřují a to i v zařízeních, která si pacient sám nevybral. Ani v případě, že pacient není schopen vnímat realitu, což může být psychiatrické nemocnici častý jev, není možné se k pacientovi chovat tak, že personál nerespektuje soukromí. Při rozhovoru s lékařem nemělo soukromí 8 % pacientů, tento fakt může být vnímán jako akceptovatelný, ale i to vypovídá o tom, že ne vždy si zdravotnický personál uvědomuje potřebu pacientů na soukromí. Dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby měl podobný počet pacientů jako při rozhovoru o léčbě s lékařem. Sikorová a Filová (2011) ve své práci uvádějí, že zdravotnický personál vnímá zajištění soukromí pozitivněji než pacienti. Zjistily, že 42 % pacientů vnímalo špatné zajištění soukromí, zdravotničtí pracovníci vnímali špatné zajištění soukromí v 25 %. Většina zdravotníků vnímala narušení soukromí hlavně v situacích, kdy docházelo k obnažování těla. Z pohledu pacienta jde také často o všechny situace, kdy chce hovořit s personálem o samotě a nemá důvěru k ostatním zaměstnancům. Kelemen et al. (2016) provedla studii, která se zabývala spokojeností pacienta se zajištěním soukromí při hospitalizaci. Podle jejích zjištění se 96 % personálu neptalo pacientů na otázky z oblasti soukromí při hygieny a 52 % odpovědělo, že nemoc ovlivnila jejich pohled na intimitu. Téměř 96 % pacientů by uvítalo zlepšení v této oblasti.

Hypotéza 4, že existuje statisticky významný rozdíl se zajištěním soukromí u pacientů na otevřených a uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic se potvrdila. Hypotézu 4 přijímáme.

Hypotéza 5: Předpokládáme, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé a u pacientů, kteří jsou hospitalizováni více než jednou.

K této hypotéze se vztahují otázky 38 a 39. Celkově hodnotí pacienti při první a další hospitalizaci postoj celého personálu nemocnice ve většině odpovědí jako soucitný, jako velice soucitný hodnotí postoj třetina pacientů. Schopnost vzbudit dobré pocity byla nedostatečná pro 3 % pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé a pro 4 % pacientů při druhé a další hospitalizaci. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na odděleních psychiatrických nemocnic, jsou mnohdy poznamenáni svou nemocí. Personál, který v těchto zařízeních pracuje, musí vykazovat velkou znalost práce s duševně nemocnými a neustále pracovat se svou motivací tuto práci vykonávat. Podle Harpera

(2016) je komunikace s duševně nemocnými u všeobecných sester a lékařů často svazována historickými zkušenostmi, kdy duševně nemocný byl spíše v podřízené roli. Velkou roli hraje i to, že pacient je do psychiatrické nemocnice přijímán nedobrovolně a činnost systému zasahuje do života pacienta. Ten není dlouhodobě ve svém přirozeném prostředí a má k personálu nedůvěru. Hamilton a Manias (2011) ve své práci uvádí, že laický postoj sestry aktivizuje předsudky a morální hodnocení a současně umožňuje empatii, která je založena na osobních zkušenostech. Empatie se objevuje spíše situačně, podle životních zkušeností a osobnosti. Empatie a schopnost vcítit se do druhého vede k tomu, že se k člověku více přiblížíme. V našem výzkumu vidíme pozitivní výsledky, které mohou ukázat posun ve vnímání personálu duševně nemocného pacienta. Na otázku, jak by pacienti ohodnotili péči, která jim byla věnována, ohodnotilo 45 % procent pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, jako výbornou, pacienti hospitalizovaní podruhé a vícekrát zvolilo tuto možnost 40 % pacientů. Jako velmi dobrou hodnotilo péči 39 % pacientů při první hospitalizaci a 32 % při druhé a další hospitalizaci. Celkově byla péče hodnocena jako pozitivně. Nedostatečná byla poskytnutá péče pro 3 % pacientů poprvé hospitalizovaných a 1 % pacientů hospitalizovaných podruhé a vícekrát. Ve výzkumu Kvalita očima pacientů (2010) bylo s celkovou péčí spokojeno 47,6 % pacientů otevřeného a 42,5 % uzavřeného oddělení. Být léčen s úctou a respektem je přirozenou potřebou všech pacientů, výsledky jsou tedy podobné jako v našem výzkumu. Na celkovém hodnocení péče se promítá péče všech zaměstnanců, nejen všeobecných sester a lékařů. Je důležité si uvědomit, že spokojenost s péčí může záviset také na faktorech, jakými jsou povaha onemocnění, doba hospitalizace a další údaje. U pacientů, kteří trpí duševním onemocněním, se mohou střídát stavy apatie a nadměrné energie, mohou být ovlivněni příznaky onemocnění a tím se může měnit vnímání poskytované péče. Podle Fagina a Garelicka (2014) je ukázán možný rozdíl v práci s pacienty se somatickým onemocněním a onemocněním duševním. V prvním případě můžeme mluvit o fyzické úlevě a odstranění bolesti, což je činnost s konkrétním výsledkem. Na psychiatrických odděleních je třeba sledovat symptomy, udržovat klid pacienta a navazovat kontakt s pacientem, když to potřebuje. Je to práce, kde není výsledek vidět hned a pocit uspokojení z pracovní činnosti se dostavuje obtížněji. To se může projevit na poskytování péče a jejím vnímání. Podle Štěpánové (2010) se pacient při přijetí do nemocnice dostává do podřízené pozice, při necitlivém chování může být i následná poskytovaná péče vnímána negativně. V našem výzkumu byla celková péče vnímána

