

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Aneta Schejbalová

**Spokojenost pacientů s péčí na interních
odděleních**

Patient satisfaction with a care in medical wards

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Aneta Schejbalová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 24.6. 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne: 30.5. 2019

Aneta Schejbalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení, konzultaci, cenné rady, připomínky a trpělivý přístup při psaní mé bakalářské práce.

1 Obsah

Obsah

1	Obsah.....	5
2	Úvod.....	1
3	Teoretická část	2
3.1	Role pacienta	2
3.2	Charakteristika kvality ošetrovatelské péče	3
3.2.1	Indikátory kvality ošetrovatelské péče	4
3.3	Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	5
3.3.1	Vybrané techniky sledování spokojenosti pacientů	7
3.4	Chování sester k pacientovi během hospitalizace	8
3.4.1	Komunikace ve vztahu sestry – pacient	9
3.4.2	Informování pacienta	10
3.4.3	Edukace pacienta	11
3.5	Nemocniční prostředí.....	13
3.5.1	Charakteristika interního oddělení.....	13
3.5.2	Vliv nemocničního prostředí na spokojenost a uzdravování pacienta ..	13
3.5.3	Hlavní nemocniční stresory.....	15
3.5.4	Zajištění bezpečnosti pacienta.....	17
3.6	Bolest	18
3.6.1	Metody určování intenzity a umístění bolesti	19
3.6.2	Zásady při ošetrování nemocných trpících bolestí.....	20
3.6.3	Léčba bolesti	20
4	Empirická část.....	22
4.1	Metodika sběru dat	22
4.1.1	Charakteristika výzkumného souboru	24
4.1.2	Kritéria pro výběr respondentů.....	24
4.2	Výsledky šetření	25
4.2.1	Spokojenost pacientů s péčí na interních odděleních	26
5	Diskuze	37
6	Závěr.....	42
7	Seznam použité literatury	43
8	Přílohy	47
8.1	Seznam grafů	47
8.2	Seznam tabulek.....	47

2 Úvod

V dnešní době je pacient aktivní součástí celého ošetrovatelského procesu a dbá se na to, aby byl pacient s poskytovanou zdravotní péčí spokojený. Pacient se podílí na své léčbě, aktivně spolupracuje s ošetrovatelským týmem a jsou kladeny důrazy na jeho potřeby a práva. Zdravotničtí pracovníci se zaměřují na pacienta jako na bio-psycho-sociální bytost, respektují všechny jeho potřeby v těchto oblastech, přistupuje se k nim holisticky a snaží se vyhovět jeho přáním tak, aby dosáhli spokojenosti pacienta. Významným ukazatelem kvality poskytované péče je právě míra spokojenosti pacientů v daném zdravotnickém zařízení. (Payne, 2005)

Tato bakalářská práce se zabývá spokojeností pacientů s péčí na interních odděleních a dělí se na část teoretickou a část empirickou.

V první části teoretického oddílu jsou popsány role pacienta, charakteristika kvality ošetrovatelské péče a indikátory kvality. Dále je obecně popsána spokojenost pacientů s poskytovanou péčí a vybrané techniky pro sledování spokojenosti.

Druhá část teoretického oddílu se zabývá chováním sester k pacientovi během hospitalizace. Slušný a uctivý přístup k pacientovi během hospitalizace, důkladná informovanost a správná edukace pacienta zvyšuje míru spokojenosti.

Třetí část teoretického oddílu se věnuje nemocničnímu prostředí, a jaký má nemocniční prostřední vliv na spokojenost a uzdravování pacienta. Část zahrnuje popis interního oddělení, hlavní nemocniční stresory a zajištění bezpečnosti pacienta.

Ve čtvrté části teoretického oddílu je popsána bolest, její sledování, tišení a zásady ošetřování nemocného s bolestí během pobytu pacienta v nemocnici.

Záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat spokojenost a zkušenosti pacientů s nemocniční péčí na odděleních interního typu v jedné nejmenované fakultní nemocnici v České Republice (ČR). Data jsou získávaný pomocí strukturovaných modifikovaných dotazníků inspirovaných mezinárodní studií RN4CAST.

3 Teoretická část

3.1 Role pacienta

Hospitalizace nemocného člověka znamená vyřazení ho ze společnosti zdravých. Pacient se v nemocnici ocitá v postavení psychicky a společensky podřízeného člověka.

