

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetřovatelství

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA CHIRURGICKÉ
AMBULANCI Z POHLEDU PACIENTŮ

Bakalářská práce

Autor práce: Jana Dvořáková

Vedoucí práce: PhDr. Radka Pokojová, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jana Dvořáková
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Ošetrovatelská péče na chirurgické ambulanci z pohledu pacientů
Vedoucí práce:	PhDr. Radka Pokojová, Ph.D.
Cíl práce:	Zmapovat a analyzovat zkušenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgické ambulanci, identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují jejich spokojenost a na základě získaných poznatků navrhnout doporučení ke zlepšení kvality péče poskytované všeobecnými sestrami.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí poskytovanou všeobecnými sestrami na chirurgické ambulanci z pohledu pacientů. Cílem práce bylo zhodnotit úroveň ošetrovatelské péče a zjistit faktory ovlivňující spokojenost pacientů.

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku chirurgické ambulance, roli všeobecné sestry, komunikaci s pacientem, edukaci pacienta a prevenci infekce.

Praktická část byla realizována formou kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořilo 154 respondentů. Výsledky ukázaly, že pacienti hodnotí ošetrovatelskou péči poskytovanou všeobecnými sestrami převážně pozitivně, zejména v oblasti komunikace, odbornosti a empatického přístupu. Jako nejčastější negativní faktor byla respondenty uváděna dlouhá čekací doba na vyšetření. Na základě výsledků byla navržena doporučení pro praxi zaměřená na zlepšení organizace péče a zvýšení spokojenosti pacientů.

Klíčová slova

Hodnocení spokojenosti; kvalita; ošetrovatelská péče; pacient; všeobecná sestra; edukace; komunikace; chirurgická ambulance.

Abstract

The bachelor's thesis deals with nursing care provided by general nurses in a surgical outpatient clinic from the perspective of patients. The aim was to evaluate the level of nursing care and determine the factors influencing patient satisfaction.

The theoretical part focuses on the characteristics of a surgical outpatient clinic, the role of a general nurse, communication with the patient, patient education and infection prevention.

The practical part was carried out in the form of quantitative research using an anonymous questionnaire survey. The research group consisted of 154 respondents. The results showed that patients evaluate the nursing care provided by general nurses mostly positively, especially in the areas of communication, expertise and empathetic approach. The most common negative factor cited by respondents was a long waiting time for an examination. Based on the results, recommendations for practice aimed at improving the organization of care and increasing patient satisfaction were proposed.

Keywords

Satisfaction assessment; quality; nursing care; patient; general nurse; education; communication; surgical outpatient clinic.

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 30. dubna 2026

.....

Jana Dvořáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Radce Pokojové, Ph.D., za odborné vedení mojí bakalářské práce, za její cenné rady, připomínky a vstřícný přístup. Její ochota a trpělivost mi byly velkou oporou během celého procesu tvorby bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala svým nejbližším, kteří mě podporovali během celého mého studia na VŠPJ.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a ochotu podílet se na výzkumném šetření.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam zkratek	8
Úvod	9
1 Historie	10
2 Teoretické poznatky	11
2.1 Kvalita poskytované ošetrovatelské péče	11
2.1.1 Indikátory kvality	11
2.1.2 Posuzování kvality poskytované ošetrovatelské péče	13
2.2 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	13
2.2.1 Zjišťování spokojenosti pacientů	13
2.2.2 Pojetí spokojenosti pacientů	14
2.2.3 Metody sledování spokojenosti pacientů	14
2.2.4 Současný stav hodnocení spokojenosti pacientů v ČR.....	15
2.2.5 Akreditace ve zdravotnických zařízeních	16
2.3 Ambulantní péče.....	18
2.3.1 Věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče.....	18
2.3.2 Bezpečnost poskytované péče	18
2.3.3 Režim v ambulantních zařízeních	19
2.3.4 Ochrana osobních údajů (GDPR) v ošetrovatelství	19
3 Metodika práce	21
3.1 Cíle a hypotézy výzkumného řešení	21
4 Analýza a interpretace výsledků	24
5 Diskuze	40
5.1 Vyhodnocení hypotéz	41
5.2 Návrhy opatření.....	42
5.2.1 Doporučení pro praxi	42
Závěr	44
Seznam použité literatury	45
Seznam příloh	47

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	24
Graf 2: Věk respondentů	25
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	25
Graf 4: Návštěvnost ambulance	26
Graf 5: Čekací doba	27
Graf 6: Byl vysvětlen důvod čekání?	27
Graf 7: Přístup zdravotní sestry?	28
Graf 8: Působila zdravotní sestra profesionálně a odborně?.....	29
Graf 9: Důvěra ke zdravotní sestře.....	29
Graf 10: Měla sestra dostatek času se Vám věnovat?	30
Graf 11: Dodržení hygieny a bezpečnosti při ošetření.....	31
Graf 12: Vysvětlení povahy onemocnění a doporučení terapie	31
Graf 13: Porozumění poskytnutým informacím.....	32
Graf 14: Hodnocení soukromí pacienta při vyšetření	33
Graf 15: Hodnocení šetrnosti při převazu, výkonu	33
Graf 16: Péče o ránu nebo další postup léčby	34
Graf 17: Poskytnutí edukace o domácí péči.....	35
Graf 18: Kvalita edukace	35
Graf 19: Na koho se obrátit v případě komplikací	36
Graf 20: Poskytnutí prostoru pro dotazy	37
Graf 21: Celkové hodnocení ošetrovatelské péče.....	37
Graf 22: Doporučení ambulance ostatním pacientům	38
Graf 23: Co nejvíce vadilo při návštěvě ambulance	39

Seznam zkratk

ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
ČSN	Česká státní norma
ČSU	Český statistický úřad
ESOMAR	Evropská společnost pro výzkum veřejného mínění a marketingu (European Society for Opinion and Marketing Research)
EU	Evropská unie
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (General Data Protection Regulation)
IS	Informační systém
KOP	Kvalita očima pacientů
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NATO	Severoatlantická aliance (North Atlantic Treaty Organization)
NHSP	Národní hodnocení spokojenosti pacientů
OECD	Organizaci pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OSN	Organizace spojených národů
SAK	Spojená akreditační komise
SIMAR	Sdružení agentur pro výzkum trhu a veřejného mínění
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
VN	Vojenská nemocnice
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče představuje v současné době jedno z ústředních témat, jemuž se soustavně věnují všechna zdravotnická zařízení.

Sama o sobě však kvalita není ničím. Svůj význam nabývá teprve ve spojení s konkrétními ošetrovatelskými hodnotami, jejichž respektování a následné ustálení přináší mj. očekávaný způsob jednání a chování ošetrovatelského personálu, což jsou bezpochyby klíčové atributy systematického přístupu ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Ačkoli se teoretické přístupy k ošetrovatelství vyvíjely a proměňovaly, nelze zpochybnit, že jde o neukončený proces, který je třeba opakovaně uchopovat a zodpovědně promýšlet ve všech jeho dimenzích (bio-psycho-sociálních i duchovních).

Míra spokojenosti pacientů představuje podstatnou informaci o úrovni celkové kvality ošetrovatelského procesu v konkrétním zdravotnickém zařízení. Pacient má pro kvalitu ošetrování jiná, nejen objektivní, ale především subjektivní kritéria. Kvalitu práce sestry posuzuje zpravidla podle míry uspokojování svých potřeb v průběhu onemocnění, míry profesionální citlivosti, empatie a všímavosti k jeho individuálním problémům či kultivovanosti projevu.

Úroveň spokojenosti je závislá v první řadě na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění a jaký typ ošetrovatelské intervence byl poskytnut. Důležité jsou i sociálně-demografické charakteristiky jako věk, vzdělání, ekonomické postavení klienta, kulturní a rodinné zázemí, které musí sestra při plánování péče zohlednit.

Spokojenost pacientů s ošetrováním však není možné zaměřovat anebo ztotožňovat pouze s klinickou (medicínskou) kvalitou. V poslední době se odborníci snaží určit ty dimenze péče, které jsou z hlediska spokojenosti klientů klíčové.

Abychom pacientům poskytovali kvalitní, účinnou a vysoce odbornou ošetrovatelskou péči, je třeba vytvářet vhodné podmínky a profesionální prostředí pro práci celého ošetrovatelského týmu.

1 Historie

Vznik VN Brno – počátek dějin Vojenské nemocnice v Brně je přímo spjat s historií premonstrátského kláštera, jehož základy byly položeny na zábrdovickém břehu Svitavy počátkem 13. století. Roku 1209 se připomíná papežská listina Innocence III., která přiznává klášteru jeho statky, darované zakladatelem kláštera, moravským soudcem Lvem z Klobouk. V roce 1211 se premonstráti dočkali vysvěcení prozatímního kostela sv. Kunhuty. Během dalších staletí své existence klášter střídavě procházel obdobími rozvoje i katastrof, zpravidla zaviněných válečnými událostmi. Poprvé byl vypálen již roku 1241 při tatarském vpádu, takže do základů byl zničen roku 1423 za husitských válek. České stavovské povstání znamenalo pro klášter konfiskaci jeho statků (1619) a zrušení celého areálu. K poslednímu velkému ničení došlo v roce 1645, kdy budovy kláštera sloužily jako úkryt Švédům, obléhajícím Brno. Nejlépe se klášteru dařilo na přelomu 17. a 18. století. Nad střechy zcela přebudovaného klášterního komplexu se zvedla stavba velkoryse pojatého barokního chrámu Nanebevzetí Panny Marie (VN Brno, 2026).

3. září 1783 navštívil zábrdovický klášter císař Josef II. se svou suitou, aby se přesvědčil, zda by sídlo premonstrátů nebylo vhodným útočištěm pro vojenskou nemocnici.

Počátkem 70. let 18. století byl interiér kostela upraven do dnešní podoby podle návrhu Františka Antonína Grimma. Klášter disponoval velkou knihovnou, kvetla zde filozofická a teologická studia, klášter prosperoval i po stránce hospodářské. Z dobových interiérů se uchoval kapitulní sál bývalé prelatury, jehož freskovou výzdobu provedl Josef Jan Winterhalter (1743–1807). Nástrovní freska zobrazuje výjevy ze života Josefa Egyptského, jsou uspořádány do věnce, v jehož středu se na oblaku vznáší Matka Boží. Květinová výzdoba stěn je připisována holandskému malíři Janu van Huijsumovi (VN Brno, 2026).

Roku 1992 byla postavena budova ředitelství, modernizovány inženýrské sítě, pokračovaly rekonstrukce. Od 1.7. 1994 je Vojenská nemocnice Brno příspěvkovou organizací. Jejím zřizovatelem je sekce správy majetku Ministerstva obrany ČR. Jejím základním posláním je poskytovat vysoce kvalifikovanou preventivní a léčební péči příslušníkům armády České republiky a armád NATO na jejím spádovém území.

Podílí se rovněž na výchově zdravotnických pracovníků pro potřeby polní zdravotnické služby, čímž přispívá k udržování obranyschopnosti ČR. Současně je zapojena do systému veřejného zdravotnictví a poskytuje širokou škálu zdravotních služeb a léčební péče civilnímu obyvatelstvu ve vymezené spádové oblasti. V roce 1999 byla citlivě opravena historická barokní fasáda

v Lazaretní ulici, roky 2000 a 2001 probíhají ve znamení důsledné revitalizace historických částí areálu. Historický kostelík sv. Kunhuty byl rekonstrukcí přeměněn v nemocniční lékárnu (VN Brno, 2026).

2 Teoretické poznatky

2.1 Kvalita poskytované ošetrovatelské péče

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu jako stav dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalosti a technologického vývoje. V kontextu ošetrovatelství je tato kvalita stěžejním cílem strategického programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“. Kvalitní ošetrovatelská péče je typ zdravotní péče, která je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Národní zdravotnický portál, 2026). Kvalitu ošetrovatelské péče můžeme rozdělit na kvalitativní a kvantitativní dimenzi: Kvantitativní kvalita znamená, že je vyčíslitelná a měřitelná pomocí stanovených ošetrovatelských standardů, auditů nebo indikátorů (například výskyt dekubitů, pádů či nozokomiálních nákaz) zatímco kvalita kvalitativní je subjektivní a měřitelná prostřednictvím přímé zkušenosti a spokojenosti pacientů s přístupem ošetrovatelského personálu, úrovni komunikace a empatií.

Obecná definice kvality sděluje, že kvalita je určitý stupeň dokonalosti a přiblížení se určitému ideálu. Její pojetí v ošetrovatelské praxi vychází z hodnot společnosti, ale především z individuálních hodnot a biopsychosociálních potřeb jednotlivce. Pojetí kvality ošetrování je vždy ovlivněno kulturním a sociálním prostředím. V oblasti služeb bývá kvalita vnímána jako služba nebo produkt získána za protihodnotu, nicméně v ošetrovatelství má hlubší etický rozměr. Mnoho lidí si představuje, že kvalita je pouze zarámovaným certifikátem či akreditačním osvědčením na stěně ředitele zařízení (Pejznochová, 2010). Skutečná kvalita ošetrovatelské péče se však projevuje v každodenním kontaktu u lůžka pacienta a profesionalitě ošetrovatelského týmu. Hodnocení této úrovně je proto dynamickým procesem, kterému se věnuje řada odborných prací a mezinárodních organizací.

2.1.1 Indikátory kvality

Indikátory kvality představují měřitelná kritéria, která se porovnávají se stanoveným standardem, odborným požadavkem nebo ošetrovatelskou směrnicí. Ukazují nám, do jaké míry bylo těchto norem v praxi dosaženo. Obecně lze tvrdit, že indikátor kvality ošetrovatelské péče je kvantita, která nám poskytne informace o kvalitě. Představuje číslo nebo procento. Indikátor může být zaměřen na jevy pozitivní či negativní. Například počet pádů, dekubitů nebo počet pochval od pacientů za určité období. Může se orientovat na sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Podstatné je, aby výsledek indikátoru kvality byl vždy zasazen do numerického kontextu, který umožňuje relevantní srovnání (benchmarking). To znamená, že například počet pádů musí být vztažen k celkovému počtu ošetrovacích dnů nebo počtu pacientů. Pokud není dodržen tento kontext, jsou indikátory pouze statistickým údajem, nikoliv efektivním nástrojem pro zvyšování kvality. Pomáhají hlavně zvyšovat kvalitu, jsou smysluplné, jsou to vlastně čísla, které jsou neomylné. Indikátory můžeme chápat také jako výstražné značky, praporečky, signály či markery, které slouží k upozornění. Rozeznáváme několik oblastí indikátorů. Kromě zmiňované spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí se také může sledovat jejich spokojenost s tlumením bolesti nebo kvalitou poskytnutých informací. Další oblastí může být spokojenost sester, počet nehod a úrazů, pády pacientů, výskyt dekubitů, poměr jednotlivých kategorií

ošetřovatelského personálu na ošetřující jednotce, celkový počet hodin strávených ošetřovatelskou péčí sestrami (Škrla a Škrlová, 2003).

2.1.1.1 Dělení indikátorů

Indikátory v ošetřovatelské péči šetří čas, neboť nabízejí efektivní nástroj pro monitoraci odborného výkonu a slouží jako objektivní podklad pro následné šetření a kontinuální zvyšování kvality. Základní dělení indikátorů je na poměrové a sentinelové (události).

Poměrové

Umožňují sledovat opakující se jevy v ošetřovatelském procesu. Jsou založeny na systematickém sběru dat a vyjadřují se zpravidla jako poměry, průměry nebo procenta. Příkladem poměrových indikátorů je incidence dekubitů, frekvence pádů pacientů, míra komplikací invazivních vstupů, počet císařských řezů, opakované rentgenové snímky apod.

Sentinelové (výstražné)

Vztahují se převážně k mimořádným a kritickým událostem v rámci ošetřovatelské péče. Tyto indikátory mají za úkol sledovat ty jevy, které jsou pro zdravotnické zařízení vždy nežádoucí a vyžadují okamžité prošetření příčin. Příkladem těchto indikátorů je např. záměna léků vedoucí k poškození pacienta, úmrtí pacienta v souvislosti s ošetřovatelským pochybením, pád pacienta s těžkým zraněním, požár na oddělení nebo zahájení soudního sporu.