pozitivně.

Hypotéza 5 že existuje signifikantní rozdíl v hodnocení spokojenosti pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé a pacientů, kteří byli hospitalizováni vícekrát, se nepotvrdila.

Hypotézu 5 zamítáme. Rozdíly ve výsledcích mohou být vlivem náhody.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Je vhodné zabývat se oblastmi, které byly hodnoceny jako méně vyhovující. V našem výzkumu byla spokojenost hospitalizovaných pacientů hodnocena pozitivně, ale každé potencionální riziko a každá jedna negativní zkušenost může mít vliv na spokojenost pacientů.

Doporučení pro managementy nemocnic, ve kterých byl proveden výzkum, jsme shrnuli do dvou oblastí:

Komunikace: komunikace má velký vliv na chování a jednání člověka nejen v osobním životě, ale může se odrážet na zdravotním stavu při pobytu v nemocnici, kdy se pacient cítí nedoceněn nebo přehlížen. Představení se pacientovi je dnes již téměř pravidlo, ale bohužel se stále stává, že pacient dostane od personálu protichůdné informace. Je vhodné posilovat komunikační dovednosti personálu nejen s pacienty, ale také s rodinnými příslušníky. Náš výzkum probíhal v prostředí psychiatrických nemocnic, kde je komunikace náročná, protože pacient nemá vždy na onemocnění náhled a informace je třeba podávat citlivě vzhledem k povaze onemocnění. Komunikace s rodinnými příslušníky je v oblasti psychiatrie klíčová. Můžeme se dozvědět o chování pacienta v domácím prostředí, jeho zvycích a sociálním prostředí. Pokud bude rodina více zapojena, posílí to možnost propusti pacienta dříve do domácího prostředí. Významnou roli sehrává i edukace rodinných příslušníků o projevech onemocnění a jeho léčbě. Další možností zlepšit komunikaci s pacienty je využívat supervize, individuální nebo skupinové. V našem zdravotnictví se zatím se supervizí moc nepracuje, je ale dobrým nástrojem k náhledu na vlastní práci a může být posunem od zaběhlých schémat a odstraněním „provozní slepoty“. V oblasti psychiatrie je tato možnost zatím využívána hlavně v oblasti terénní péče, bylo by vhodné používat jí i v lůžkových zařízeních.

Doporučení:

- Nastavení kompetencí tak, aby každý zaměstnanec věděl, kdy, komu a jaké informace může sdělovat.
- Posílení komunikačních dovedností personálu nejen s pacienty, ale také s rodinnými příslušníky formou školení a seminářů. V této oblasti je potřeba se zaměřit na specifika daného oddělení nebo nemocnice. Vhodná je forma

skupinových setkání nebo workshopů, kdy si mohou zaměstnanci předávat své zkušenosti a získat pohled jiných pracovníků.