Sociální postavení mezi pacientem a personálem je zásadně odlišné. Při vstupu do nemocničního prostředí si nemocný jedinec musí osvojit novou roli a podřídit se autoritě zdravotnického personálu, která je vůči nemocnému uplatňovaná, a která také reguluje jejich chování. (Jarošová, 2000)

To, že někdo onemocní, není jen záležitostí jeho samého, ale celá situace se týká i jeho rodiny, přátel, zaměstnavatele, spolupracovníků a dalších lidí, kteří se pohybují v sociálním kontaktu s ním. Proto se o tomto hovoří jako o roli pacienta.

Zdůrazňovány tyto rysy role nemocného:

1. pacient by neměl být obviňován za to, že je nemocen a je třeba si uvědomit, že není schopný svůj stav odstranit vůlí,
2. pacient by měl být na základě jeho onemocnění zproštěn některých činností a povinností, které by jinak vykonával, jelikož na sebe bere jiné odpovědnosti týkající se nemoci,
3. od pacienta se očekává, že bude něco dělat pro to, aby se jeho zdravotní stav zlepšoval,
4. pacientova povinnost je dát najevo, že si je vědom svého nežádoucího stavu a jeho přechodností. (Plevová, 2018, Bártlová, 2005)

Ze sociálního pohledu je na pacienta nahlíženo jako na jedince, který se nachází v situaci, kdy mu nemoc brání ve vykonávání společenské role, kterou vykonával do doby, kdy byl zdravý. Pacient má 2 práva: zaměřuje se na své onemocnění a je zproštěn svých společenských závazků. Dále 2 povinnosti: vyhledat pomoc lékaře a spolupracovat při své léčbě. (Bártlová, 2005)

3.2 Charakteristika kvality ošetrovatelské péče

Cílem moderního ošetrovatelství je poskytovat velice kvalitní, vysoce humánní a vědecky fundovanou ošetrovatelskou péči. (Jarošová, 2000)

Kvalita ošetrovatelské péče má velký význam pro pacienty. Gladkij (2003, s. 292) definoval kvalitu ošetrovatelské péče jako *„Stupeň, v němž péče poskytována zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pacientů.“*

Stručně lze kvalitu ošetrovatelské péče definovat jako schopnost uspokojit požadavky, očekávání a potřeby pacienta. Kvalitu pacienti vnímají na základě toho, jaký přístup k nim mají zdravotničtí pracovníci, jaká je atmosféra a prostředí oddělení, jestli jsou pacienti a rodiny dostatečně informováni o jeho nemoci, co se s ním bude dít dále atd.

Za kvalitní nemocnici budou pacienti považovat tu, která má nejlepší poskytovanou léčbu a zabezpečuje i další potřeby člověka, které se týkají nezdravotních potřeb jako je přístup zdravotnického personálu k pacientovi apod. (Pešek, 2003)

Je mnoho faktorů, které ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče. Jedním ze základních faktorů, který ovlivňuje ošetrovatelskou péči, je bezpochyby kvalifikace a osobnost zdravotnického personálu. Znamená to neustále vzdělávání, profesionalitu a odpovědnost. Kvalita ošetrovatelské péče je výsledkem „dohody“ mezi pacienty, zdravotníky a vládou. Další faktory jsou např.: týmová práce zdravotnického kolektivu, aktivní zapojení pacienta, poskytování péče podle ošetrovatelských procesů. (Gladkij, 2003)

3.2.1 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Míra spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí značí o celkové úrovni kvality v konkrétním zdravotnickém zařízení. Pacient kvalitu vnímá ne jen objektivně, ale především subjektivně. Pacient posuzuje kvalitu ošetrovatelské péče hlavně podle míry uspokojování svých potřeb během hospitalizace. Posuzuje profesionalitu, citlivost, všímavost k jeho problémům, aktivity a chování sester, upravenost zevnějšku a kultivovanost projevu ošetrovatelského týmu. (Ondriová, 2013)

Abychom dosáhli kvalitní ošetrovatelské péče, je třeba ji měřit a vyhodnocovat. Existují čtyři zdroje dat, které nám pomáhají měřit a vyhodnocovat kvalitu ošetrovatelské péče: informace získávané od pacientů a jiných interních nebo externích klientů či odborníků, pomocí auditů a indikátorů kvality.