Dělení dle priority a závažnosti

1) Rizikové indikátory: Představují nejvyšší prioritu. Jejich nárůst či výskyt podléhá okamžitému vyšetřování a povinné dokumentaci (neočekávaná smrt, kriminální činy na oddělení).

2) Klíčové indikátory: Vypovídají o efektivitě práce na jednotlivých ošetřovacích jednotkách. Měly by být monitorovány v pravidelných intervalech (zpravidla měsíčně). Patří sem počet stížností na přístup personálu, nemocnost ošetřovatelského týmu nebo průměrná délka hospitalizace.

3) Popisné indikátory: Monitorují širší kontext péče. Pokud vykazují v průběhu času významné změny (trendy), je třeba jim věnovat náležitou pozornost a analyzovat jejich příčiny. (Škrla a Škrlová, 2008).

2.1.1.2 Kritéria výběru indikátorů

Prvním kritériem pro výběr indikátoru je důležitost. Sledovaná data musí být pro konkrétní ošetřovací jednotku skutečně relevantní. Například výskyt pooperačních infekcí v místě chirurgického výkonu je klíčovým indikátorem pro sestry na odděleních či operačních sálech. Druhým kritériem je validita, kdy data musí přesně měřit to, o čem mají vypovídat. V ošetřovatelské praxi je však známo, že až 70 % všech incidentů nebo mimořádných událostí zůstává nenahlášeno, což může validitu dat ovlivnit. Kritériem pro výběr je také senzitivita (citlivost). Indikátor musí citlivě reagovat na změny v ošetřovatelském výkonu, ze kterého čerpá data. Tyto změny musí být přímo spojeny s kvalitou poskytované péče, nikoliv ovlivněny vnějšími faktory. Například počet dekubitů na 1000 hospitalizací je indikátor, který je senzitivní z perspektivy sestry, neboť sestra má rozhodující vliv na realizaci preventivních opatření. V neposlední řadě je důležitý také profesionální aspekt. Přestože indikátor vytvořený nebo vybraný oddělením může být nejcitlivější k práci oddělení, je žádoucí využívat také indikátory,

kteřé jsou doporučeny profesionálními organizacemi (ČAS) nebo ty, které jsou standardně využívány v rámci celého zdravotnického zařízení (Plevová a Adamicová, 2012).

2.1.2 Posuzování kvality poskytované ošetrvatelské péče

Při posuzování kvality záleží především na tom, z jaké perspektivy je hodnocena. Lékař zpravidla hodnotí práci sestry na základě toho, jak je schopna zajišťovat celkový léčebný plán pacienta. Sestra naproti tomu hodnotí kvalitu ošetrvatelské péče podle ošetrvatelské koncepce a standardů, kterými se řídí. Pracovníci managementu zdravotnického zařízení se snaží stanovit objektivní kritéria, která umožní kontrolovat kvalitu a porovnávat úroveň péče mezi jednotlivými pracovišti (Farkašová, 2001). Z pohledu pacienta je kvalita vnímána skřze míru uspokojení jeho základních a specifických potřeb v době nemoci. Pacient hodnotí aktivitu sester, jejich upravenost, způsob komunikace a celkovou kultivovanost verbálního i neverbálního projevu. Vzhledem k tomu, že většina pacientů nedokáže odborně posoudit, zda byly výkony provedeny v souladu se standardy péče, soustředí se primárně na vystupování a empatii personálu. Pacienti nejčastěji negativně hodnotí nedostatečnou informovanost, málo času, který jim sestry věnují, nepravidelné kontroly jejich zdravotního stavu, dlouhé čekací doby na příchod sestry.

Existují čtyři zdroje vyhodnocování kvality péče. S jejich pomocí lze měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrvatelské péče nebo kvalitu jiných služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením. Zdroje jsou: informace od pacientů a jiných interních nebo externích klientů, zpětná vazba od externích odborníků, výsledky ošetrvatelských auditů a sledování indikátorů kvality. Data lze sbírat dotazníkovým šetřením, vedením interních statistik nebo formulářů pro hlášení mimořádných událostí (Lávičková, 2006).

2.2 Spokojenost pacientů s ošetrvatelskou péčí

Jeden z nejdůležitějších ukazatelů kvality poskytovaných služeb je právě spokojenost pacientů. V současné době existuje široké spektrum metod ke sledování spokojenosti pacientů, které tvoří nezbytnou součást ošetrvatelského výzkumu i klinické praxe.

2.2.1 Zjišťování spokojenosti pacientů

Spokojenost pacientů je dnes, spolu s posuzováním kvality standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita péče posuzuje. Současné filosofické pojetí ošetrvatelství se opírá o holistický přístup, kdy je péče zaměřena na uspokojování biopsychosociálních a duchovních potřeb pacientů. Právě míra naplnění těchto potřeb se odráží v subjektivně pociťované spokojenosti či nespokojenosti pacienta s celkovým ošetrvatelským procesem. Je důležitá jak celková spokojenost, tak spokojenost v jednotlivých dílčích oblastech péče. Vyjadřují podstatnou a užitečnou informaci o situaci v daném zdravotnickém zařízení. Výsledky sledování spokojenosti pacientů hrají významnou roli jak pro odborný personál, tak i pro management dotčného zdravotnického zařízení. Jsou tedy dobřou zpětnou vazbou, která je využívána jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšení kvality péče (Bártlová a Hnilicová, 2020). Od druhé poloviny minulého století se postupem času mění role pacienta z pasivního účastníka péče k aktivnímu partnerovi v ošetrvatelském procesu. Pacient vyžaduje podrobné informace o svém zdravotním stavu, chce se podílet na plánování ošetrvatelských intervencí. Tento posun zvyšuje nároky na

komunikační dovednosti sester a jejich schopnost edukace. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí je klíčovým výstupním indikátorem kvality, který může ovlivnit i prestiž zdravotnického zařízení a rozhodování budoucích klientů o výběru pracoviště. Podle výzkumu autorek Drahošová a Jarošová (2013) pacienti nejvíce oceňují profesionalitu ošetrovatelského týmu a čas, který jim sestry věnují. Naopak kriticky jsou často hodnoceny oblasti související s nedostatečnou informovaností, což potvrzuje, že role sestry jako edukátora je pro vnímání kvality zcela zásadní.

2.2.2 Pojetí spokojenosti pacientů

V odborné literatuře jsou popsány tři modely spokojenosti pacientů. První model je postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče. Zde autoři definují spokojenost jako pozitivní ohodnocení určitých vymezených dimenzí zdravotní péče. Data jsou získána v průzkumech. Badatelé se různí v tom, jaké dimenze a kolik jich považují za podstatné. Například Ware a kol. navrhuje osm dimenzí péče, kterými jsou: umění pečovat, technická kvalita, dostupnost péče, finanční záležitosti, prostředí, přiměřenost, kontinuita a účinnost (Bártlová, Hnilicová, 2000). Později vlivem dalších výzkumů byli nuceni tento počet zredukovat na polovinu. Například Americký sociolog Hulka předpokládá pouze tři širší dimenze spokojenosti, a to profesionální kompetenci, interpersonální kvalitu a spokojenost s cenou péče (Bártlová, Hnilicová, 2000). V roce 1994 byl ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze realizován výzkum, kde byly identifikovány tři souhrnnější dimenze péče, pojmenované jako kvalita péče, poskytování informací a hotelové služby. Každá dimenze vysvětluje více hodnocených oblastí. Například pojem hotelové služby představuje spokojenost pacientů s čistotou a hygienou v nemocnici, se stravou a celkovým režimem v nemocnici.

Druhý model je postavený na splnění přání pacienta. Spokojenost pacientů lze vysvětlit jako vztah mezi tím, co si pacient přál a tím, co si myslí, že dostal. Potom spokojenost ukazuje, do jaké míry byla očekávání pacientů splněna. Hlavní role v tomto modelu hraje očekávání pacienta. Věc je však poněkud složitější, jak upozorňují někteří badatelé. Pacienti mohou mít ideální představy o péči, kterou by si přáli, avšak tyto idealistické představy nejsou totožné s reálně možnou péčí.

Poslední model je pragmatický (elektický) model spokojenosti pacientů. Jeho autorem je anglický sociolog R. Baker. Model je pokusem o přehledné zachycení všech podstatných faktorů ovlivňujících spokojenost pacientů. Předností tohoto modelu je, že se snaží o vzájemnou propojenost vztahů uvnitř zdravotnického systému (Bártlová a Hnilicová, 2000).

2.2.3 Metody sledování spokojenosti pacientů

Mezi metody sledování spokojenosti pacientů patří jak kvalitativní, tak i kvantitativní metody. Existují také metody kombinované. Mezi kvalitativní metody, které se často využívají ke sběru dat od pacientů jsou rozhovory. Rozhovor může být individuální nebo také skupinový. Nejznámější a nejpoužívatelnější formou kvantitativních metod je dotazníkové šetření, které během krátkého času umožňuje získávání výzkumných dat od většího počtu respondentů.

A jaké jsou cíle průzkumů spokojenosti pacientů v nemocnicích?

Slouží pro hodnocení kvality práce jednotlivých oddělení, klinik, event. i jednotlivých pracovníků. Přináší podklady pro změny ve způsobu a režimu poskytování léčební péče a poskytuje

informace o kvalitě hotelových služeb a vybavenosti oddělení. Poskytuje podklady pro organizační změny, které může management nemocnice i management jednotlivých oddělení zavádět pro zlepšení pohody a komfortu pacientů v nemocnici. Monitoruje efektivnost a dopad provedených změn na kvalitu péče a z hlediska pacientů. Poskytuje také podklady pro srovnávání subjektivní kvality péče v různých nemocnicích – nejčastěji v rámci akreditačního programu (Bártlová a Hnilicová, 2000).

2.2.4 Současný stav hodnocení spokojenosti pacientů v ČR

Projekt Kvalita očima pacientů je realizován v České republice již více než 20 let. Jeho metodika a zkušenosti se staly základem pro metodiku Národního hodnocení spokojenosti pacientů v lůžkové péči, kterou Ministerstvo zdravotnictví podporuje trvalé zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Projekt sleduje odděleně kvalitu v lůžkové a ambulantní péči. Pacienti na lůžkových odděleních hodnotí celkem 50 indikátorů kvality, které tvoří osm dimenzí kvality lůžkové péče:

- Přijetí pacienta do zařízení
- Respekt – ohled – úcta k pacientovi
- Koordinace a integrace 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

Podobné indikátory a dimenze hodnotí pacienti ambulantní péče:

- Dostupnost péče
- Čekárna a prostředí
- Návštěva lékaře/zdravotního odborníka
- Přístup personálu k pacientovi
- Informace o vyšetření a léčbě
- Informace o lécích
- Následná péče
- Celkový dojem z návštěvy ambulance

Řešitelem projektu je RNDr. Tomáš Raiter, výzkumný pracovník, člen světové asociace profesionálů ve výzkumu ESOMAR, spoluzakladatel a bývalý prezident SIMAR – asociace předních výzkumných agentur působících v ČR, má zkušenosti se zastupováním ČR v pracovní skupině „Indikátory kvality zdravotní péče – zkušenosti pacientů“ při OECD. Řešitel se při

zpracování dat může opřít o spolupráci s přední výzkumnou společností STEM/MARK. Spolehlivé a kvalitní datové práce zvyšují validitu výsledků projektu (KOP hodnocení nemocnic, n.d.).

V roce 2005 se poprvé uskutečnilo celorepublikové komplexní hodnocení českých nemocnic "Nejlepší nemocnice ČR". V projektu jsou nemocnice komplexně hodnoceny ze čtyř klíčových hledisek: bezpečnost a spokojenost hospitalizovaných pacientů, bezpečnost a spokojenost ambulantních pacientů, bezpečnost a spokojenost zaměstnanců nemocnic a finanční zdraví nemocnic. Hlasování je možné prostřednictvím tištěného dotazníku nebo elektronicky. Výsledkem projektu je každoroční oficiální vyhlášení žebříčku českých nemocnic a dále setkání VIP osobností z nemocnic, zdravotních pojišťoven, krajů a zainteresovaných firem a organizací na Středoevropské odborné konferenci nazvané Efektivní nemocnice (Healthcare Institute, n.d.).

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2020 zahájilo realizaci projektu Národní hodnocení spokojenosti pacientů (dále jen NHSP), jehož cílem je standardizace plnění povinnosti poskytovatelů lůžkové zdravotní péče vyplývající ze standardu 1.5. minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb dle § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, na národní úrovni.

Projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů (NHSP) je výsledkem dlouhodobé aktivity Ministerstva zdravotnictví, jejímž hlavním cílem je nastavení jednotného systému sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů v ČR a posílení hlasu pacienta v systému poskytování lůžkové zdravotní péče.

Účelem tohoto projektu je revize stávající situace, kdy bylo hodnocení spokojenosti pacientů často řešeno externím subjektem, a vytvoření funkčního systému sledování spokojenosti pacientů včetně jednotného dotazníku a metodiky pro využití nejen na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb, ale především pak na národní úrovni.

Projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů si klade za cíl vytvořit objektivní, jednotný a udržitelný systém měření kvality poskytované hospitalizační péče založený na názoru pacientů.

V rámci projektu je využívána jednotná národní metodika, standardizovaný dotazník a jeden zpracovatel dat, který představuje národní autoritu v této oblasti. Výsledky jsou národně porovnatelné na úrovni jednotlivých hodnocených pracovišť i na úrovni celých zdravotnických zařízení.

Pro poskytovatele zdravotní lůžkové péče je zapojení do projektu bezplatné. Výstupy z projektu nejsou veřejně dostupné a slouží výhradně pro potřeby konkrétních poskytovatelů zdravotních služeb, Ministerstvu zdravotnictví a ÚZIS (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

2.2.5 Akreditace ve zdravotnických zařízeních

Z výše uvedených důvodů je aktivní zapojení pacientů do hodnocení kvality nezbytné. Tento proces probíhá nejčastěji v rámci strukturovaných programů zajišťování a zvyšování kvality, kde hraje klíčovou roli akreditace zdravotnického zařízení. V kontextu ošetřovatelství není akreditace pouze formálním uznáním, ale potvrzením, že ošetřovatelské procesy jsou nastaveny bezpečně, odborně a v souladu s nejnovějšími standardy. Pokud se v ošetřovatelské praxi nevěnuje pozornost názorům a potřebám pacientů, zařízení nesplňuje jeden ze základních

parametrů pro získání či obhájení akreditačního statusu. Proto je v rámci akreditačního procesu kladen důraz na pravidelný monitoring spokojenosti (Bártlová a Hnilicová, 2000).

Všichni zdravotničtí pracovníci by se měli svým způsobem podílet na zvyšování kvality ošetrovatelské a celkové léčebné péče. Je nutné, aby pochopili filosofii kvality, získali profesionalitu a cílevědomost. Odborný personál musí vědět, co je kvalita, uvědomit si její význam pro odbornou práci a budoucnost zdravotnického zařízení. Je důležité pochopit, že kvalita nestojí pouze na jednom členu v týmu. Kvalita není pouze jen dobrá spolupráce mezi sestrou a lékařem, ale důležitá je spolupráce celého multidisciplinárního týmu, a hlavně s rodinou pacienta a samotným pacientem. Podstata bezchybné práce je motivace personálu, podpora jejich dovedností a znalostí. Ve výzkumu Somrové a Bártlové z roku 2012 ohledně významu akreditace nemocnic pro ošetrovatelství bylo zjištěno, že 95 % zařízení mají zavedený program pro zvyšování kvality ve svém zdravotnickém zařízení. Všichni respondenti z vrcholové managementu uvedli, že před akreditací sledují spokojenost pacientů a také sledují prevalenci dekubitů. 89 % respondentů uvedlo, že sledovali vedení zdravotnické dokumentace, z 79 % se sledovalo četnost pádů a z 71 % nozokomiální nákazy. Výzkumným šetřením bylo potvrzeno, že vedoucí pracovníci si stojí za názorem, že akreditace nemocnic garantuje kvalitní ošetrovatelskou péči a bezpečí pacienta a s tím související přísně dodržované akreditační standardy, jejichž součástí jsou indikátory kvality.