- Edukace rodinných příslušníků o projevech onemocnění a jeho léčbě (např. programy Preduca nebo Prelaps).
- Supervize, individuální nebo skupinové.
- Zapojování rodiny do léčby, nácviku sociálních dovedností v době propustek a spolupráci při užívání medikace.

Soukromí: tato oblast je ve zdravotnictví stále opomíjena a personál si mnohdy neuvědomuje, že soukromí pacienta narušuje. Může to změnit chování pacienta, který se necítí dobře a následně hůře spolupracuje při léčbě. Soukromí se netýká pouze zakrytí pacienta, oddělení prostoru a zavřených dveří. Pocit narušení soukromí se často týká sdílení informací o zdravotním stavu s personálem, který není s pacientem v častém kontaktu. Často dochází k tomu, že je při vizitě přítomno více pacientů nebo se personál baví o pacientovi na chodbě v jeho nepřítomnosti. Respekt k soukromí pacienty je povinností každého zdravotníka, ale je odpovědností středního managementu na úrovni staničních a vrchních sester, aby personál v kontaktu s pacienty toto soukromí zajišťoval.

Doporučení:

- Změnit systém ranních vizit tak, aby hovořil lékař pouze s jedním pacientem v přítomnosti nezbytně nutného množství dalších zdravotníků.
- Uvolnit na odděleních místnost, kde by si personál (lékař nebo sestra) mohl pohovořit s pacientem o samotě, tuto místnost je možné využít také jako prostor komunikaci s rodinnými příslušníky.
- Možnost oddělit prostor mezi pacienty pro případ vyšetření na lůžku a nesdílet informace o pacientech před ostatními.

Důležité je také provádět průzkumy spokojenosti pacientů a následně s nimi seznamovat zaměstnance, aby personál věděl, jak péči pacienti hodnotí a kde je prostor pro zlepšení. Průzkumy spokojenosti je vhodné opakovat v časových intervalech za sledování stejných proměnných.

Závěr

Za cíle diplomové práce na téma Spokojenost hospitalizovaných pacientů jako indikátor kvality jsme si dali zjistit, v jaké míře jsou pacienti psychiatrických nemocnic spokojeni s kvalitou péče a jestli oddělení, na kterém jsou pacienti hospitalizováni, ovlivňuje jejich spokojenost s poskytovanou péčí. V první teoretické části byly popsány možnosti sledování kvality a její hodnocení, současně se teoretická část zabývala spokojeností a faktory, které spokojenost ovlivňují a technikami sledování spokojenosti.

Ve výzkumné části byl proveden dotazníkový výzkum, který byl realizován ve dvou psychiatrických nemocnicích. Úvodní části byly věnovány seznámení s metodikou výzkumu, charakteristikou zkoumaného vzorku a charakteristikou prostředí. Dále byla popsána realizace výzkumu. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek s komentáři. Součástí diplomové práce bylo stanovení hypotéz a následně byly výsledky zhodnoceny v diskusi, kde byly porovnány s informacemi popsány v odborné literatuře nebo v jiných výzkumech, které byly zaměřeny na spokojenost hospitalizovaných pacientů.

Bylo stanoveno pět hypotéz. U čtyř jsme předpokládali, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti u pacientů na otevřených a uzavřených odděleních nemocnic. Hypotézy srovnávaly spokojenost pacientů s přístupem všeobecných sester, lékařů, spokojeností s bezpečnou péčí a spokojenost se zajištěním soukromí. Z těchto hypotéz se potvrdila pouze hypotéza čtvrtá, kdy jsme předpokládali, že existuje statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se zajištěním soukromí. V páté hypotéze jsme předpokládali, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti u pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé a pacientů hospitalizovaných vícekrát. Tato hypotéza se nepotvrdila, ve výsledcích není statistický významný rozdíl. Celkově byla hodnocena spokojenost hospitalizovaných pacientů kladně, menší spokojenost byla zaznamenána v oblasti zajištění soukromí a komunikace s pacientem. Obě oblasti patří k těm, na které je často ve zdravotnictví zapomínáno. Jenom to, že je v nemocnici zabezpečena péče na odborné úrovni s nejlepšími postupy a technologiemi pacientovi nestačí. Personál musí být profesionální i v jednání s pacientem, i to vypovídá o kvalitě nemocnice. Kvalita je nikdy nekončící proces a jeho součástí je i pocit pacienta, jak se v nemocnici cítí. Zjištění, že nejsou statisticky významné rozdíly mezi otevřeným a uzavřeným oddělením ani u pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé a vícekrát,

vnímáme jako signál, že je na těchto odděleních poskytována kvalitní péče všem pacientům, nezávisle na povaze onemocnění a opakovaných hospitalizacích.