W. Edwards Deming, který byl považován za „otce“ programu kontinuálního zvyšování kvality, řekl: *„Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit.“* (Škrla, Škrlová, 2003, s. 100)

Indikátory neboli ukazatele kvality jsou kritéria, která v porovnání s určitými standardy, či požadavky ukazují, v jaké míře bylo standardu dosaženo.

U indikátorů je důležité, aby splňovaly určité vlastnosti: indikátory jsou vždy čísla, které se vztahují k určitému kontextu např. počet pádů v říjnu 2018 ve vztahu k celkovému počtu hospitalizovaných pacientů na určitém oddělení, jsou zaměřené na pozitivní i negativní události, jsou smysluplné (pomáhají zvyšovat kvalitu), jsou to výstražné „značky, signály“, které nás mohou varovat, že něco není v pořádku, nejsou neomylné, mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost či systém

Dle Škrly a Škrlové se indikátory rozdělují na dva druhy: poměrové, které se vyskytují s určitou frekvencí a strážní, které se týkají především mimořádných událostí. Indikátory se týkají různých oblastí: struktura, kterou je myšleno například kvalifikace zdravotnického personálu. Další oblastí jsou procesy, které srovnáváme s platnými standardy, například úroveň ošetrovatelské péče. Poslední oblast se týká výstupů, do kterých řadíme například mobilitu pacientů při propuštění v porovnání s příjmem. Statistické data nejsou cílem sledování indikátorů, ale je třeba mít specifické indikátory, které pomohou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Je nutné zamyslet se nad tím, zda nám indikátor opravdu něco vypovídá o poskytované kvalitě, kterou bychom mohli zvyšovat na základě výsledků. Sledované indikátory určují akreditační směrnice a následně pracovníci managementu. (Ondriová, 2013)

3.3 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí

V zahraničním internetovém lékařském slovníku je spokojenost pacientů vyjádřena takto: *„odstupňované stanovisko, které jedinec zaujímá vůči zdravotní péči (poskytovaným službám nebo produktům), přičemž způsob poskytování služeb či produktu zdravotníkem vnímá pacient jako užitečný, účelný a prospěšný“*. (Medical dictionary)

Pro spokojenost pacientů jako pojem ale neexistuje přesná definice či vymezení. Záleží na tom, jak pacient vnímá skutečnou hodnotu a jaké má očekávání z poskytované péče. Pokud je očekávání ze strany hodnotitele větší, než vnímaná hodnota, bude jeho spokojenost menší. Naopak, když má očekávání nižší, bude spokojen. Vnímanou kvalitu a spokojenost pacientů lze samozřejmě ovlivnit zvyšováním kvality poskytované péče a dostatečným informováním lze ovlivnit očekávání pacientů. (Exner a kol., 2005)

Existují ale některé pokusy či modely, které nastiňují definici spokojenosti pacientů. První model se nazývá „model postavený na dosažení spokojenosti v definovaných dimenzích péče“. Spokojenost je zde definována jako „pozitivní ohodnocení vymezených dimenzí zdravotní péče“. (Payne a kol., 2005, s. 265) Tyto dimenze jsou odvozeny na základě provedených výzkumů. Jsou různé názory na to, jaké dimenze jsou nejpodstatnější. Dle Ware a je navrhováno osm dimenzí péče: umění pečovat, technická kvalita, dostupná péče, finanční zajištění, prostředí, účinnost, přiměřenost a kontinuita. Na základě dalších výzkumů se ale zjistilo, že pacienti neumějí rozlišovat některé dimenze a nevidí v nich rozdíl. Např: „umění pečovat“ a „technická kvalita“. Definovány jsou 3 dimenze: profesionální kompetence, interpersonální kvalita a spokojenost s cenou péče.

Další model je postavený na splnění přání pacienta. Pojednává o tom, že spokojenost pacientů závisí na tom, co si pacient přeje a co očekává a jak byly jeho očekávání a přání poskytnuty. Zde hraje velkou roli charakter a osobnost pacienta, dále jeho zkušenosti nebo i věk. Dle Zyzanski a Like je pět dimenzí pacientových požadavků, které se týkají očekávání pacienta: lékařské informace, terapeutické naslouchání, psychosociální asistence, všeobecné lékařské rady a biomedicínský přístup.