Smyslem akreditačí je vytvoření systému, který stimuluje ke kontinuálnímu zvyšování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Tento akreditační proces bývá nejčastěji spojován s akreditací nemocnic. Akreditace nemocnic znamená formální uznání toho, že konkrétní nemocnice odpovídá zadaným standardům kvality, a to ve všech oblastech péče o pacienty. Akreditační proces zastřešuje Spojená akreditační komise, která vznikla v roce 1998 s cílem trvalého zajištění zvyšování kvality poskytované péče. Akreditace je vlastně proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na kvalitu péče – standardy. Akreditace je dobrovolná, vstupem do tohoto procesu se zdravotnické zařízení zavazuje ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče. Je třeba si uvědomit, že cílem akreditačního řízení není nacházet a trestat viníky. Jedná se o zlepšení vnitřního fungování nemocnice a jejího pracovního prostředí, a to prostřednictvím poskytování informací a zpětné vazby od nezávislé skupiny odborníků (akreditační komise). Při akreditačním šetření se posuzuje míra naplnění jednotlivých indikátorů splněn-částečně splněn – nesplněn. Pravidla hodnocení akreditačních standardů a následné rozhodování o udělování akreditace jsou upravena směrnici, která je volně dostupná na internetových stránkách SAK. Akreditační proces trvá průměrně 1–3 dny. V menších nemocnicích 2 dny, ve fakultních nemocnicích mohou trvat až 4 dny. Výsledkem je závěrečná zpráva. Akreditace se vydává na dobu tří let a udělí se certifikát kvality péče. Využívá kvalitních a nezávislých auditorů. Akreditační standardy sledují zejména: uplatňované diagnostické a terapeutické postupy, ošetrovatelská péče, kontinuita péče, dodržování práv pacientů, spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, efektivita řízení nemocnice, hygienické a protiepidemické opatření, péče o zaměstnance (Bártlová a Hnilicová, 2000).

2.2.5.1 Standardy

Standardy nestanovují přesný postup činnosti, ale zdravotnické zařízení si vytváří vnitřní předpisy, které jsou závazné pro všechny zaměstnance. Pokrývají všechny činnosti, které přímo či nepřímo souvisí s péčí o pacienty. Při tvorbě vnitřních předpisů vychází zdravotnické zařízení

z legislativy, odborných publikací a z odborných názorů vedoucích pracovníků. SAK vydává akreditační standardy pro nemocnice, pro následnou a dlouhodobou péči, pro ambulantní zařízení a pro zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb. Tím, že dojde ke standardizaci, se zvýší se pravděpodobnost, že pracovníci budou tyto procesy provádět stejným způsobem – minimalizuje se nežádoucí variabilita.

2.3 Ambulantní péče

Zdravotnický systém každého státu je rozdělen do několika typů zdravotnických zařízení a institucí, které zajišťují určitý druh zdravotní péče. Zařízení ambulantní péče zahrnují mnoho typů ordinací, od ordinaci praktického lékaře až po ordinace dalších odborných lékařů, k jejich návštěvě buď je, nebo není nutno mít doporučení (Zlámal, 2016).

2.3.1 Věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče

Vybavení zdravotnických pracovišť ve zdravotnickém zařízení je uvedeno ve vyhlášce č. 2019/2006 Sb. V provozu ambulancí je nutno respektovat podmínky základního prostoru uvedené ve společném ustanovení a zároveň dodržet doplňující požadavky na vybavení každé specifické ambulance jednotlivých oborů. Co se týče společných ustanovení zdravotnické zařízení ambulantní péče musí být složeno se základních prostorů, tj. provozní místnosti (ordinace, přípravná apod.), čekárny pro pacienty a z vedlejších prostorů (sociální zařízení). Je nutné, aby byl zajištěn bezbariérový přístup pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientace. Musí být také zajištěn telefonický kontakt na pracovníky ambulance.

Doplňující požadavky na vybavení se liší pro jednotlivé obory. Pokud se zaměříme na chirurgickou ambulanci, musí obsahovat ordinace, zákrokový sálek s dostatečným vybavením – podle předpokládaného rozsahu poskytovaných služeb, umývárnu, místnost pro sterilizaci, kde je umístěn sterilizátor a skříň na lékařské nástroje – pokud není zajištěna dodávka sterilního materiálu z centrální sterilizace. Ortopedické ordinace mají stejné požadavky jako chirurgie. Ortopedie navíc vyžaduje speciální místnost pro sádrování (Podstatová, 2010).

2.3.2 Bezpečnost poskytované péče

Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotnických služeb formulovala Světová zdravotnická organizace, Aliance pro bezpečí pacientů a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Ministerstvo zdravotnictví ČR dle nejnovějších dostupných informací postupně zavádí systémová opatření, která zvyšují bezpečnost pacientů i kvalitu poskytované zdravotní péče. Celé zdravotnictví je pod přísnou kontrolou společenského vývoje. Na jeho úrovni, co se týče vybavení a personálního zajištění apod. závisí životy lidí i celé populace, včetně populace budoucí. Pokud kontrolní orgány zjistí, že zdravotnické zařízení nesplňuje stanovení požadavky na personální, věcné, technické vybavení a hygienicko-epidemiologické opatření – tím stanovují nápravné opatření nebo toto zdravotnické zařízení ruší (Zlámal, 2016).

2.3.3 Režim v ambulantních zařízeních

Bezpečná ošetrovatelská péče je zajištěna pouze tehdy, pokud jsou důsledně dodržovány hygienické a protiepidemické postupy, které jsou doplněny usměrněnou léčbou a organizačním zajištěním. Všechna opatření mohou být účinná jen tehdy, když jsou podložena ověřenými teoretickými a místními znalostmi, prováděna cíleně a komplexně.

Z epidemiologického hlediska v ambulantních zařízeních je společným rysem velké nahromadění pacientů v čekárnách a vysoká frekvence pacientů v ordinacích. V čekárnách hrozí nejčastěji přenos nozokomiálních nákaz převážně vzdušnou cestou a kontaktem. V ordinacích jde především u pacienta o nákazu kontaktní (rukama, přístroje, nástroje, pomůckami), při nedodržení zásad bariérové ošetrovatelské péče. I přes všechna dodržení bezpečnostních zásad nese v ambulantních zařízeních velké riziko nákazy také zdravotnický personál.

Dodržování speciálních opatření mohou snížit riziko ohrožení bezpečné péče o pacienty. Příjem pacientu musí být dle specifík a zvyklostí ambulance organizačně zajištěn tak, aby nedocházelo k nahromadění mnoho pacientů v čekárnách. Také je vhodné zabránit zbytečnému kontaktu infekčních a neinfekčních pacientů. Úklid a dezinfekce pracovišť se řídí platnou legislativou. Sterilizace v ambulantní praxi musí být především připravena před zahájením ordinační doby. Sterilní musí být vše, co porušuje integritu tkání. Použité pomůcky a nástroje podléhají doporučeným postupům. Pro odběr biologického materiálu jsou vyčleněny speciální místnosti, který splňuje základní hygienické podmínky. Mezi nejvýznamnější faktor v prevenci nákaz jsou ruce zdravotníků a jejich předepsaný ochranný pracovní oděv (Podstatová, 2010).

2.3.4 Ochrana osobních údajů (GDPR) v ošetrovatelství

V souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče dochází ke každodennímu zpracování osobních údajů pacientů. Od 25. května 2018 se tato oblast řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, známým pod zkratkou GDPR (Nařízení EU 2016/679). Pro ošetrovatelský proces to znamená povinnost zajistit integritu, důvěrnost a bezpečnost všech informací o pacientovi (Metodické pokyny MZ ČR).

2.3.4.1 Specifika ošetrovatelské dokumentace pod GDPR

Ošetrovatelská dokumentace obsahuje data „zvláštní kategorie“ (Zákon č. 110/2019 Sb.). Pro sestry to v praxi znamená:

- Anamnestické údaje: informace o životním stylu, rodinné anamnéze a sociálním zázemí (Plevová a kol., 2011).
- Fyzické a psychické projevy: záznamy o průběhu onemocnění, reakcích na léčbu a ošetrovatelské diagnózy (Plevová a kol., 2011).
- Biometrické a genetické údaje: výsledky laboratorních vyšetření či genetických testů (Nařízení EU 2016/679).

2.3.4.2 Zásady bezpečné ošetrovatelské praxe

Aby nedošlo k porušení ochrany dat, musí ošetrovatelský personál dodržovat následující standardy:

1. Mlčenlivost a diskrétnost: povinnost mlčenlivosti je nejen etickým příkazem, ale i zákonným požadavkem (Mach, 2010). Sestra nesmí diskutovat o stavu pacienta na veřejných místech jako jsou výtahy, chodby či jídelny (Šustek a Holčapek, 2016).
2. Zabezpečení dokumentace u lůžka: ošetrovatelské záznamy, teplotní listy či dekurzy nesmí být volně přístupné návštěvám nebo jiným pacientům (Zákon č. 372/2011 Sb.). Pokud jsou uloženy v elektronické podobě, musí se sestra po ukončení práce vždy odhlásit ze systému (Metodické pokyny MZ ČR).
3. Identifikace příjemců informací: sestra smí poskytovat informace o ošetrovatelské péči pouze osobám, které pacient výslovně určil v souhlasu s poskytováním informací (Zákon č. 372/2011 Sb.).
4. Hlášení směny: předávání informací mezi sestrami při střídání směn musí probíhat diskrétně, typicky v sesterně, nikoliv na chodbě před pokoji pacientů (Plevová a kol., 2011).

2.3.4.3 Práva pacienta a povinnosti sestry

Pacient má právo na přístup ke své ošetrovatelské dokumentaci a na informaci o tom, kdo do ní nahlížel (Zákon č. 372/2011 Sb.). Sestra jako správce těchto údajů v první linii musí zajistit, aby data byla:

- Přesná a aktuální: nesprávný zápis v ošetrovatelské dokumentaci může vést k poškození pacienta (Mach, 2010).
- Zabezpečená proti ztrátě: ztráta dokumentace je považována za bezpečnostní incident, který musí nemocnice hlásit dozorovému úřadu (Nařízení EU 2016/679).

3 Metodika práce

3.1 Cíle a hypotézy výzkumného řešení

Cíle výzkumu: Zhodnotit úroveň ošetrovatelské péče na chirurgické ambulanci z pohledu pacientů.

Dílčí cíle

- Zjistit spokojenost pacientů s přístupem zdravotních sester
- Posoudit úroveň komunikace mezi sestrou a pacientem
- Zhodnotit kvalitu edukace pacientů
- Zjistit, zda je dodržována hygiena a bezpečnost péče
- Posoudit vliv čekací doby na spokojenost pacientů
- Identifikovat nejčastější nedostatky v poskytované péči

Hypotézy:

H1. Předpokládáme, že většina pacientů je spokojena s kvalitou ošetrovatelské péče na chirurgické ambulanci.

H2. Předpokládáme, že přístup a komunikace zdravotní sestry významně ovlivňují spokojenost pacientů.

H3. Očekáváme, že délka čekací doby negativně ovlivňuje celkovou spokojenost pacientů.

H4. Předpokládáme, že edukace pacientů není vždy dostatečná.

Metodika výzkumu

Pro účely výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat, konkrétně dotazníkové šetření. Dotazník patří mezi nejrozšířenější a nejčastěji využívané techniky pro získávání dat, jelikož umožňuje oslovit větší počet respondentů a následně data statisticky zpracovat.

Cílem dotazníkového šetření bylo získat dostatečné množství relevantních informací potřebných ke splnění stanoveného cíle výzkumu a k ověření či vyvrácení jednotlivých hypotéz.

K vlastnímu šetření byl použit nestandardizovaný dotazník, který obsahoval celkem 23 položek. Z toho 5 položek bylo zaměřeno na zjištění demografických údajů respondentů (pohlaví, věk, vzdělání) a dále na charakteristiky související s poskytováním ambulantní zdravotní péče (např. frekvence návštěv ambulance, způsob objednání na vyšetření). Zbývající položky byly zaměřeny na hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a edukací.

Dotazníkové šetření bylo realizováno anonymně, což mělo přispět k vyšší upřímnosti odpovědí respondentů. Sběr dat probíhal v období (prosinec 2025 – únor 2026) na chirurgické ambulanci (VN Brno).

Výzkumný soubor tvořilo celkem 154 respondentů, kteří navštívili chirurgickou ambulanci a byli ochotni se do výzkumu zapojit. Výběr respondentů byl záměrný. Dotazníky byly respondentům rozdávány osobně po ošetření a jejich vyplnění bylo dobrovolné a anonymní.

Získaná data byla zpracována pomocí základních statistických metod. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí absolutních a relativních četností (v procentech) a následně prezentovány formou tabulek a grafů.

Plná verze dotazníku je uvedena v příloze č. 1.

Metodika tvorby zkoumaného souboru

V rámci konstrukce výzkumného souboru byl proveden *náhodný stratifikovaný výběr*, který spočíval ve vytvoření úzce zaměřené skupiny vzhledem k určitému kritériu (tj. pacienti s chirurgickým onemocněním u poskytovatelů ambulantní péče) a následně byli náhodně vybráni jedinci pro účast ve výzkumu.

Uvedeným způsobem výběru vzorku byla získána požadovaná cílová skupina s určitými vlastnostmi, nejedná se však o reprezentativní soubor.

Kritéria pro výběr respondentů výzkumu: dospělí, ženy i muži, nezávisle na věku a diagnóze.

Uplatněný výzkumný nástroj

K získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval celkem 23 položek. Dotazník byl sestaven na základě studia odborné literatury a byl zaměřen na hodnocení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí a edukací na chirurgické ambulanci.

Dotazník byl strukturován tak, aby umožnil ověření stanovených hypotéz. Jednotlivé položky byly zaměřeny na oblast edukace pacientů, kvalitu ošetrovatelské péče, délku čekací doby a přístup zdravotnického personálu, zejména sester.

U 2 položek respondenti volili odpovědi na dichotomické škále typu ano–ne. Další položky byly hodnoceny pomocí čtyřstupňové Likertovy škály (1–4), která vyjadřovala míru souhlasu (od „zcela nesouhlasím“ po „zcela souhlasím“) nebo míru spokojenosti (od „velmi nespokojen/a“ po „velmi spokojen/a“).

Přehled položek dotazníku pro vyhodnocení hypotéz

	Položky dotazníku
Charakteristické znaky respondentů	1, 2, 3, 4, 23
H1 spokojenost s ošetrovatelskou péčí	10, 11, 14, 15, 21, 22
H2 spokojenost s přístupem zdravotních sester	7, 8, 9, 20
H3 čekací doba a spokojenost pacientů	5, 6, 21
H4 edukace pacientů	12, 13, 15, 16, 17, 18, 19

Organizace výzkumu

Sběr dat probíhal v období od prosince 2025 do února v roce 2026 na ambulancích břišní a všeobecné chirurgie ve Vojenské nemocnici Brno.

Dotazník byl respondentům předáván v tištěné formě, a to v průběhu jejich návštěvy ambulance, nejčastěji v době čekání na vyšetření nebo ošetření. Tento způsob distribuce umožnil oslovit cílovou skupinu pacientů přímo v místě poskytování péče.

Celkový počet distribuovaných dotazníků činil 160. Všechny dotazníky byly vráceny, přičemž 6 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. K analýze bylo použito 154 dotazníků, které tvořily 100 % výzkumného souboru.

Tento přímý způsob distribuce také umožňoval, aby respondentům byl vysvětlen celkový záměr výzkumu, předány potřebné instrukce k vyplnění a v neposlední řadě přispěl k lepšímu pochopení některých položek dotazníku.

Respondenti anonymně vyplněné dotazníky vhažovali do předem připravené uzavřené schránky, čímž byla zajištěna jejich anonymita a dobrovolnost účasti ve výzkumu.

Metody zpracování dat:

Po provedení optické kontroly vyplněných dotazníků následovalo jejich zadání do předem připravené matice v tabulkovém editoru *Microsoft Office Excel*.

Druhou fází práce s daty bylo jejich čištění. Jednalo se zejména o odpovědi respondentů, které byly nejasně označeny, nevyplněny nebo nesplňovaly jiná kritéria pro správnost záznamu. Nevyplněná data byla kódována číslovkou 0, chybějící údaje nebyly zahrnuty do analýzy.