Dotazníky spokojenosti, jehož modifikaci jsme použili v našem výzkumu, se stávají součástí sledování spokojenosti v nemocnicích. Je to nástroj, který ukazuje managementům nemocnic, kde jsou možné slabé stránky a v jaké oblasti je potřeba rozvíjet. Managementu nemocnic, ve kterých jsme prováděli výzkum, budou navržena možná opatření vedoucí ke zlepšení spokojenosti hospitalizovaných pacientů. Cíle práce byly splněny.

Seznam použité literatury

AIKEN, H. Linda et al. *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study*. [online]. 2017. [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019189.citation-tools>.

AL-ABRI, Raschid a Adeeb AL-BALUSHI. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. In: *Oman Medical Journal*, 2014. 29(1), s 3–7. ISSN 1999-798X.

AHARONY, Lea a Stephen STRASSER. *Patient Satisfaction: What we Know about and What we Still Need to Explore*. Medical Care Research and Review. [online]. 2010. vol. 50, issue 1, s. 49-79 [cit. 2018-10-15]. DOI: 10.1177/002570879305000104. Dostupné z: <http://mcr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/002570879305000104>.

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ, Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BEDNAŘÍK, Milan. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. Praha: Ústav práva a právní vědy, o.p.s. Právo a management, 2018. 45 s. ISBN 978-80-87974-14-8.

BOTJE, Daan, Guus Ten ASBROEK, Thomas PLOCHG, Helen ANEMA, Dionne S. KRINGOS, Claudia FISCHER, Cordula WAGNER a Niek S. KLAZINGA. Are performance indicators used for hospital quality management: a qualitative interview study amonit health professionals and quality managers. In: *The Netherlands. BMC Health Services Research*. [online]. 2016. 16(1-9). [cit. 2018-10-20]. ISSN 1472-6963.

ČECHOVÁ, Dana, Eva DRAGOMERICKÁ, Jana PĚČOVÁ, Ondřej PĚČ, Pavla ŠELEPOVÁ. *Péče o duševní zdraví, metody, hodnocení*. [online]. 2011. [cit. 2018-10-20]. Dostupné z :http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/dotaznik_spokojenosti.pdf 2011.

DAVIDSON, Larry et al. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. 1. vydání. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. 234 s. ISBN 978-80-906574-0-3.

DIENER, Ed. *FAQ –Ed Diener, Subjective Well-Being*. Psych.uiuc.edu. [online]. 2009. [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <http://s.psych.uiuc.edu/~ediener/faq.html#measure>).

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum Press, 2011. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

DOYLE, Cathal, Julie REED, Tom WOODCOCK a Derek BELL. *Understanding chat matters to patients- identifying key patients- perceptions of quality. JRSMS Short* [online]. 2010. 1(1), s. 1-6 [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1258/shorts.2009.100028>.

FAGIN, Leonard a Anthony GARELICK. *The doctor- nurse relationship. Advances in psychiatric treatment*. [online]. 2014. [cit. 2018-09-17]. Dostupné z : <http://cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatmenttreatment/article/doctornurse-relationship>.

GABRIEL, Elena, Mamas THEODOROU a Nikos MIDDLETON. Patient satisfaction from the services provided by the out patient clinics in the public hospitals of Cyprus. In: *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes* [online]. 2012. 29(6), s. 720-730 [cit. 2018-09-17]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?>. ISSN 11053992.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-7357-5.

HALCOMB, J. Elizabeth, Kath PETERS, Deborah DAVIES. *Qualitation evaluation of New Zealand consumers perceptions of general practice nurses* [online]. 2013. [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <http://www.google.cz/urlsa-esrc-source>.