Třetí model je nazýván jako: „pragmatický model spokojenosti pacientů“. Zde záleží na tom, jaký charakter mělo onemocnění pacienta a jaká péče se mu dostávala. Samozřejmě zde hraje roli věk, vzdělání, sociální a ekonomické postavení pacienta. (viz. Příloha pragmatický model spokojenosti pacientů)

Poslední model je nazýván jako „vlastní pojetí spokojenosti pacientů“. Spokojenost pacientů se zkrátka chápe jako „multidimenzionální koncept“, který se projevuje pomocí hodnocení poskytované zdravotní péče. (Payne a kol., 2005)

Pokud je pacient spokojený může to dát najevo různými projevy: váží si sester, nemá pochyby o jejich odborných a lidských schopnostech, se svými obtížemi se svěřívá, občas se může svěřovat i širšími osobními problémy, ošetřovatelská doporučení bere vážně, spolupracuje na svém léčebném plánu a režimu aj. (Mareš, 2009)

3.3.1 Vybrané techniky sledování spokojenosti pacientů

Technika je souhrn postupů, které umožňují různými způsoby provádět sběr empirických dat. Techniky sledování spokojenosti pacientů musí být adekvátní, spolehlivé a platné pro konkrétní sociologický výzkum.

K nejčastějším metodám, kterými se sleduje míra spokojenosti pacientů, se řadí: rozhovory s pacientem, pozorování a dotazníkové šetření.

Rozhovor

Rozhovor může probíhat buď **individuálně**, kde hraje roli tazatel a dotazovaný, nebo skupinově, kdy se tazatel dotazuje větší skupiny respondentů.

Individuální rozhovor se může vést volně, což znamená, že rozhovor není předem naplánovaný a průběh závisí na celkovém vývoji komunikace, nebo strukturovaně, kdy je respondent dotazovaný dle předem definovaného schématu. Může se vést buď osobně, nebo pomocí telefonického interview.

Skupinový rozhovor se provádí buď s náhodně vybranou, nebo s cílenou skupinou respondentů, neboli technika „focus groups“. Mohou to být pacienti například se stejnou diagnózou, u kterých se cíleně odebírají určitá data. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

Pozorování

Pozorování se může dělit buď na přímé, nebo nepřímé.

Přímé pozorování je nejčastěji využíváno v sociologických výzkumech a je prováděno samotným výzkumníkem. Pozorují se zde různé procesy, činnosti a sociální jevy, při nichž není stanoven žádný průběh, ani nejsou připravené kladené otázky, aby pozorovaný jedinec, či skupina nebyli nijak ovlivněni. V ošetrovatelství je tato technika využívána například při pozorování potřeb pacienta. Tato technika je časově náročná a jsou zde potřeba zkušenosti a schopnosti pozorovatele.

Nepřímé pozorování nemusí být prováděno samotným výzkumníkem. Zde se využívají například elektronické záznamy pomocí videokamer, nebo fotografií, z kterých výzkumník následně posuzuje. Pozitivní je na této metodě to, že je zaznamenaná celá situace, ale může se zde jednat o porušení etických norem, pokud není účastník seznámený a informovaný o jeho sledování a pořizování záznamů. (Malíková, 2011)

Dotazníkové šetření

Tato technika se v praxi pro zkoumání spokojenosti pacientů využívá nejčastěji. Nevýhodou zde je, že výsledky můžou být znehodnoceny nesprávností a nepravdivými odpověďmi. Dotazník musí být kvalitní, musí mít dobře zformulované otázky a správnou strategii výběru respondentů. Také musí být dobře vybrán způsob sběru vyplněných dotazníků, a aby se navrátili zpět v hodném počtu k výzkumníkovi. (Bártlová, Hnilicová, 2000)

Dotazník je standardizovaný soubor otevřených, uzavřených, nebo polootevřených otázek, které jsou již připravené na určitém formuláři, a které mohou být buď anonymní, nebo neanonymní. Musí zahrnovat podstatné problémy, které se zkoumají, neměl by respondent odrazovat od odpovědí, otázky by měly být formulované jasně a zřetelně, aby se nad nimi nemusel účastník dlouho zamýšlet. (Ondřiová, 2013)