Další postup při zpracování získaných dat spočíval v provedení výpočtů popisné statistiky určujících znaků respondentů.

Byly použity metody:

- absolutní četnost (počet odpovědí)
- relativní četnost (vyjádření v procentech)
- grafické znázornění (tabulky a grafy)

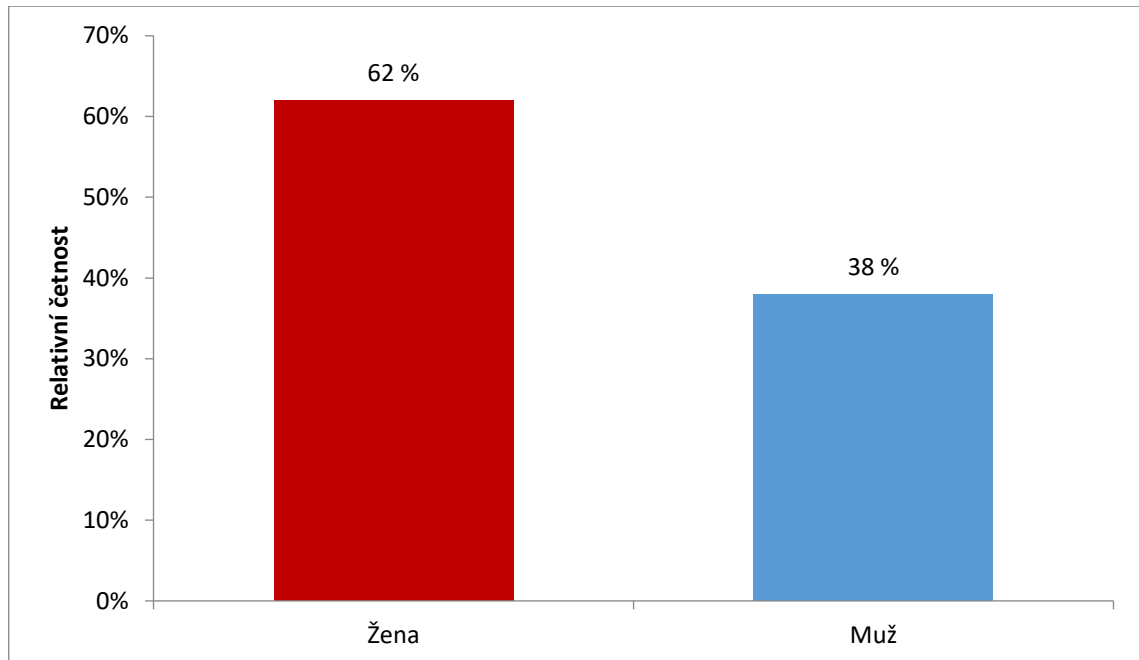
Etické parametry

Před zahájením výzkumu byl získán souhlas nemocnice pro realizaci výzkumu na daných odborných ambulancích (příloha č. 1). Od každého respondentů byl získán ústní souhlas s účastí na výzkumu.

4 Analýza a interpretace výsledků

V kapitole je uvedeno vyhodnocení výsledků výzkumného šetření. Získaná data, byla z důvodů přehlednosti převedena do grafů.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

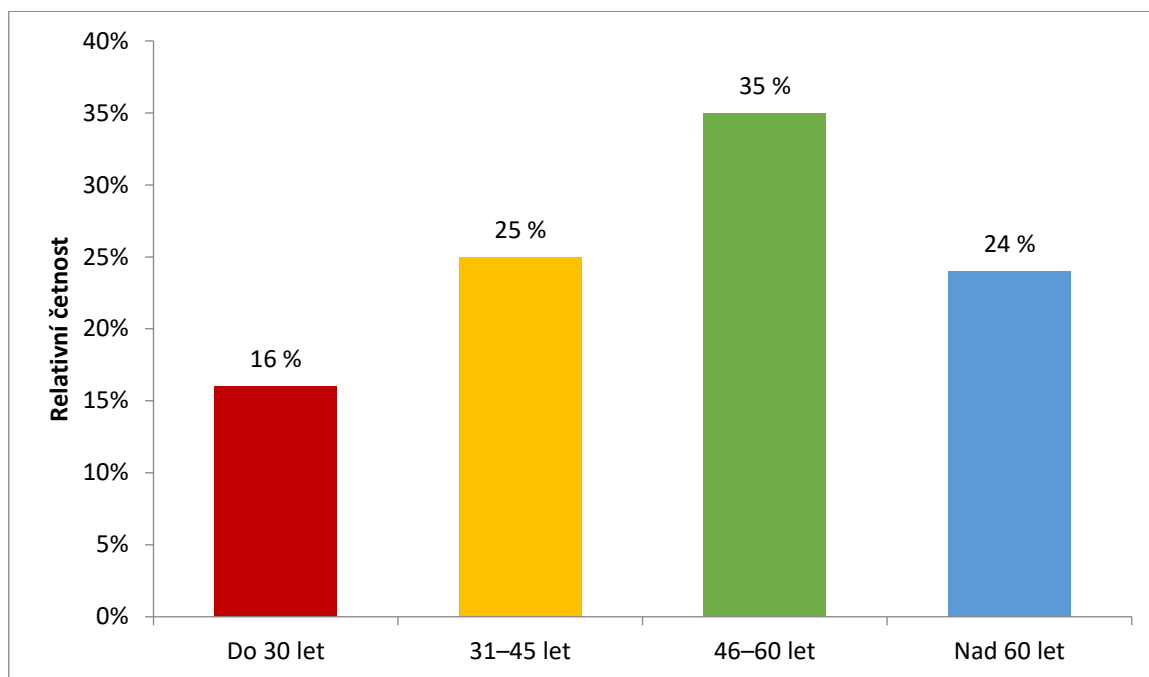


Graf 1: Pohlaví respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů bylo 95 (62 %) žen a 59 (38 %) mužů.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

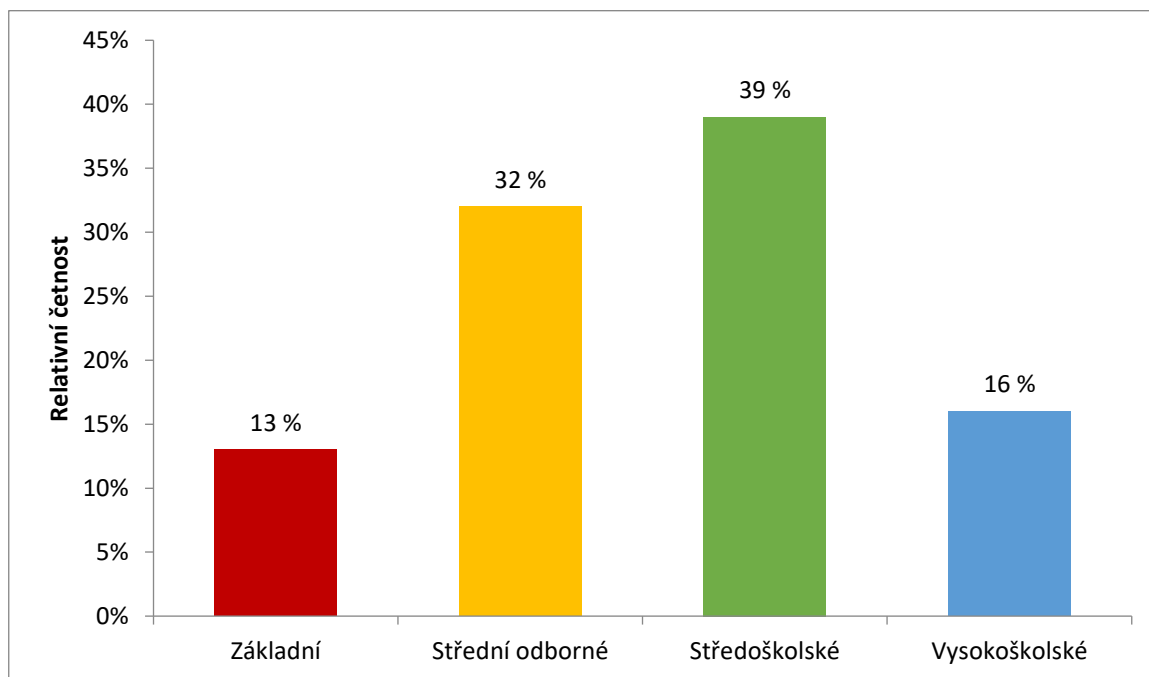


Graf 2: Věk respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Nejméně respondentů tj. 25 (16 %) bylo zastoupeno v kategorii do 30 let, v kategorii 31–45 let bylo zastoupeno 38 (25 %) respondentů, nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 46–60 let 54 (35 %), v kategorii nad 60 let bylo zastoupeno 37 (24 %) respondentů.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

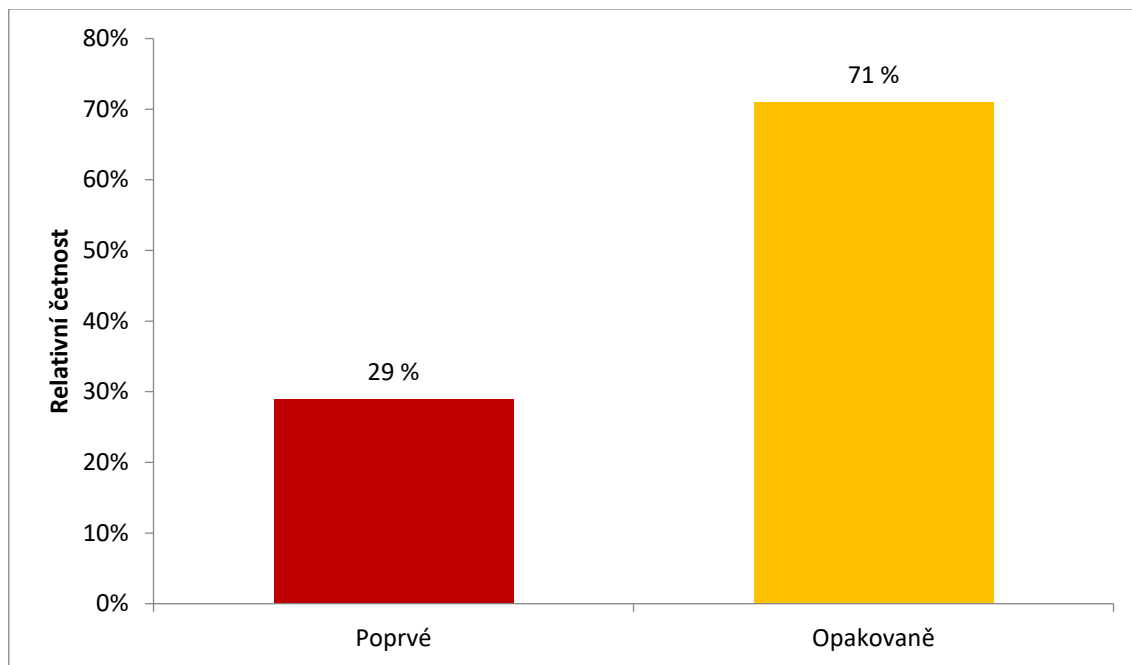


Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentů 60 (39 %) má středoškolské vzdělání, 50 (32 %) má střední odborné vzdělání a 20 (13 %) vysokoškolské vzdělání. Základní vzdělání zastupuje 20 respondentů (1 %).

Otázka č. 4: Navštívil/a jste chirurgickou ambulanci?

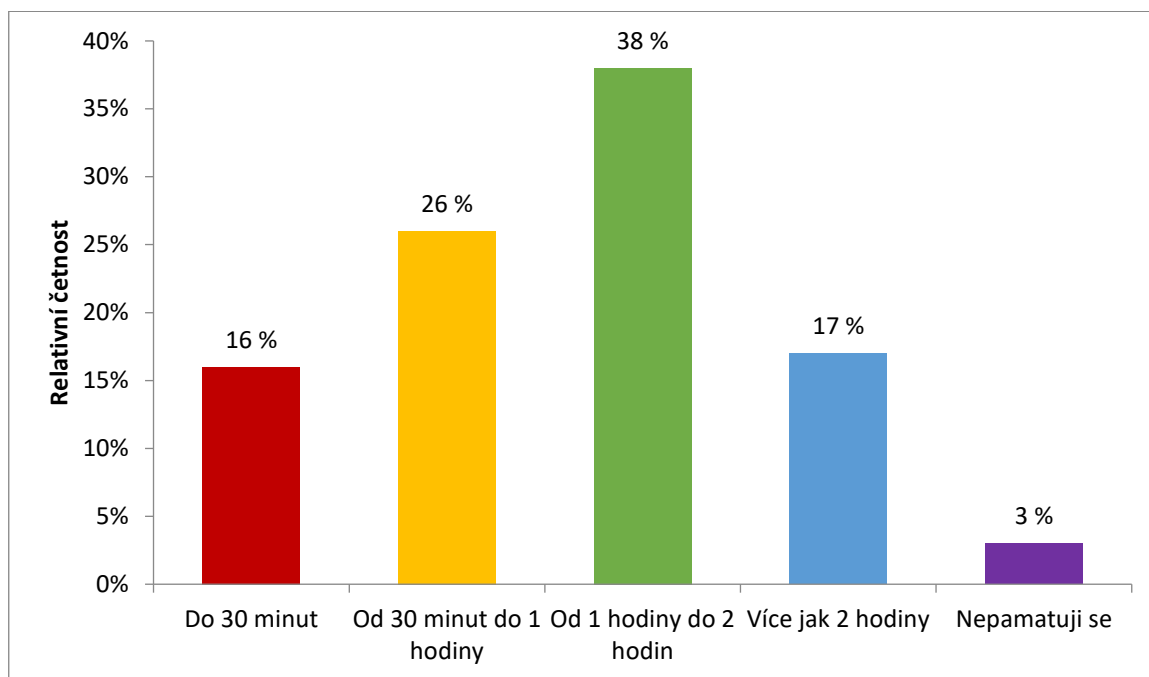


Graf 4: Návštěvnost ambulance

Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu respondentů navštívilo naši ambulanci opakovaně 110 osob (71 %), poprvé pak 44 osob (29 %).

Otázka č. 5: Jak dlouho jste čekal/a na ošetření, vyšetření?

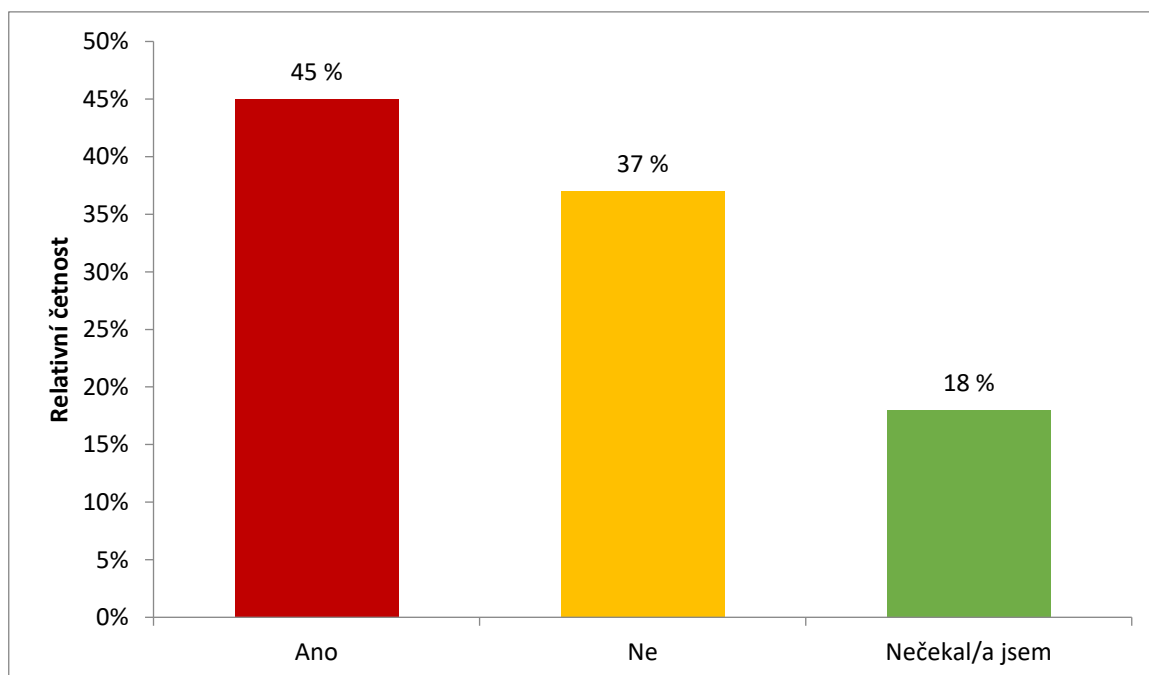


Graf 5: Čekací doba

Zdroj: vlastní zpracování

Největší počet respondentů uvedl dlouhou čekací dobu na vyšetření od 1 hod. do 2 hod. 58 (38 %), do 30 minut čekalo 24 (16 %) respondentů. Nepamatuje si 6 (3 %) respondentů. Dostí velký počet respondentů uvedlo, že čekalo více jak 2 hodiny 26 (17 %), 40 (26 %) respondentů čekalo od 30 minut do 1 hod.