HAMILTON, B., E. MANIAS. „She is manipulative“ and „he is right off“: Critical analysis of psychiatric nurses’s oral and written langure in the acute in pacient setting. In: *International Journal Health Nursing*, 2011. 15(2), s. 84-92. ISSN 2352-0132.

HARPER, David et al. *Learnig to use diskurse analysis on professional psychology training program* [online]. 2016. [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: http://www.psychology.heacademy.ac.uk/docs/pdf/p20061123_lda%20_heaversion.pdf

HEALTH CARE INSTITUT. *O nás*. [online]. 2013. [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: <http://vvv.hc-institute.org/cz/o-nas.html>.

HNÁTEK, Jan. *Komentované vydání ČSN EN ISO 9001:2016 Systémy managementu kvality-Požadavky*. Praha: Česká společnost pro jakost, 2016. 138 s. ISBN 978-80-02-02642-6.

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ, Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing - strategie a trendy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 272 s. ISBN 978-80247-2690-8.

JOINT COMMISSION. *History of The Joint Commission* [online]. 2014. [cit. 2019-02-02]. Dostupné z: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2017.pdf.

KAFKA, Jiří. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Praha: Grada Publishing, 2009. 163 s. ISBN 978-80-7400-121-5.

KELEMEN, Anne, John CAGLE a Hunter GRONINGER. Screening for Intimacy Concerns in a Palliative Care Population: Findings from a Pilot Study. In: *Journal of Palliative Medicine*. [online]. 2016. 19(10), s. 102-105. [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0092>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vydání. Studijní texty. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.

KUZNÍKOVÁ Eva a kolektiv. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha : Grada Publishing, 2011. 209 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

Kvalita očima pacientů. *Psychiatrické léčebny II. díl*. [online]. 2010. [cit. 2019-02-17]. Dostupné z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/KOP_MZ_09_Psych_lecebny_II_dil_public.pdf.

LOUDA, Miroslav. Spokojenost pacientů s postupem zdravotníků. In: *Sestra*, 2013. 23(2), s. 26-27. ISSN 1210-0404.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, 2014. 150 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

MAREŠ, Jiří. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: metody a její využití. In: *Praktický lékař*, 2009. 89(12), s. 668-674. ISSN 0032-6739.

MAREŠ, Jiří. Péče zaměřená na pacienta: obecné aspekty a terminologické problémy. In: *Praktický lékař*, 2017. 97(3), s. 99-108. ISSN 0032-6739.

MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. Vydání. Spojená akreditační komise, o.p.s.: Tigis, spol. s r.o., 2013. 168 s. ISBN 978-80-87323-0405.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ, Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Brno: Psychiatrická léčebna Bohunice, 2010. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MAŘANOVÁ, Kateřina, 2012. *Vliv jednání sester na celkové hodnocení kvality zdravotní péče pacienty*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Ing. Jana Holá, Ph.D.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. [online]. 2012. [cit. 2019-01-23]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb.html>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Spuštění online aplikace ke sledování spokojenosti pacientů*. [online]. 2015. [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/spusteni-online-aplikace-kesledovani-spokojenosti-pacientu-_10408_1.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. [online]. 2017. [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-abezpeci-zdravotnich-sluzeb_2919_29.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Sledování spokojenosti pacientů*. [online]. 2018. [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/sledovani-spokojenostipacientu_2900_29.html.

MÜHLFEIT, Jan. *Pozitivní leader*. Brno: Management Press, 2017. 368 stran. ISBN 978-80-265-0951-4.

NENADÁL, Jaroslav a kol. *Moderní management jakosti: principy, postupy, metody*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2008. 380 s. ISBN 978-807261-186-7.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. In: *Sestra*, 2013. 23(6), 30-31. ISSN 1210-0404.

OSTRAVSKÁ UNIVERSITA V OSTRAVĚ, *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava 2014. 244 s. ISBN 807-464-390-5

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.

RAITER, Tomáš. Projekt KOP otestoval nemocnice, ústavy a léčebny i za rok 2011 - rozhovor. In: *Zdravotnické noviny*, 2012. 61(19), s. 9. ISSN 0044-1996.