3.4 Chování sester k pacientovi během hospitalizace

Sestra pečující o nemocné jedince musí mít vysokou úroveň sociálních schopností a dovedností. Důležitým aspektem sesterského povolání je profesionální přístup k pacientovi. Sestra musí upřednostňovat potřeby a zájmy pacienta před těmi vlastními a chovat se ke všem pacientům stejným způsobem tak, aby tím neupřednostňovala pacienty, se kterými si vytvoří bližší vztah. Sestra ale také musí brát v potaz individualismus člověka a uvědomovat si, že každý jedinec může mít odlišné potřeby. Profesionální chování sestry je také vlastní rozumové jednání, které má pod kontrolou bez ohledu na to, zda prožívá vdanou chvíli negativní emoce. (Mellanová, 2017)

Sestra má většinou bližší vztah k pacientovi než lékař. Pomáhá pacientovi plnit jeho základní lidské potřeby (např.: jídlo, pití, stolice, močení, hygiena). Když pacient cokoliv potřebuje, jako první volá sestru (pomoc vstát z lůžka, pomoc na toaletu, pomoc s tišením bolesti apod.). Pacient je závislý na sestru, protože ona je ta, která obstarává uspokojování jeho potřeb, zná možnosti jak pacientovi pomoci a radí mu ze svých zkušeností. Sestra také pacientovi dělá „spojku“ mezi světem a zdrojem informací. Má spojení s lékařem a zná lékařská nařízení. Je třeba, aby sestra poskytovala ošetrovatelskou péči tak, aby dosáhla nejvyššího možného uspokojení nejen, co se týče onemocnění pacienta, ale aby mu zároveň pomáhala vyrovnat se s těžkými situacemi, které nastaly s jeho onemocněním. Pacient by měl mít pocit, že sestra je tu vždy pro něj a sestra by měla s pacientem jednat s úctou. (Bártlová, 2005)

Staňková r. 1974 napsala o sociální dovednosti sestry následovně: „Umění jednat s nemocným člověkem spočívá v realizaci interakce, při níž sestra sbírá kvalitně objektivní informace o nemocném, objektivně je hodnotí, pozoruje jeho verbální i neverbální projevy, umí naslouchat, vyprovokovat hovor, usměrnit jej. V kontaktu s nemocným vzniká zpočátku jednoduchý vztah, který brzy přerůstá ve vztah terapeutický, jehož cílem je snížit úzkostnost, strach a nejistotu nemocného. (Mellanová, 2017)

3.4.1 Komunikace ve vztahu sestra – pacient

Nedílnou součástí ve vztahu sestra – pacient je správná komunikace, která by měla být jasná, přesná a srozumitelná, měla by být sdělována odpovídajícím tónem a přiměřeným tempem, je zachována pacientova důstojnost, pacienti mají prostor pro dotazy, zopakování, mohou vyjádřit svůj názor a je kongruentní (postavena na verbální i neverbální úrovni). Vždy je třeba zkontrolovat, zda byla informace přijata a pacient všemu správně rozumí. (Janáčková, 2008)

Sestra se ve své profesi setkává s člověkem jako s příjemcem své práce, proto je pro sestru velmi důležitá oblast sociálních dovedností. Velký důraz v ošetrovatelské praxi se klade na schopnost interakce. Tuto komunikační schopnost sestra využívá jako součást profesního vybavení. (Venglářová, 2006)

Pacient, který přichází k hospitalizaci, pociťuje strach a stres. Je tedy nutné

přijít ho s vlídností a porozuměním k jeho obavám již při přijetí do nemocnice. Pacient by neměl mít pocit, že zdravotník je vládcem, ale že je partnerem, který ho bude provázet léčbou a dopomáhat mu v jeho situaci. Už první dojem, kterým sestra zapůsobí na pacienta, může významně a dlouhodobě ovlivnit jejich dlouhodobou spolupráci, vzájemný vztah a důvěru. (Šamánková a kol, 2006)

Komunikace ve zdravotnictví není pouze o mluvení, týká se i sdělování a získávání informací, což je velmi důležité pro zdraví a mnohdy i pro život pacienta. (Janáčková, 2008)

V praxi se rozlišují tři druhy profesionální komunikace:

1. Sociální komunikace – týká se běžného kontaktu s pacientem a vytváří vztah nemocného k lidem, kteří o něj pečují.

2. Specifická (strukturovaná) komunikace – v této oblasti komunikace se sdělují důležité informace. Pacienta je třeba motivovat a edukovat k další léčbě. Jsou zde vyšší nároky na srozumitelnou formu sdělení přijatelnou formou vzhledem ke stavu nemocného. Je třeba zkontrolovat, zda pacient rozuměl sdělení a zda ho akceptuje. U pacientů, kteří mají sníženou schopnost komunikovat je tento druh komunikace složitý.