Otázka č. 6: Byl Vám vysvětlen důvod případného čekání?

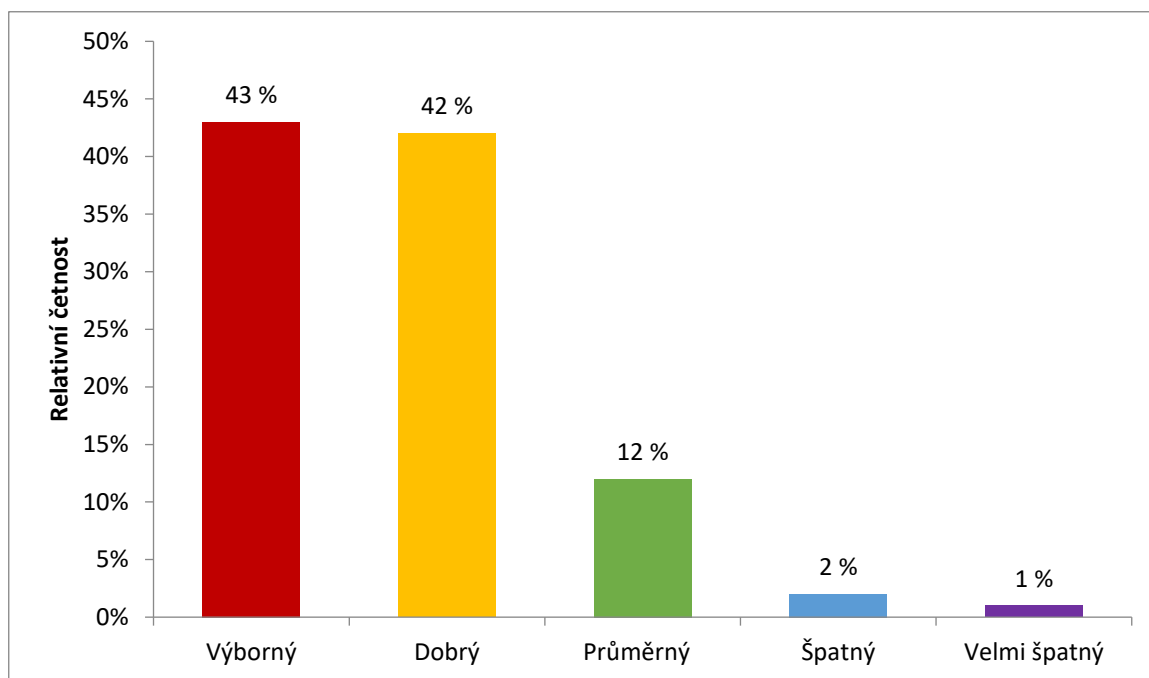


Graf 6: Byl vysvětlen důvod čekání?

Zdroj: vlastní zpracování

Důvod čekání na vyšetření byl lékařem vysvětlen 70 (45 %) respondentům, 56 (36 %) důvod nebyl vysvětlen, 28 (18 %) respondentů nečekalo.

Otázka č. 7: Jak hodnotíte přístup zdravotní sestry?



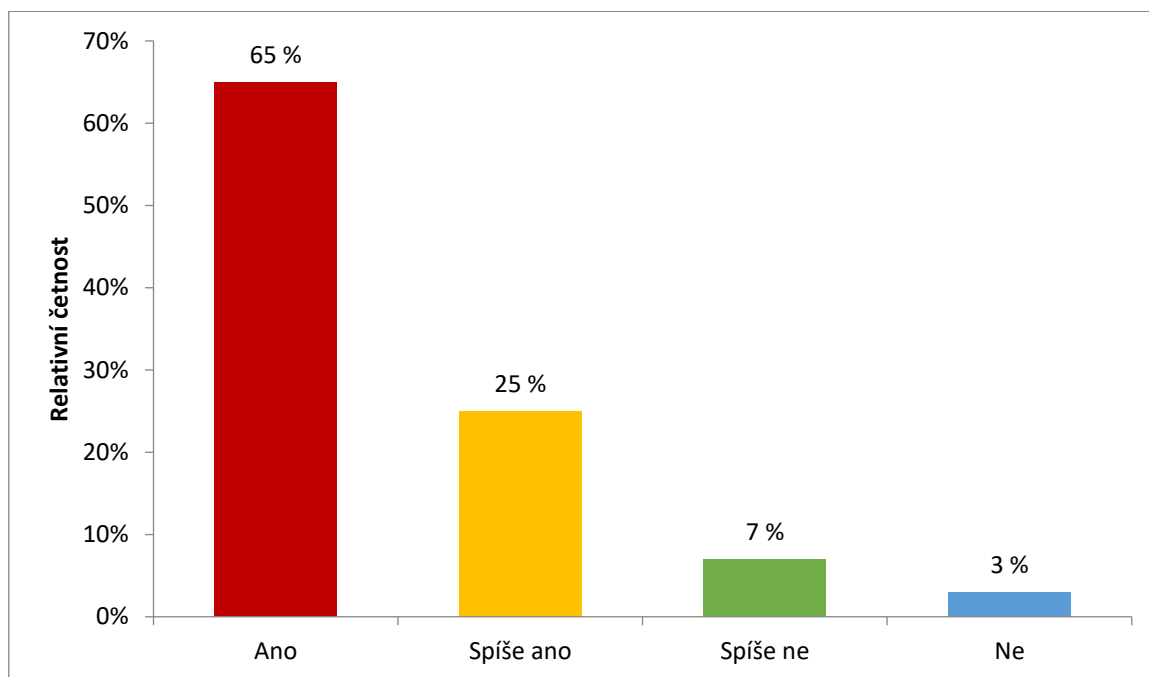
Graf 7: Přístup zdravotní sestry

Zdroj: vlastní zpracování

S přístupem zdravotní sestry bylo spokojeno výborně 66 (43 %) respondentů, dobře hodnotilo 64 (42 %) respondentů, průměrně 18 (12 %), špatně 4 (2 %) a velmi špatně 2 (1 %) respondentů.

Přístup zdravotních sester byl hodnocen převážně pozitivně.

Otázka č. 8: Působila zdravotní sestra profesionálně a odborně?



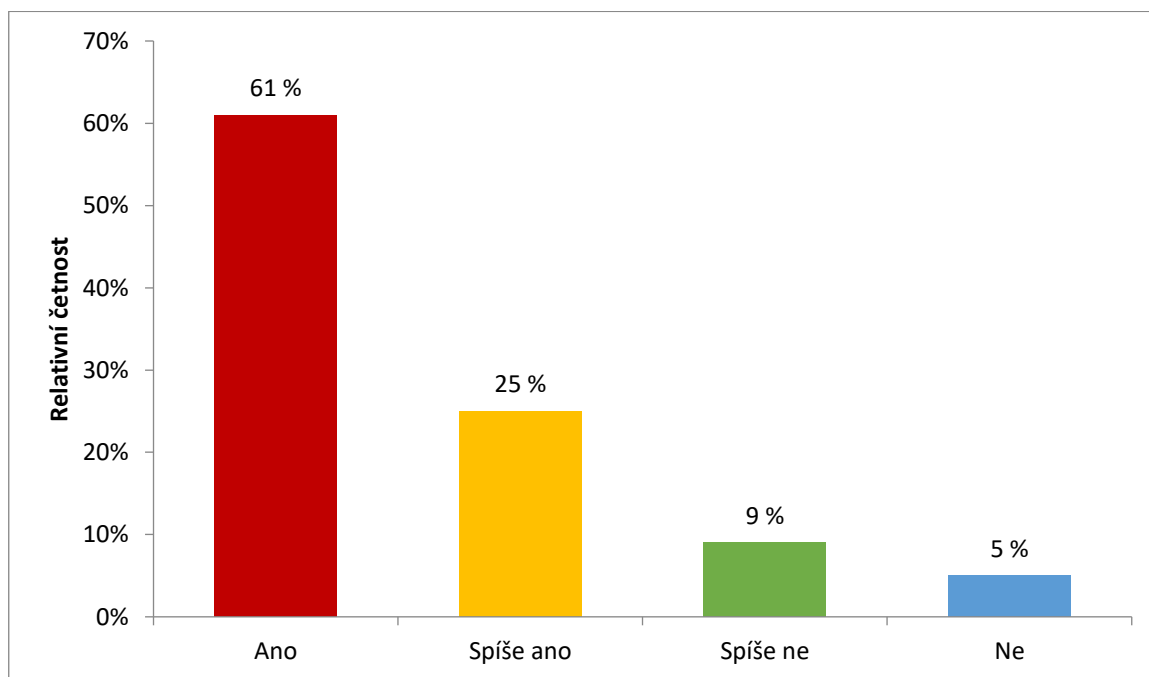
Graf 8: Působila zdravotní sestra profesionálně a odborně?

Zdroj: vlastní zpracování

100 (65 %) respondentů uvedlo, že sestra působila profesionálně a odborně, 38 (25 %) uvedlo, že spíše ano, 10 (7 %) uvedlo, že spíše ne a 6 (3 %) uvedlo, že nepůsobila odborně a profesionálně.

Sestry byly vnímány převážně pozitivně, jako profesionální.

Otázka č. 9: Cítil/a jste důvěru ke zdravotní sestře?



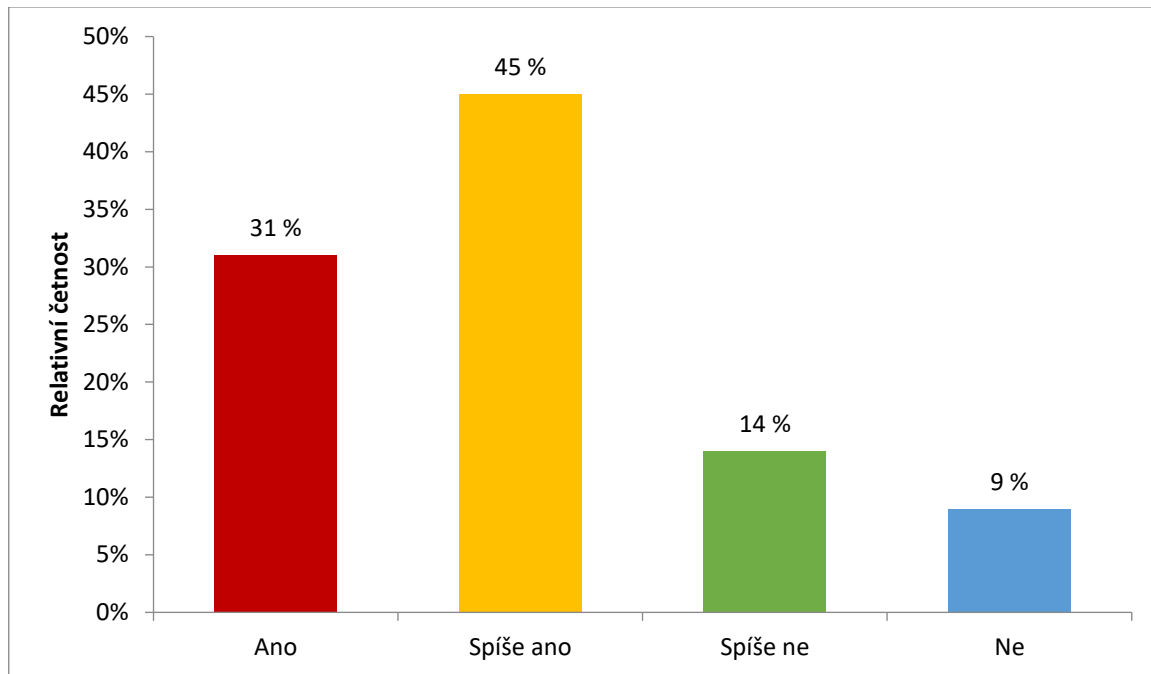
Graf 9: Důvěra ke zdravotní sestře

Zdroj: vlastní zpracování

94 (61 %) respondentů mělo důvěru ke zdravotní sestře, 38 (25 %) spíše ano, 14 (9 %) respondentů uvedlo, že spíše ne a 8 (5 %) nemá důvěru.

Většina pacientů důvěřovala zdravotní sestře.

Otázka č. 10: Měla sestra dostatek času se vám věnovat?



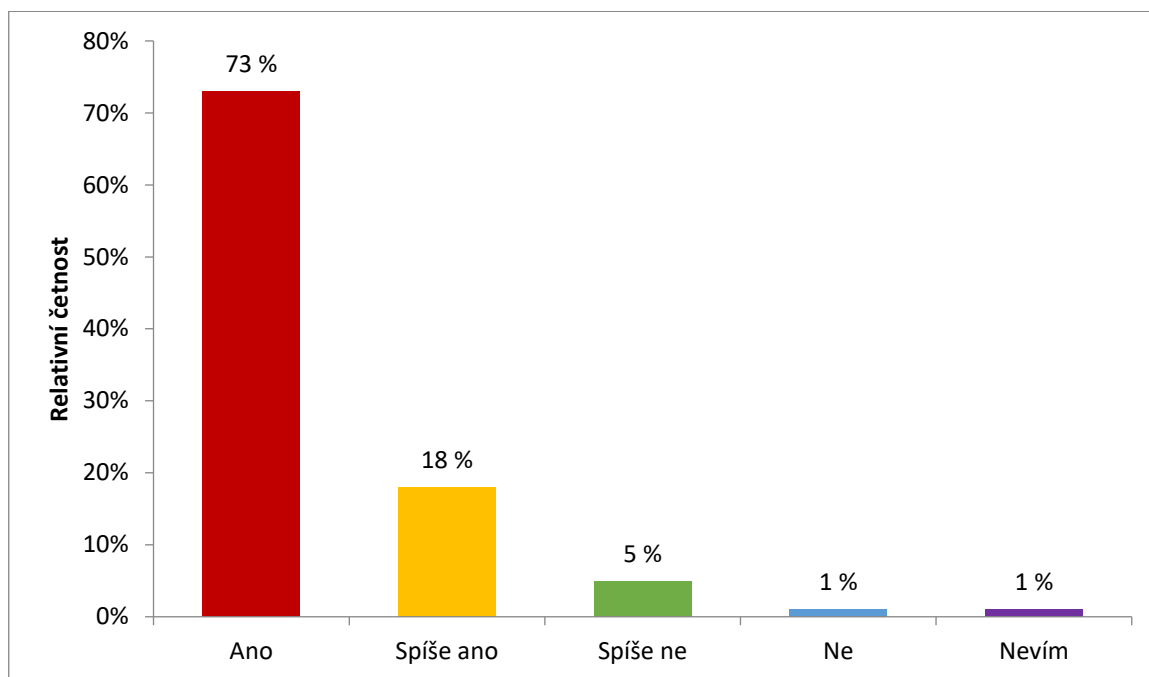
Graf 10: Měla sestra dostatek času se Vám věnovat?

Zdroj: vlastní zpracování

Z uvedeného grafu vyplývá, že 48 (31 %) respondentů uvedlo, že se jim sestra dostatečně věnovala, 70 (45 %) uvádí, že spíše ano, spíše ne uvedlo 22 (14 %) respondentů, spíše ne uvedlo 14 (9 %) respondentů.