RYBOVÁ, Lucie. Kvalita péče v psychiatrických léčebnách. In: *Zdravotnictví v České republice*, 2009. 12(2), s. 42-47. ISSN 1213-6050.

SAK, o.p.s. *Výroční zpráva*. [online]. 2009. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/vyrocnizpravy/>.

SHULKIN, David et al. Eliminating visiting hour restrictions inhospitals. In: *Journal for Healthcare Quality*, 2014. 36(6), s. 54-57. ISSN 1945-1474.

SIKOROVÁ, Lucie a Andrea FILOVÁ. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. In: *Kontakt*, 2011. XIII(2), s. 204-210. ISSN 1212-4117.

SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-4644-9.

STOCKMANN, Reinhard. *Evaluation and Quality Development: Principles of Impact-Based Quality Management*. Frankfurt am Main, 2008. 365 s. ISBN 978-3-631-57693-9.

STRUB, Jörg, Rudolf KERN, Matthias TURP, Jens Christoph WITOWSKI, Siegbert HEYEDECKE, Guido WOLFART. *Protetika I*. Překlad prof. MUDr. Jarmila Procházková, CSc., 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 360 s. ISBN 978-80-247-9915-5.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s., ISBN 8071728411.

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

ŠTĚPÁNOVÁ, Pavla. V blázinci je bláznivý systém. In: *Esprit*, 2010. 15(9-10), s. 12-14. ISSN 1214-2123.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 288 s. ISBN 978-80-27-100-62-0.

TAHAL, Radek a kolektiv. *Marketingový výzkum. Postupy, metody, trendy*. Praha: Grada publishing, 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0206-8.

USELTON, John P., Patricia C. KIENLE, Lee B. MURDAUGH. *Assuring Continuous Compliance with Joint Commission Standards: A Pharmacy Guide* 7.Th. Edition. American Sotiety of Health- Systh. Pharmacisis. Inc., 2010. 168 s. ISBN 1-58528-0.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR 2016*. Praha: ÚZIS ČR, 2016. 140 s. ISSN 1210-8731.

VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. 1. vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Minimální požadavky pro zavedení interního systému kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb ze dne 26. října 2015. In: *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2015a, částka 16, s. 3-6. ISSN 7601.

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb - metodický návod na sebehodnocení ze dne 26. října 2015b. In: *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2015b, částka 16, s. 3-6. ISSN 7601.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada Publishing, 2013. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.

WINKLEROVÁ, Jarmila a Darja JAROŠOVÁ. *Hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí*. [online]. Ostravská univerzita v Ostravě 2013. [cit. 2019-03-13]. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201302-0007_HODNOCENI_SPOKOJENOSTI_PACIENTU_S_OSETROVATELSKOU_PECI.php

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Zákon č.372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*, 2011. ISSN 1211-1244.

ZEMANOVÁ, Vanda a Martin DOLEJŠ. *Životní spokojenost a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 151 s. ISBN 978-80-244-4492-5.

ZVÁRA, Karel. *Biomedicínská statistika IV*. 1. vydání. Universita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2013. 251 s. ISBN 978-80-246-2245-3.

Seznam příloh

Příloha 1 Modifikovaný standardizovaný dotazník Kvalita očima pacientů

Příloha 2 Žádost o povolení použití standardizovaného dotazníku

Příloha 1 Modifikovaný standardizovaný dotazník Kvalita očima pacientů

Vážení respondenti,
jmenuji se Jana Lébllová a jsem studentkou magisterského studia Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit k mé diplomové práci na téma:

Spokojenost pacientů nemocnic jako indikátor kvality.