3. Terapeutická komunikace – oblast, kde je třeba pacientovi poskytovat oporu a pomoc v těžších chvílích např. v rozhodování, přijímání nepříjemných či závažných situací nebo při adaptaci na různé změny. Úkol terapeutického rozhovoru je zvýšit účinnost léčebných postupů. (Venglářová, 2006)

Komunikace mezi sestrou a pacientem je především řízena tak, aby sestra dosáhla k identifikaci potřeb pacienta a dokázala je uspokojit přijatelným způsobem. (Bártlová, 2005)

3.4.2 Informování pacienta

Pacient má právo, aby byl správným a vhodným způsobem informován o svém zdravotním stavu a o nutných terapeutických a diagnostických výkonech, které ho čekají. (Bártlová a kol., 2015)

Za potřebný a kvalitní rozsah informací, které jsou nemocnému poskytovány, zodpovídá lékař, ale i další zdravotničtí pracovníci podílející se na péči a léčbě o nemocného jedince jsou povinni nemocného informovat v rámci svých profesně stanovených kompetencí. (Haškovcová, 2007)

Je důležité si uvědomovat, že pacient, který přichází k hospitalizaci je rozrušený a jeho schopnost soustředit se může být snižena. Informace může tedy rychle zapomenout nebo je přeslechnout. Zprvu je tedy třeba předat ty nejdůležitější informace, jelikož si ty počáteční lépe zapamatuje. Pravdivé a jednoduché vysvětlení, které se týká toho, co pacienta bude čekat např., jaké vyšetření mu bude provedeno, mu může po psychické stránce hodně pomoci. Když sestra pacientovi vhodně a srozumitelně vysvětlí, jaké výkony mu budou provedeny, nebo k čemu je nově naordinovaný neznámý lék, zmírní pacientův strach či napětí z neznámého. (Šamánková, 2006)

3.4.3 Edukace pacienta

Důležitou roli v ošetrovatelském procesu hraje správná edukace pacienta i jeho rodiny.

Edukace není to samé jako informování pacienta. Poskytování informací edukace zahrnuje, ale informováním pacienta sestra needukuje. Předávané informace od sestry, může pacient zapomenout, kdežto cílem edukace je pacienta naučit vědomosti a dovednosti, tak aby je mohl každodenně aplikovat. (Špirudová, 2015)

Pacient, který přichází do nemocničního prostředí je zaplaven stresem a orientace v prostředí a nevědomost o tom, co se s ním bude dít je pro něj obtížná, což pro něj může být dalším stresorem. Dostatek informací může pacientovi pomoci v jeho stresující situaci. Jeden z úkolů zdravotní sestry je pacientovi umožnit předání informací, vědomostí, nácvik návyků a dovedností, které mu pomůžou navrátit zdraví, nebo si jej udržet na přijatelné úrovni.

V ošetrovatelské péči má edukace přispět jako prevence nemoci, navrácení nebo udržení zdraví nebo alespoň přispět ke zkvalitnění života člověka. Edukace se může dělit na základní, kdy jsou pacientovi předávány nové vědomosti či dovednosti a pacient je motivován ke své léčbě, hodnotám a k postoji jeho onemocnění. Např.: edukace nově diagnostikovaného pacienta s diabetes mellitus. Dále edukace reedukační, při které je možnost navázat na předchozí dovednosti a vědomosti. Dále jsou tyto dovednosti a vědomosti prohlubovány. Např.: pacient po cévní mozkové příhodě, kdy je během akutní fáze jedinec edukován pouze základními informacemi a po odeznění akutní fáze jsou mu předány další

informace. Jako další je edukace komplexní, kdy jsou pacientovi po etapách předávány ucelené informace a další dovednosti a postoje k jeho udržování a zlepšování zdraví. Komplexní edukace se nejčastěji předává pomocí kurzů např.: pro diabetiky. (Juřeníková, 2010)