Část pacientů vnímala nedostatek času.

Otázka č. 11: Byla při ošetření dodržena hygiena a bezpečnost (rukavice, dezinfekce)?



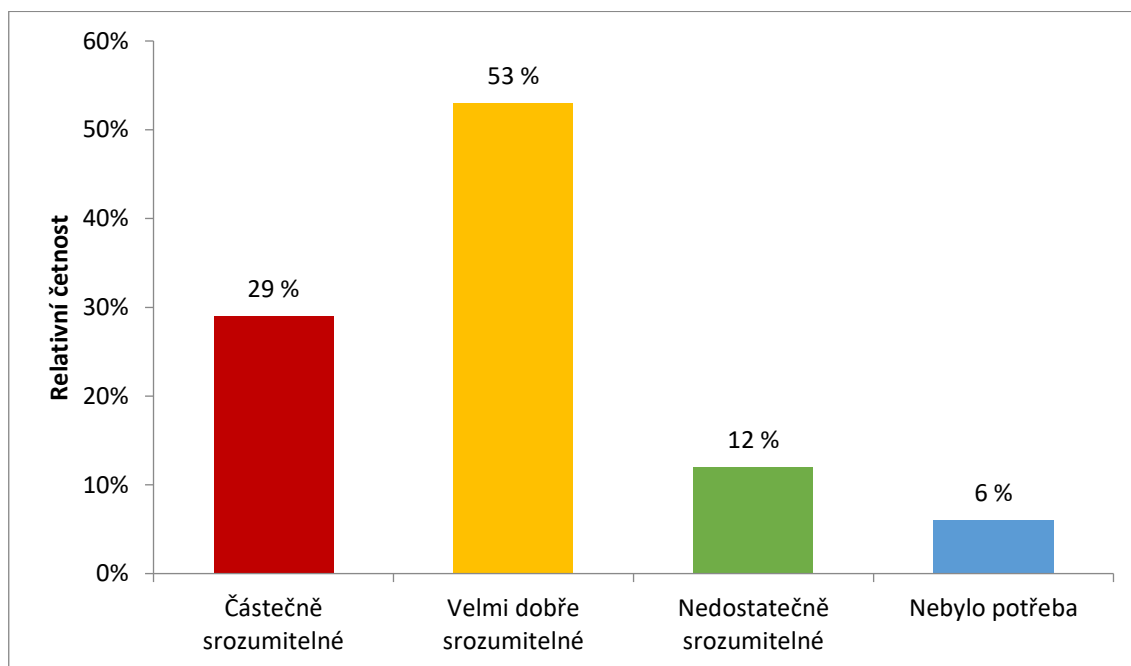
Graf 11: Dodržení hygieny a bezpečnosti při ošetření

Zdroj: vlastní zpracování

112 (73 %) respondentů uvedlo, že hygiena a bezpečnost byla dodržena, 28 (18 %) uvedlo, spíše ano, 8 (5 %) uvedlo spíše ne, u 4 (1 %) respondentů hygiena a bezpečnost nebyla dodržena, 2 (1 %) uvedlo, že neví.

Dodržení hygieny a bezpečnosti bylo hodnoceno velmi pozitivně.

Otázka č. 12: Byla Vám vysvětlena povaha onemocnění a doporučení terapie?

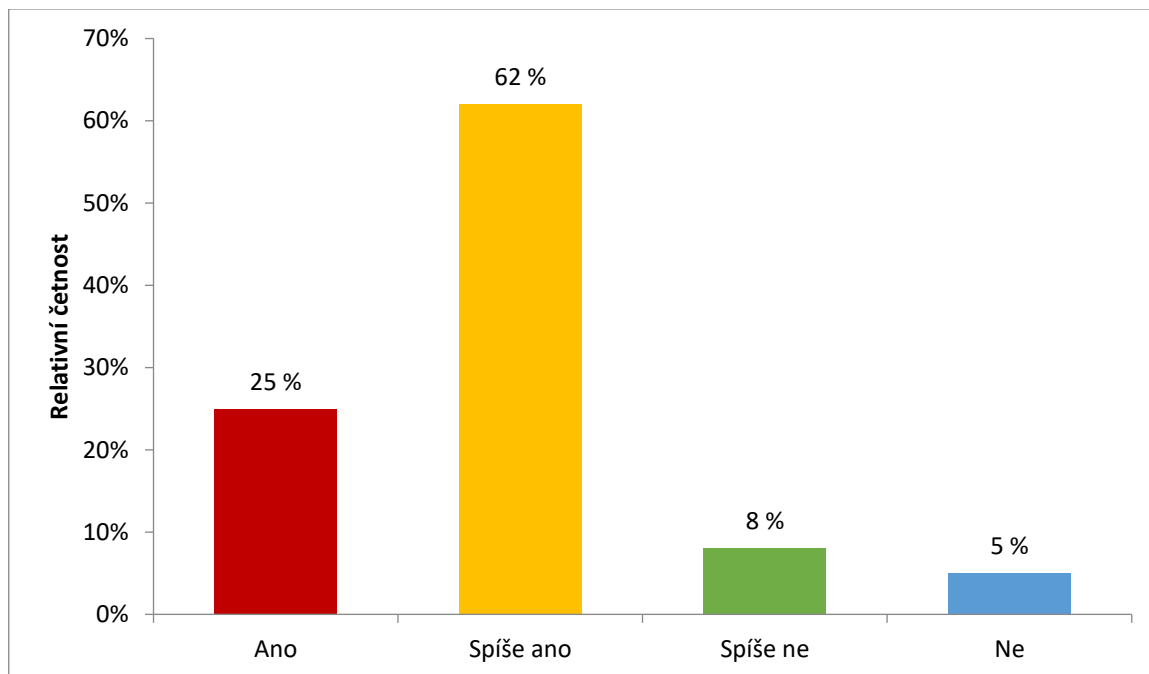


Graf 12: Vysvětlení povahy onemocnění a doporučení terapie

Zdroj: vlastní zpracování

42 (29 %) respondentů uvedlo, že informace byly částečně srozumitelné, velmi dobře srozumitelné byly informace 84 (53 %) respondentům, nedostatečně srozumitelné byly informace 18 (12 %) respondentům a 10 (6 %) uvedlo, že nebylo potřeba.

Otázka č. 13: Porozuměl/a jste poskytnutým informacím?

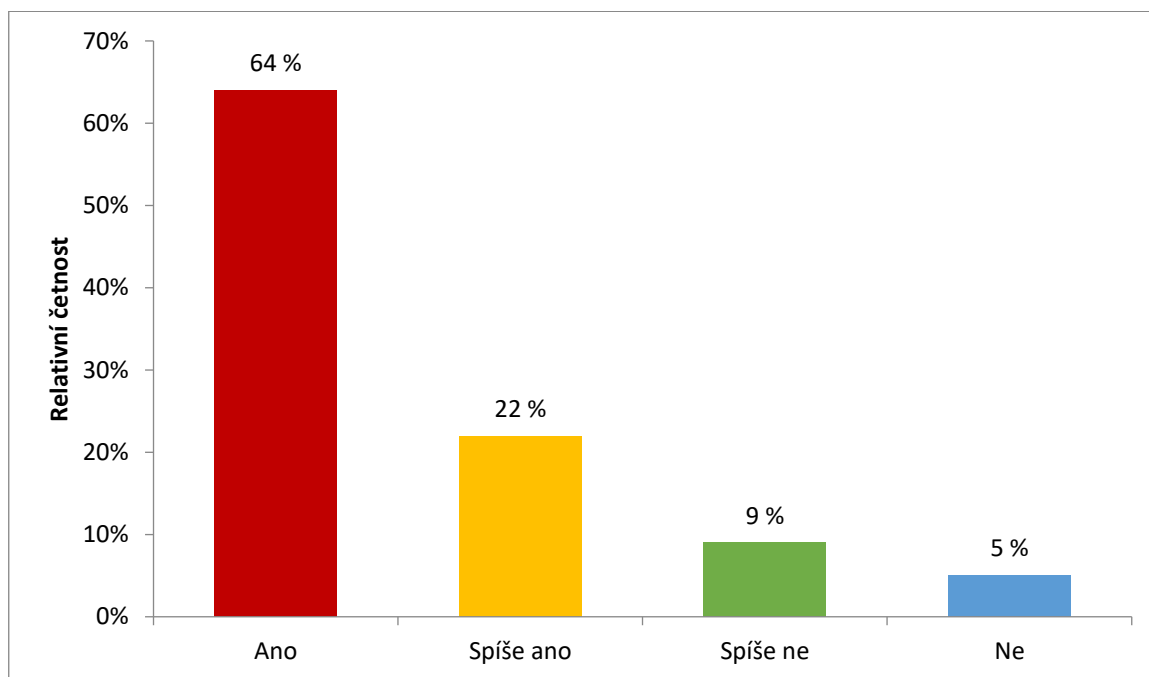


Graf 13: Porozumění poskytnutým informacím

Zdroj: vlastní zpracování

Poskytnuté informace byly srozumitelné 38 (25 %) respondentům, spíše ano 96 (62 %) respondentům, spíše ne byly 12 (8 %) respondentům a ne 8 (5 %).

Otázka č. 14: Byl respektován Váš stud a soukromí?

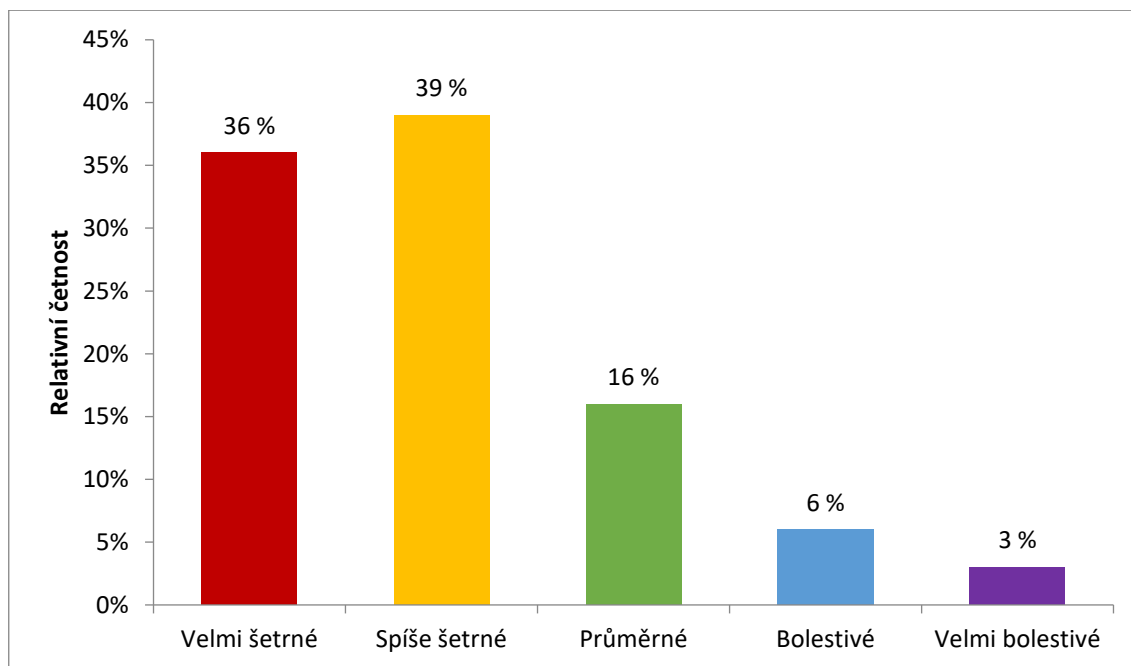


Graf 14: Hodnocení soukromí pacienta při vyšetření

Zdroj: vlastní zpracování

Naprostá většina respondentů 98 (64 %) byla spokojena s dodržováním intimity a soukromí při vyšetření. 34 (22 %) odpovědělo, že spíše ano, 14 (9 %) spíše ne, pouze 8 (5 %) respondentů uvedlo, že neměli dostatek soukromí.

Otázka č. 15: Jak hodnotíte šetrnost ošetření (převaz, výkon)?



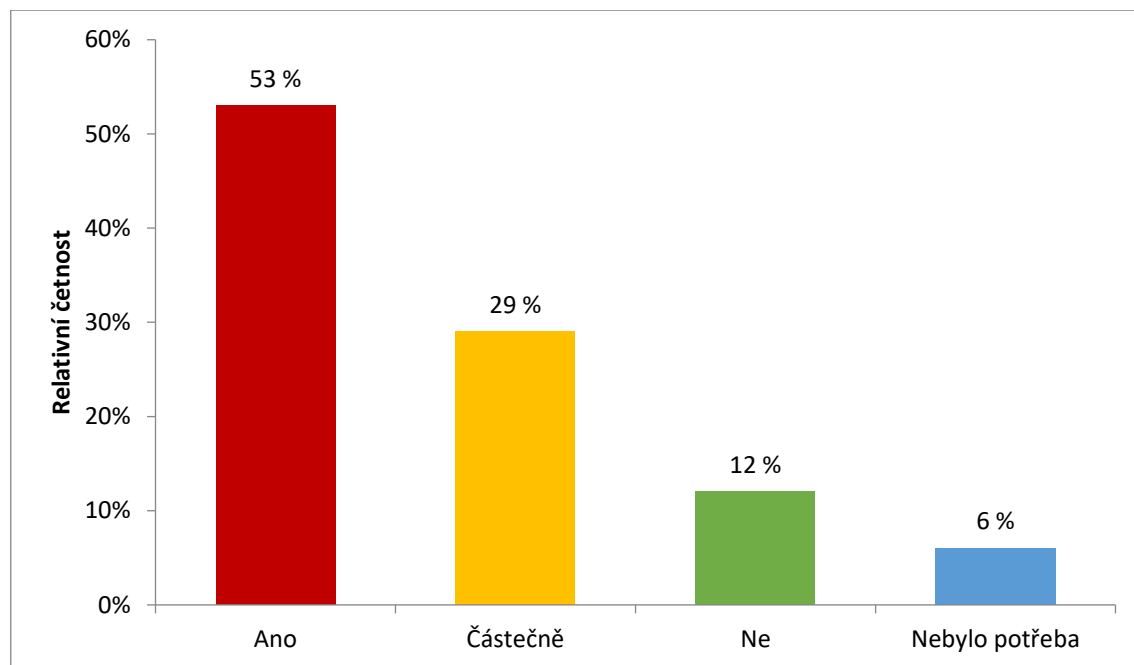
Graf 15: Hodnocení šetrnosti při převazu, výkonu

Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědí vyplývá, že 56 (35 %) respondentů hodnotí převazy a výkony velmi šetrně, 60 (39 %) hodnotí spíše šetrně, 24 (16 %) průměrně, bolestivě hodnotí výkony 10 (6 %) respondentů a velmi bolestivě 4 (3 %) respondentů.

Ošetření bylo vnímáno většinou jako šetrné.

Otázka č. 16: Byla vám vysvětlena péče o ránu nebo další postup léčby?