Dotazník je anonymní a výsledky použiji pouze v rámci své diplomové práce. Zaškrtněte, prosím, vždy pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za spolupráci

Bc. Jana Lébllová

1. Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do nemocnice? ☐ Nečekal/a jsem ☐ Do jednoho týdne ☐ Do jednoho měsíce ☐ Do půl roku ☐ Do roka ☐ Do dvou let ☐ Více než dva roky ☐ Nevím 2. Byl termín Vašeho přijetí do nemocnice změněn? ☐ Ne ☐ Ano, jednou ☐ Ano, 2-3x ☐ Ano, 4x nebo vícekrát ☐ Nevím 3. Zdála se Vám doba čekání do nemocnice vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu: ☐ Příliš dlouhá ☐ Tak akorát ☐ Byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem čekal/a 4. Zhoršily se Vaše zdravotní potíže během čekání na přijetí do nemocnice? ☐ Ano ☐ Ne 5. Jak na Vás působil první kontakt s nemocnicí? Působil na mně: ☐ Velmi dobře a profesionálně ☐ Průměrně ☐ Velmi špatně ☐ Nevzpomínám si 6. Dostal jste během přijetí dostatek informací o Vašem zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby? ☐ Ano ☐ Ano, v omezené míře ☐ Ne, ačkoliv jsem je žádal/a ☐ Ne, nežádal/a jsem informace 7. Jak dlouho jste při příjmu do nemocnice čekal/a na nemocniční lůžko? ☐ Do 15 minut ☐ Méně než 1 hodinu ☐ Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny ☐ Dvě a více hodin ☐ Nepamatuji se	8. Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a organizační plynulost Vašeho přijetí do nemocnice: 1 2 3 4 5 9. Vyhovuje Vám doba ranního buzení? ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Ne ☐ Nevím 10. Vyhovuje Vám doba návštěv? ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Ne ☐ Nevím 11. Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla? ☐ Velmi dobrá ☐ Spíše dobrá ☐ Spíše špatná ☐ Velmi špatná ☐ Nemocniční stravu nejím 12. Máte dietu? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím 13. Jaké množství jídla dostáváte? ☐ Příliš mnoho ☐ Přiměřeně ☐ Příliš málo ☐ Nemocniční stravu nejím 14. Vyhovuje Vám doba podávání jídel? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nemocniční stravu nejím 15. Jste celkově spokojen/a s takovými službami nemocnice, jako např. možnost telefonovat, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.? ☐ Velmi spokojen/a ☐ Spíše spokojen/a ☐ Spíše nespokojen/a ☐ Zcela nespokojen/a ☐ Nevím
---	---

Vysoká škola polytechnická Jihlava

16. Znáte svého ošetřujícího lékaře? ☐ Ano, znám ho jménem ☐ Ano, ale neznám ho jménem ☐ Ne, nevím, kdo je můj ošetřující lékař 17. Vyhovuje Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvuje? ☐ Ano ☐ Ne 18. Jak byste zhodnotil/a Váš vztah k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry? Můžete říct, že Váš vztah je: ☐ Velmi dobrý ☐ Dobrý ☐ Nepříliš dobrý ☐ Špatný 19. Když položíte lékaři důležitou otázku, dostanete odpověď, které rozumíte? ☐ Vždy ☐ Většinou ☐ Občas ☐ Nikdy ☐ Neptal/a jsem se 20. Pokud máte strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, je lékař ochotný si s Vámi promluvit? ☐ Vždy ☐ Většinou ☐ Občas ☐ Nikdy ☐ Nemám strach ani obavy 21. Hovoří před Vámi lékař tak, jako byste nebyl/a přítomen/a? ☐ Často ☐ Občas ☐ Nikdy 22. Hovoří s Vámi lékař každý den? ☐ Ano ☐ Ne 23. Když položíte zdravotní sestře důležitou otázku, dostanete odpověď, které rozumíte? ☐ Vždy ☐ Většinou ☐ Občas ☐ Nikdy ☐ Neptal/a jsem se 24. Pokud máte strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, je zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit? ☐ Vždy ☐ Většinou ☐ Občas ☐ Nikdy ☐ Neměl/a jsem strach ani obavy 25. Hovoří před Vámi zdravotní sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/a? ☐ Často ☐ Občas ☐ Nikdy	26. Máte důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřují? ☐ Určitě ano ☐ Většinou ano ☐ Většinou ne ☐ Vůbec ne 27. Stalo se vám, že jste dostal/a během pobytu v nemocnici od zdravotního personálu (lékařů, sester), protichůdné informace? ☐ Často ☐ Občas ☐ Nikdy 28. Vyhovuje Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v nemocnici? ☐ Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím 29. Chtěl/a byste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím 30. Mají Vaši blízcí dostatek příležitostí pohovořit si s lékařem? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím 31. Máte dostatek soukromí, když s Vámi lékař probírá zdravotní stav nebo léčbu? ☐ Vždy ☐ Občas ☐ Nikdy ☐ Lékař se mnou zatím nehovořil 32. Máte dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby? ☐ Vždy ☐ Občas ☐ Nikdy 33. Jak jste celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál poskytl pomoc, když jste ji potřeboval/a? ☐ Velmi spokojen/a ☐ Spíše spokojen/a ☐ Spíše nespokojen/a ☐ Zcela nespokojen/a ☐ Nepotřeboval/a jsem pomoc 34. Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného? ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím 35. Jak jste spokojen/a s tím, jak nemocnice zajistila Vaše duchovní potřeby? ☐ Velmi spokojen/a ☐ Spíše spokojen/a ☐ Spíše nespokojen/a ☐ Zcela nespokojen/a
---	--