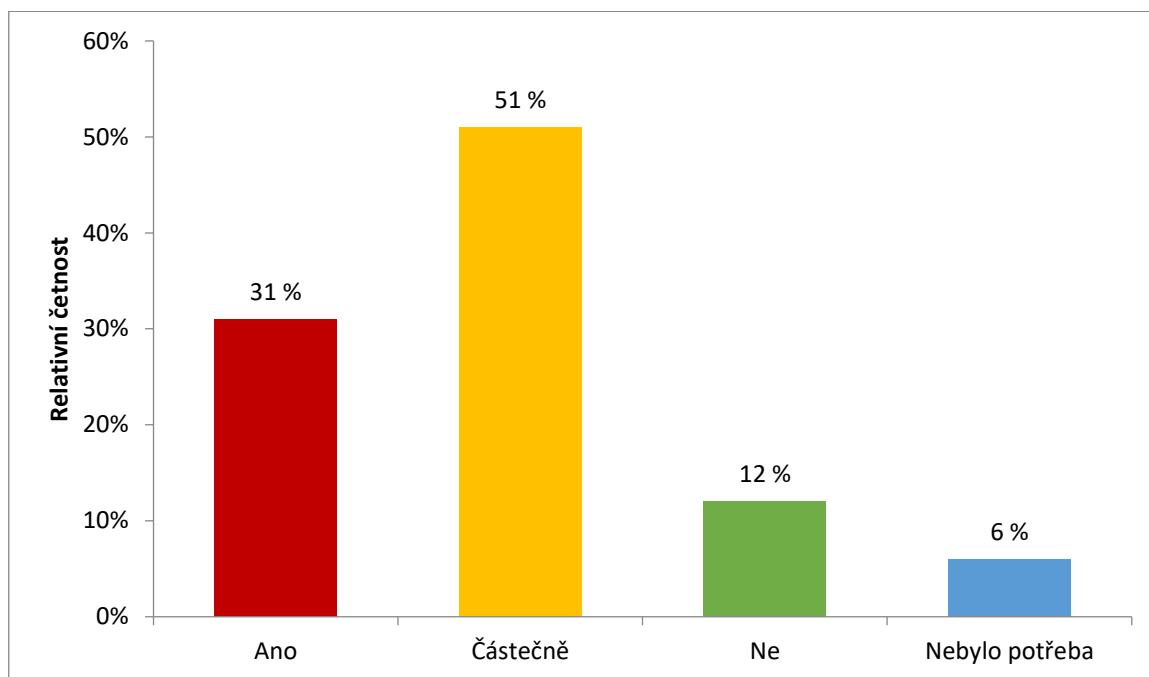


Graf 16: Péče o ránu nebo další postup léčby

Zdroj: vlastní zpracování

82 (53 %) respondentů uvedlo, že jim bylo vše vysvětleno, 44 (29 %) odpovědělo, že částečně, 18 (12 %) respondentům nebyl vysvětlen další postup a 10 (6 %) uvedlo, že nebylo potřeba.

Otázka č. 17: Byla Vám poskytnuta edukace o domácí péči?

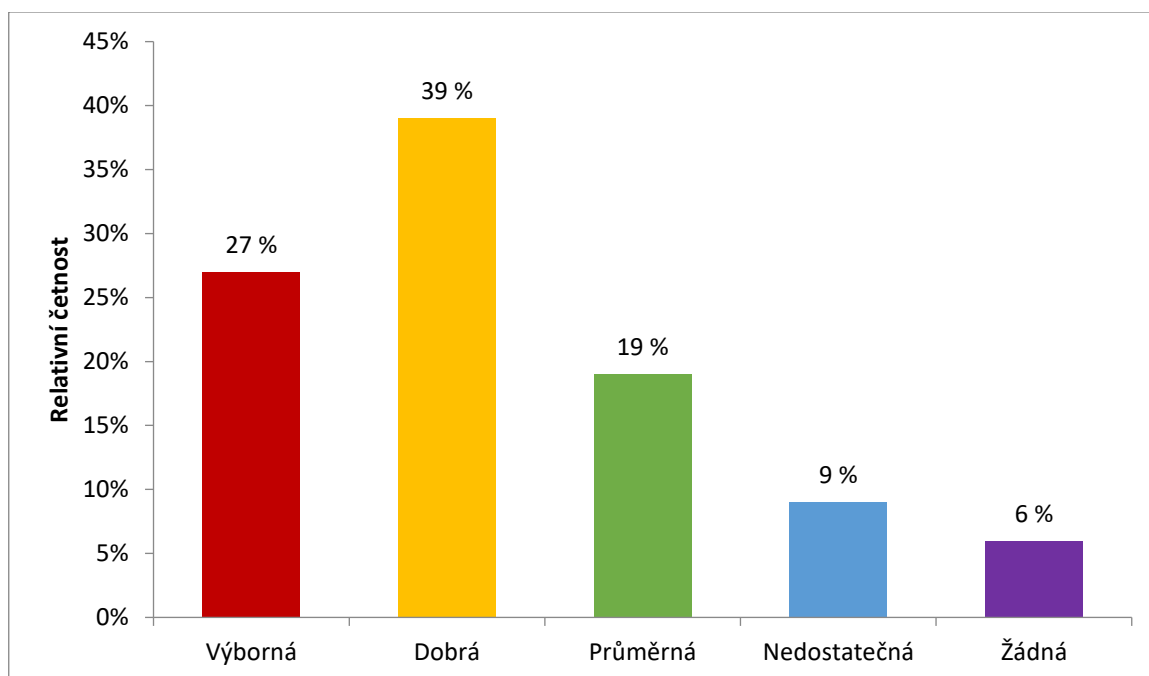


Graf 17: Poskytnutí edukace o domácí péči

Zdroj: vlastní zpracování

48 (31 %) respondentů uvedlo, že byla poskytnuta edukace, 78 (51 %) uvedlo, že částečně, 18 (12 %) respondentům nebyla poskytnuta edukace, u 10 (6 %) nebyla edukace potřeba.

Otázka č. 18: Jak hodnotíte kvalitu edukace?

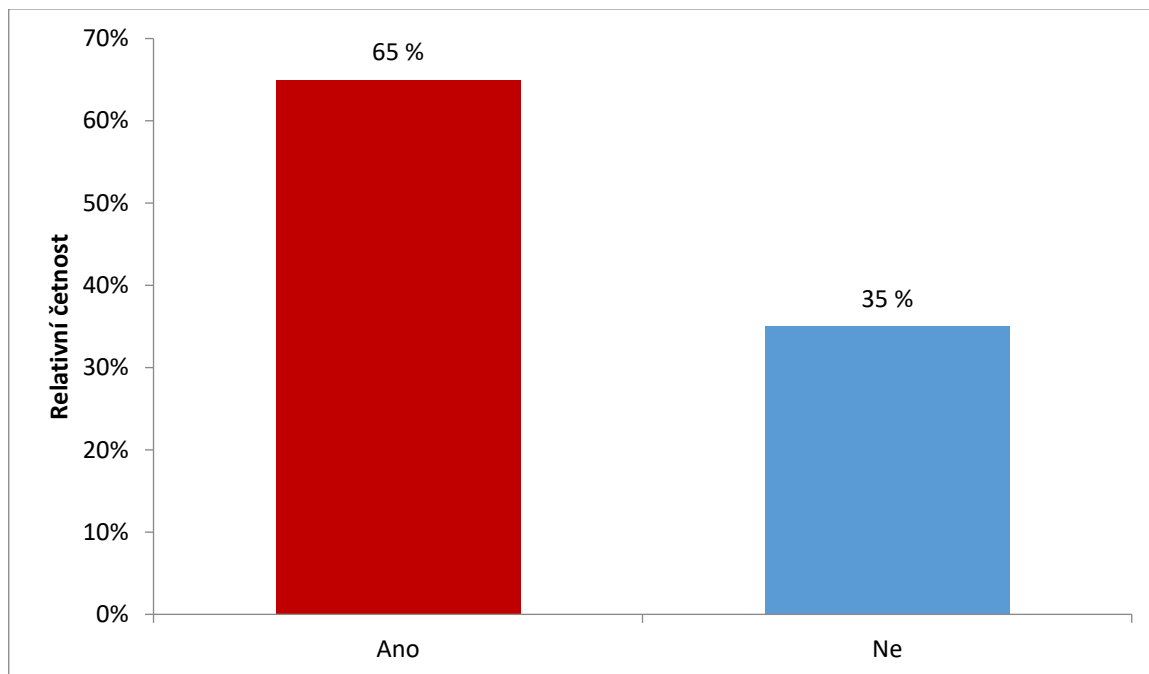


Graf 18: Kvalita edukace

Zdroj: vlastní zpracování

Podle 42 (27 %) respondentů je kvalita edukace výborná, dobrá je podle 60 (39 %) respondentů, za průměrnou uvedlo 30 (19 %) respondentů, nedostatečně hodnotilo 14 (9 %) a žádnou uvedlo 8 (6 %) respondentů.

Otázka č. 19: Víte, na koho se obrátit v případě komplikací?

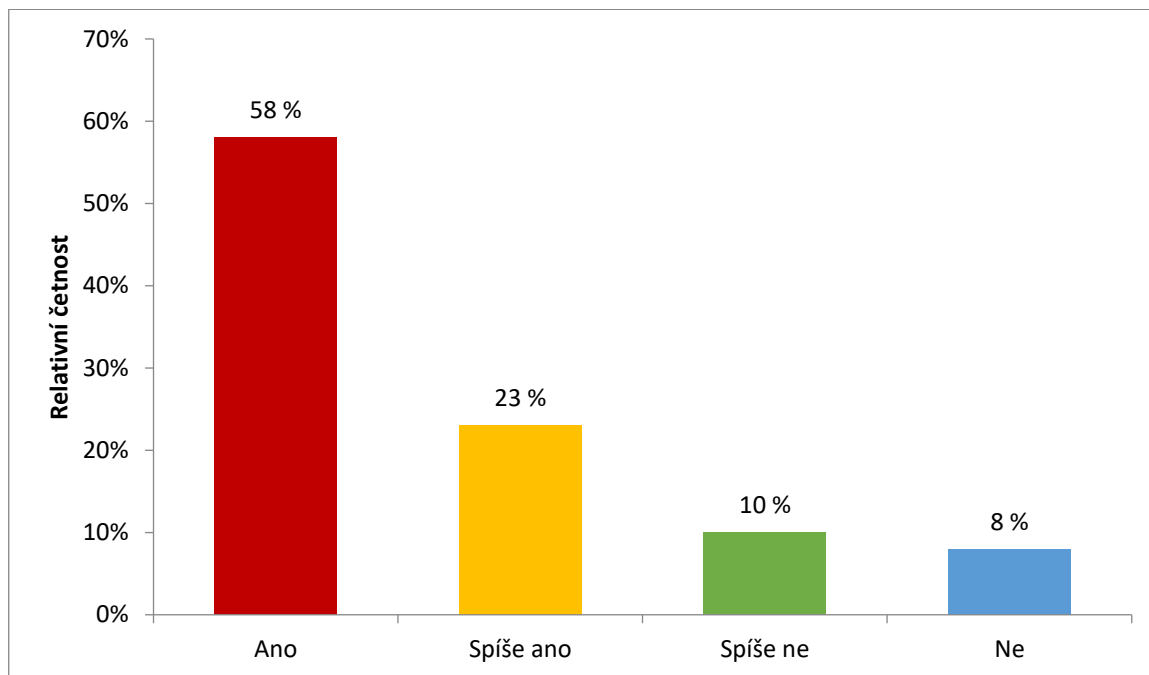


Graf 19: Na koho se obrátit v případě komplikací

Zdroj: vlastní zpracování

100 (65 %) respondentů ví, na koho se obrátit v případě komplikací, 54 (35 %) neví na koho se obrátit.

Otázka č. 20: Poskytla Vám sestra prostor pro dotazy?

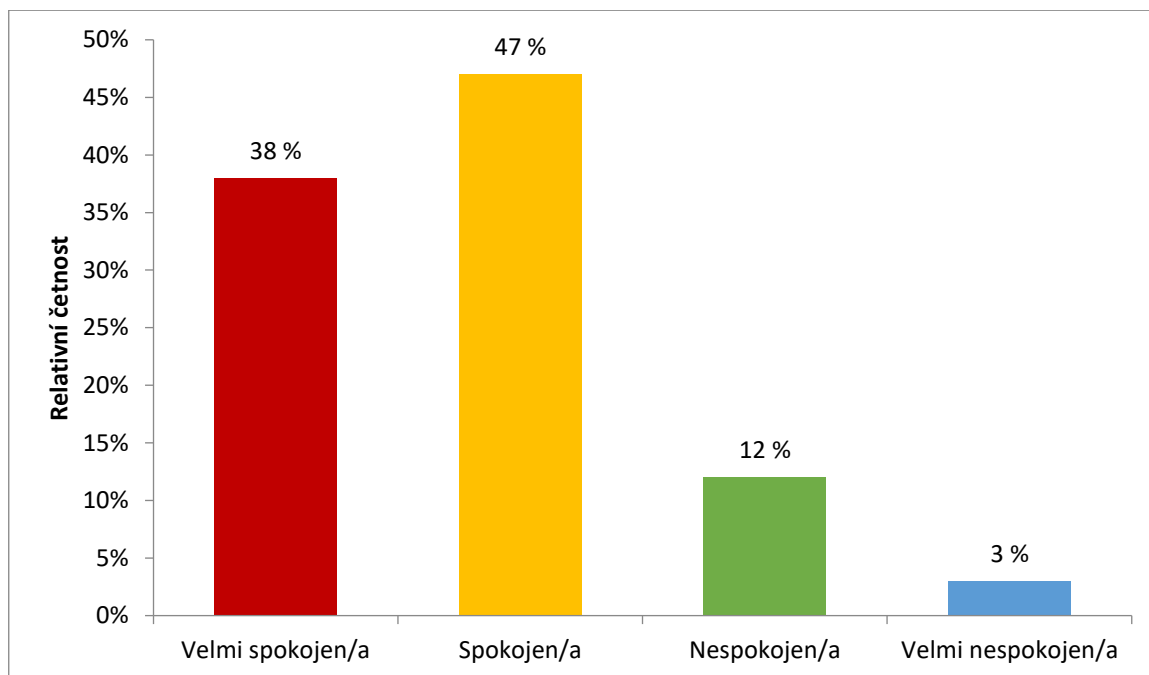


Graf 20: Poskytnutí prostoru pro dotazy

Zdroj: vlastní zpracování

90 (58 %) respondentů uvedlo, že měli prostor pro dotazy, spíše ano uvedlo 36 (23 %) respondentů, 16 (10 %) respondentů uvedlo, že spíše ne, 12 (8 %) nemělo žádný prostor pro dotazy.

Otázka č. 21: Jak celkově hodnotíte ošetřovatelskou péči?

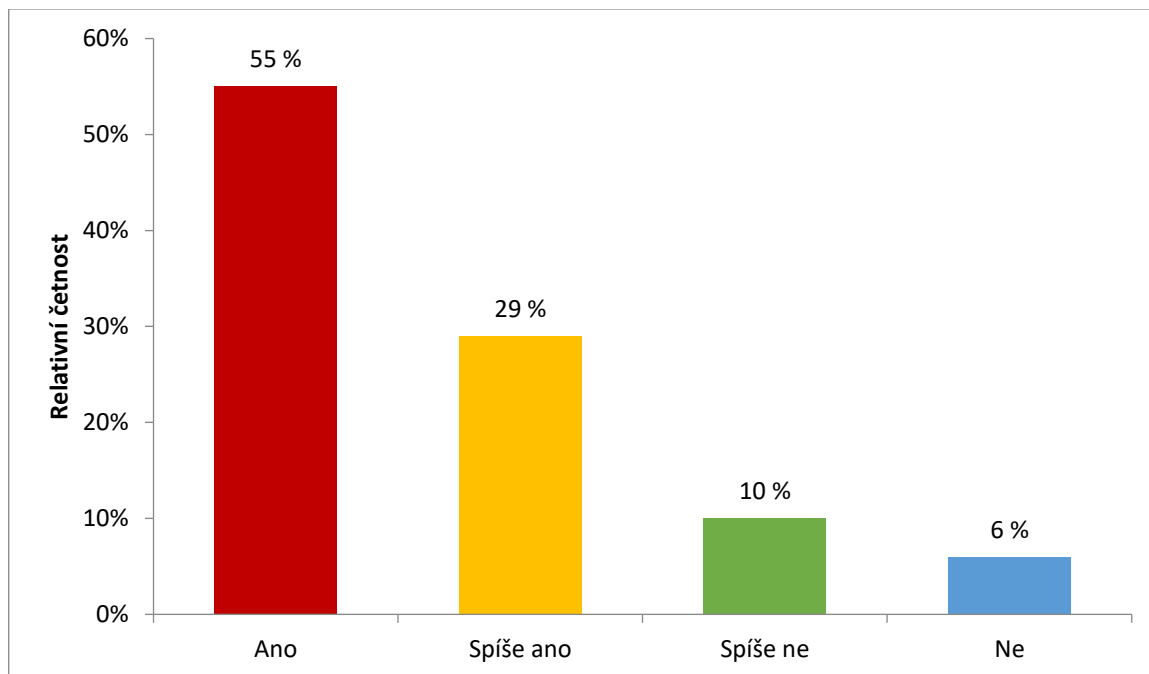


Graf 21: Celkové hodnocení ošetřovatelské péče

Zdroj: vlastní zpracování

58 (38 %) respondentů hodnotilo ošetrovatelskou péči velmi spokojen/a, 72 (47 %) bylo spokojeno, nespokojeno bylo 18 (12 %) respondentů a velmi nespokojeno uvedlo 6 (3 %) respondentů.