Vysoká škola polytechnická Jihlava

36. Pokud jste byl předem informován/a o vyšetření či zákroku, který jste měl/a podstoupit, stalo se, že jeho termín nebyl dodržen? ☐ Často se stalo, že termín nebyl dodržen ☐ Občas se stalo, že termín nebyl dodržen ☐ Jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen ☐ Termíny byly vždy dodrženy ☐ Žádné zákroky či vyšetření jsem nepodstoupil/a ☐ O vyšetřeních či zákrocích jsem nebyl informován/a 37. Cítíte, že celkově jste léčen/a s úctou a respektem? ☐ Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne 38. Jak hodnotíte postoj celého personálu této nemocnice? Řekl/a byste, že postoj je soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás dobré pocity je: ☐ Výjimečně velká ☐ Velká ☐ Malá ☐ Nedostatečná	39. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám je poskytována? ☐ Výborná ☐ Velmi dobrá ☐ Dobrá ☐ Dostatečná ☐ Nedostatečná 40. Doporučil/a byste tuto nemocnici rodině nebo přátelům? ☐ Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne
---	--

Sociodemografické charakteristiky:

- ☐ Muž
- ☐ Žena

Jako dlouho jste hospitalizovaný/á :

- ☐ Méně než měsíc
- ☐ Méně než půl roku
- ☐ Méně než rok
- ☐ Více než rok

O kolikátou hospitalizaci se u Vás jedná?

- ☐ První
- ☐ Druhou
- ☐ Více než druhou

Příloha 2 Žádost o povolení použití standardizovaného dotazníku

tomas.raiter@volny.cz tomas.raiter@volny.cz

Komu:jana.l.hejtmankova@seznam.cz

Vážená paní Léblová,
souhlasím s použitím dotazníku Kvalita očima pacientů (psychiatrické léčebny) pro účely zpracování Vaší diplomové práce. Při použití dotazníku prosím uveďte do diplomové práce zdroj dotazníku. Děkuji.

S pozdravem a přáním studijních úspěchů

RNDr. Tomáš Raiter
řešitel projektů ve zdravotnictví
Přirozený Porod v Porodnici
Kvalita Očima Pacientů
Kvalita Pracovního Života
Opletalova 9, 110 00 Praha 1
tel: +420 774 203 543
e-mail: raiter@hodnoceni-nemocnic.cz
www.hodnoceni-nemocnic.cz

From:jana.l.hejtmankova@seznam.cz<jana.l.hejtmankova@seznam.cz>
Sent:Friday, April 6, 2018 9:56 PM
To: tomas.raiter@volny.cz
Cc: raiter@stemmark.cz
Subject: dotazník

Dobrý den,
jmenuji se Jana Léblová a jsem studentkou prvního ročníku navazujícího magisterského studia obor Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnictví na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala *Spokojenost pacientů psychiatrických nemocnic jako indikátor kvality*.
Tímto bych Vás chtěla požádat, jestli bych k výzkumné části mohla použít dotazník, zpracovaný Vámi pro projekt "Kvalita očima pacientů-psychiatrické léčebny. Fakulta, kde studuji, preferuje v diplomových pracích standardizovaný dotazník a velice by mi to pomohlo.
Děkuji předem za odpověď a přeji hezký den
S pozdravem Jana Léblová