Otázka č. 22: Doporučil/a byste ambulanci ostatním pacientům?



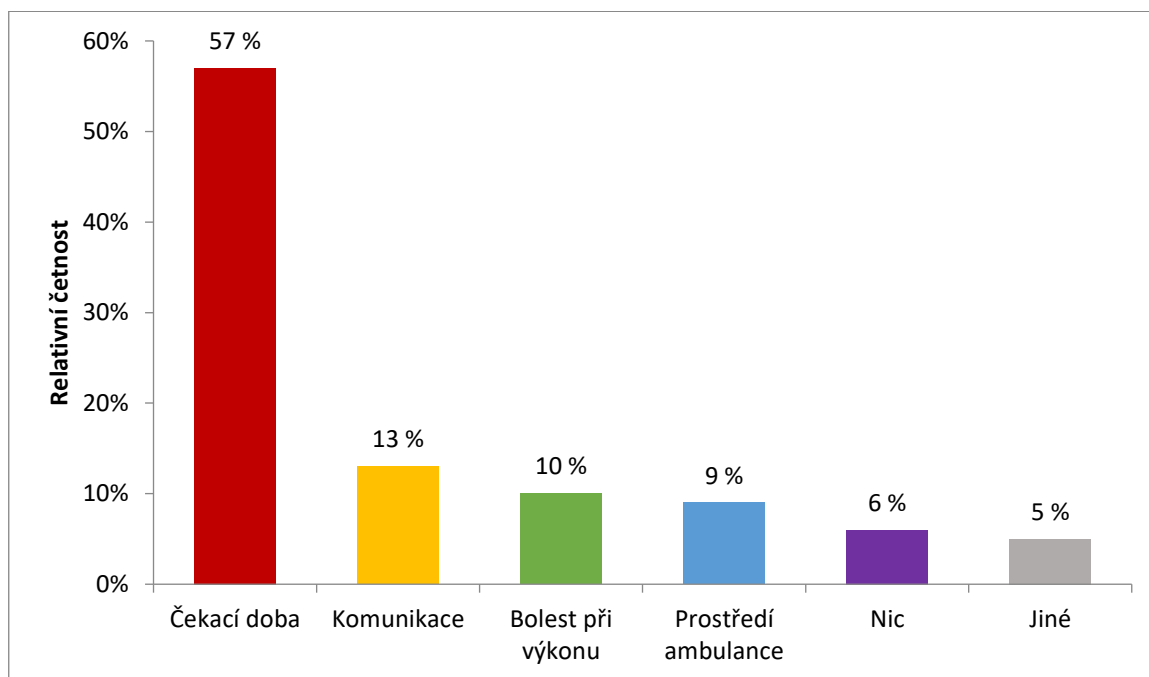
Graf 22: Doporučení ambulance ostatním pacientům

Zdroj: vlastní zpracování

Naprostá většina respondentů tj. 84 (55 %) by si opět vybrala naše pracoviště ke svému případnému dalšímu ošetření, spíše ano volilo 44 (29 %) respondentů, spíše ne 16 (10 %) respondentů, pouze 10 (6 %) již nikoliv.

Ambulanci by doporučilo 128 (84 %) respondentů.

Otázka č. 23: Co Vám během návštěvy vadilo nejvíce?



Graf 23: Co nejvíce vadilo při návštěvě ambulance

Zdroj: vlastní zpracování

Naprostá většina respondentů tj. 88 (57 %) uvedla dlouhou čekací dobu, 20 (13 %) respondentů uvedlo špatnou komunikaci, bolest při výkonu uvedlo 16 (10 %) respondentů, prostředí ambulance se nelíbilo 14 (9 %) respondentům, 10 (6 %) respondentům nevadilo nic a 6 (5 %) označilo jiné.

Nejvýznamnějším problémem byla čekací doba.

5 Diskuze

Diskuze je zaměřená na zhodnocení výsledků výzkumu, zodpovězení výzkumných otázek a porovnání výsledků výzkumu s dalšími výzkumy jiných autorů. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči na chirurgické ambulanci z pohledu pacientů. Výsledky této bakalářské práce lze porovnat se závěry publikovanými World Health Organization, která dlouhodobě zdůrazňuje význam patientsky orientované péče (patient-centered care).

V této práci bylo zjištěno, že většina respondentů hodnotí ošetrovatelskou péči pozitivně, zejména v oblasti přístupu zdravotních sester, jejich profesionality a komunikace. Podobné závěry uvádí i WHO, podle které patří právě komunikace, respekt k pacientovi a odborná úroveň zdravotnického personálu mezi klíčové faktory ovlivňující spokojenost pacientů (WHO, 2018).

Zásadním zjištěním této práce byla skutečnost, že největším problémem pacientů byla dlouhá čekací doba na ošetření. Tento faktor je jako významný determinant spokojenosti uváděn i v zahraničních studiích a doporučeních WHO, kde je organizace péče a dostupnost služeb považována za jeden z hlavních ukazatelů kvality péče (WHO, 2018).

V oblasti edukace pacientů bylo zjištěno, že část respondentů nepovažuje poskytnuté informace za dostatečné. WHO přitom zdůrazňuje, že informovaný pacient je aktivním účastníkem péče a kvalitní edukace vede ke zlepšení zdravotních výsledků i spokojenosti pacienta.

Na základě porovnání lze konstatovat, že výsledky této práce jsou v souladu se zahraničními poznatky. Ošetrovatelská péče je pacienty hodnocena pozitivně, avšak kvalitu poskytované péče významně ovlivňují organizační faktory, zejména čekací doba a informovanost pacientů.

V roce 2015 proběhlo v soukromé nemocnici v Istanbulu (Turecko) dotazníkové šetření „Spokojenosti pacientů s kvalitou ošetrovatelské péče“. Vzorek tvořilo 635 pacientů propuštěných ze soukromé nemocnice. Data byla shromážděna pomocí dotazníku s celkem 19 položkami a dotazníku určeného k zaznamenávání sociodemografických charakteristik a anamnéz (Karaca A, Durna Z., 2019).

Výsledky tohoto šetření ukázaly, že sestry by měly informovat pacienty o každé aplikaci a postupu a poskytnout nezbytná vysvětlení o nemoci, diagnóze a léčbě, aby byla zajištěna spokojenost pacientů a poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče. Výsledky také ukázaly, že sestry by měly poskytovat péči v rámci respektu, přízně a zdvořilosti vůči pacientům zdůrazněním důležitosti komunikace. Kromě toho byli pacienti velmi spokojeni s celkovou kvalitou nemocniční péče, ošetrovatelské péče a uvedli, že tuto nemocnici doporučí svým rodinám a přátelům (Karaca A, Durna Z., 2019).

Ze zde provedeného dotazníkového šetření vyplynulo, že v celkovém počtu 154 respondentů bylo zastoupeno 59 mužů a 95 žen.

Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byla věkovou skupina 46–60 let tj. 54 (35 %), z hlediska dosaženého vzdělání byli nejvíce zastoupeni středoškoláci 60 (39 %) respondentů, 10 respondentů (tj. 13 %) dosáhl pouze základního vzdělání. Většina respondentů navštívila naše pracoviště opakovaně 110 (71 %). Čekací doba se nejčastěji (58 respondentů tj. 38 %) pohybovala v rozmezí 1–2 hodin.

Další otázky byly zaměřené na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a spokojenost respondentů.

5.1 Vyhodnocení hypotéz

H1: Většina pacientů je spokojena s ošetrovatelskou péčí

1. Použité otázky:
 - Otázka 21: Celková spokojenost
2. Vyhodnocení:
 - Za spokojené pacienty považujeme odpovědi:
 - „velmi spokojen/a“
 - „spokojen/a“

Hypotéza H1 byla potvrzena, protože 130 (tj. 85 %) respondentů uvedlo spokojenost s ošetrovatelskou péčí.

H2: Pacienti hodnotí přístup zdravotních sester pozitivně

1. Použité otázky:
 - Otázka 7: Přístup zdravotní sestry
 - Otázka 8: Profesionalita
 - Otázka 9: Důvěra
2. Vyhodnocení:
 - Za spokojené hodnocení považujeme:
 - „výborný“, „dobrý“
 - „ano“, „spíše ano“

Hypotéza H2 se potvrdila, přístup sester byl hodnocen převážně pozitivně, byly vnímány jako profesionální.

H3. Čekací doba negativně ovlivňuje spokojenost pacientů.

1. Použité otázky:
 - Otázka 5: Čekací doba
 - Otázka 22: Největší problém
 - Otázka 21: Celková spokojenost
2. Vyhodnocení:
 - Čekací dobu označilo jako problém nejvíce respondentů.

Hypotéza H3 byla potvrzena, protože čekací doba byla nejčastěji uváděným negativním faktorem.

H4. Edukace pacientů není vždy dostatečná

1. Použité otázky:
 - Otázka 14: Vysvětlení péče
 - Otázka 15: Srozumitelnost
 - Otázka 18: Poskytnutí edukace
 - Otázka 19: Kvalita edukace
2. Vyhodnocení:
 - Sledujeme odpovědi
 - „částečně“
 - „ne“
 - „nedostatečná“

Hypotéza H4 byla potvrzena, jelikož část respondentů hodnotila edukaci jako nedostatečnou.

Závěrem bylo zjišťováno, zda by respondenti doporučili ambulanci i ostatním pacientům a naprostá většina tj. 128 (84 %) respondentů by si naše pracoviště opět vybrala k dalšímu případnému ošetření.

Pro ověření stanovených hypotéz byly využity vybrané položky dotazníku. Jednotlivé hypotézy byly vyhodnoceny na základě procentuálního zastoupení odpovědí respondentů, přičemž za potvrzení hypotézy bylo považováno dosažení nadpoloviční většiny nebo významného zastoupení sledovaného jevu.

5.2 Návrhy opatření

Bakalářská práce se zabývala hodnocením ošetrovatelské péče na chirurgické ambulanci z pohledu pacientů. Hlavním cílem bylo zjistit míru spokojenosti pacientů a identifikovat oblasti, které je možné zlepšit.

Na základě provedeného dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 154 respondentů, bylo zjištěno, že pacienti jsou s ošetrovatelskou péčí převážně spokojeni. Nejlépe byla hodnocena profesionalita sester, jejich přístup k pacientům a dodržování hygienických zásad.

Naopak velkým problémem byla identifikována dlouhá čekací doba na ošetření, která negativně ovlivňuje celkovou spokojenost pacientů. Nedostatky byly zaznamenávány také v oblasti edukace pacientů, zejména v její úplnosti a srozumitelnosti.

Lze tedy konstatovat, že i přes celkově pozitivní hodnocení ošetrovatelské péče existují oblasti, které je vhodné dále rozvíjet a zlepšovat.

5.2.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků dotazníkového šetření byla navržena následující doporučení:

1. Zlepšení organizace péče
 - optimalizace objednávkového systému
 - rozložení pacientů během ordinační doby
 - snížení čekací doby
2. Informovanost pacientů

- aktivně informovat pacienty o důvodu čekání
 - zlepšit komunikaci při organizaci provozu
3. Posílení edukace pacientů
- důsledně poskytovat informace o domácí péči
 - využívat edukační materiály
 - ověřovat porozumění pacienta
4. Podpora komunikace
- vytvořit dostatečný prostor pro dotazy pacientů
 - podporovat empatický přístup zdravotních sester
5. Personální a časové zajištění
- zajistit dostatek času na individuální péči o pacienta
 - zvážit posílení personálu v exponovaných časech

Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň spokojenosti pacientů a identifikovat faktory, které tuto spokojenost ovlivňují.

Výsledky průzkumu potvrdily, že převážná část respondentů je velmi spokojená s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Bylo také zjištěno, že celkovou spokojenost pacientů výrazně ovlivňují organizační faktory, zejména délka čekací doby na ošetření. Právě čekací doba byla nejčastěji uváděným aspektem, který může snižovat pozitivní vnímání jinak kvalitně poskytované péče. Určité rezervy byly také zjištěny v oblasti edukace pacientů, především v její úplnosti a systematičnosti.

Výsledky práce poukazují na skutečnost, že kvalita ošetrovatelské péče není dána pouze odbornými znalostmi a dovednostmi zdravotnického personálu, ale je významně ovlivněna také organizací práce, komunikací a dostatečnou informovaností pacientů.

Za přínos této práce lze považovat získání zpětné vazby od pacientů, která může sloužit jako podklad pro zlepšení kvality poskytované péče. Identifikace problematických oblastí, zejména čekací doby a edukace, může vést k zavedení konkrétních opatření v praxi.

Lze tedy konstatovat, že i přes celkově pozitivní hodnocení ošetrovatelské péče existují oblasti, které mají potenciál ke zlepšení a mohou přispět ke zvýšené spokojenosti pacientů i kvality ošetrovatelské péče.

Z výše uvedeného lze konstatovat, že cíl této bakalářské práce byl naplněn.

Seznam použité literatury

- Bártlová S. a H. Hnilicová. 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN 80-7013-311-2.
- Drahošová L. a D. Jarošová, 2013, *Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na chirurgických odděleních nemocnic kraje Vysočina*, Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, online [cit. 2025-12-10], dostupné na: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/03/03.pdf>
- Farkašová D. 2001. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
- HEALTHCARE INSTITUTE. *O nás* [online], [cit. 2026-02-01]. Dostupné z: <https://www.hc-institute.org/o-nas>
- Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019 Jan 4;6(2):535-545. doi: 10.1002/nop2.237. PMID: 30918704; PMCID: PMC6419107
- KOP HODNOCENÍ NEMOCNIC. *O projektu* [online]. [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
- Lávičková J. 2006. *Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů*. *Sestra*, roč. 16, č 4, s. 30–31. ISSN 1210-0404.
- MACH, Ján, 2010. *Lékař a právo: Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3503-0.
- Metodické pokyny Ministerstva zdravotnictví ČR k implementaci GDPR v rezortu zdravotnictví. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. [cit. 2026-01-22]. Dostupné z: www.mzcr.cz
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní hodnocení spokojenosti pacientů* [online]. 2021, 6. 9. 2023, [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/ukonceni-pilotniho-projektu-narodni-hodnoceni-spokojenosti-pacientu/>
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).
- Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2026 [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.
- Pejznochová I. 2010, *Kvalita v ošetrovatelské péči*, Česká asociace sester, online [cit. 2026-02-04] dostupné z: <https://www.csq.cz/res/data/000146.pdf>
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3557-3.
- Plevová I. a K. Adamicová, *Význam stanovení indikátorů kvality v poskytování ošetrovatelské péči*. 2012. Ostravská univerzita v Ostravě, LF, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, online [cit. 2026-01-06] dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2013/04/10.pdf>

- Podstatová, R. 2010. *Hygiena a epidemiologie pro ambulantní praxi*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-212-4.
- Somrová J. a S. Bártolová, 2012, *Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství*, online [cit. 2025-01-04] dostupné z:
https://www.researchgate.net/profile/Sylva_Bartlova/publication/299135831_Vyznam_akreditace_nemocnic_pro_oseetrovatelstvi/links/56ef311a08aed17d09f8757e.pdf
- Škrla P. a M. Škrlová, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- Škrla P. a M. Škrlová, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK, 2016. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-321-1.
- VOJENSKÁ NEMOCNICE BRNO. *Historie nemocnice* [online]. [cit. 2026-04-28].
Dostupné z: <https://www.vnbrno.cz/historie>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Delivering quality health services: A global imperative*. Geneva: WHO, 2018.
- Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. Vyd. 1. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 47 s. České ošetrovatelství. ISBN 80-701-3270-1
- Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (v aktuálním znění).
- Zlámal J. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. 2016 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Laboratoř růstových regulátorů. ISBN 978-80-7402-247-0.

Seznam příloh

Příloha A Dotazník

Příloha B Souhlas s výzkumem