Dorothea Oremová ve své teorii popsala hierarchické uspořádání intervencí, které by měla sestra pacientovi poskytovat. Intervence se od sebe liší na základě míry pomoci pacientovi podle jeho úrovně sebepéče a soběstačnosti. Jedna úroveň se týká edukace. Pacient musí být pro edukaci disponován určitou úrovní jeho schopností a také, že je třeba, aby jeho stav byl pro edukaci vhodný. Pokud pacient nemůže přijímat edukaci, je nutné, aby sestra spolupracovala s jeho rodinou, nebo blízkou osobou, která o něj bude následně pečovat v domácí péči.

Sestra musí posoudit edukační potřeby pacienta nebo jeho rodiny (dovednosti, znalosti). Na základě toho sestra zpracuje edukační plán (časová realizace, doporučená metodika, způsob evaluace a cílových kompetencí). Dále zorganizuje edukační plán pro pacienta nebo jeho rodinu. Následuje realizace edukačních aktivit, které vyžadují od sestry dobré dovednosti, znalosti, samostatnost a motivační přístup. Po správné edukaci pacienta, je třeba shrnout a rekapitulovat předané dovednosti a znalosti, které si pacient osvojil a evaluovat celý edukační proces po určitém časovém úseku. (Špirudová, 2015)

3.5 Nemocniční prostředí

3.5.1 Charakteristika interního oddělení

Interní oddělení patří mezi základní oddělení nemocniční péče. Jsou zde hospitalizováni pacienti, kteří se léčí s onemocněním vnitřních orgánů. Pacienti jsou zde léčeni především konzervativně, bez chirurgických zákroků, jako je tomu na chirurgických odděleních. Nejvíce onemocnění vnitřních orgánů postihuje pacienty staršího věku a ve stáří. Přesto může onemocnění postihnout člověka v každém věku. Protože jsou většinou na interních odděleních hospitalizováni pacienti staršího věku, je nutné přihlížet ke specifickým příznakům a potřebám těchto pacientů v ošetrovatelské péči a léčbě. Medicínský obor, který se věnuje onemocněním vnitřních orgánů, je vnitřní lékařství. Lékaři, kteří se věnují vnitřnímu lékařství, spolupracují i s dalšími lékaři jiných oborů medicíny, jelikož zde mohou být hospitalizováni pacienti, u kterých je nutná mezioborová spolupráce např. onkologičtí pacienti.

Základ lůžkové části tvoří standardní oddělení, kterých může být i více. Na oddělení jsou pokoje pro nemocné, pracovna sester a lékařů, denní místnost pro zdravotnické pracovníky, vyšetřovna, sociální zařízení a koupelna, čistící místnost, sklad pro materiály a pomůcky, kuchyňka, jídelna a společenská místnost. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

3.5.2 Vliv nemocničního prostředí na spokojenost a uzdravování pacienta

Proto, aby byly pacienti spokojeny se zdravotnickou péčí a jejich stav se zlepšoval, je třeba se také zamyslet nad prostředím, ve kterém pacient po dobu své hospitalizace pobývá.

Vědecké studie prokazují, že nemocniční prostředí má velký vliv na uzdravování nemocného jedince. Vědci si pod pojmem prostředí představují nejen celkové vizuální prostředí, jako jsou: barvy, estetika, osvětlení, hluk, pach, ale také psychicko-duchovní prostředí jako jsou: týmové vztahy na oddělení, postoje, chování zdravotníků a jejich empatický přístup.

Sue Bakerová ve své knize, kterou napsala na základě své vlastní zkušenosti, popisuje negativní dopad nemocničního prostředí na psychiku pacienta (úzkost, strach, degradaci lidské důstojnosti). To mělo velký dopad na vývoj výzkumů, které se nadále zabývaly nemocničním prostředím a jeho vlivem na uzdravování. (Škrla, Škrlová, 2003) Dr. Haya R. Rubin ve své knize popisuje optimální léčebné prostředí jako: *„filozofii, která se snaží u pacientů podpořit pocit pokoje, naděje, růstu, radosti a klidu. Zároveň nabízí příležitost k relaxaci, osobnímu obohacení, duchovnímu povzbuzení, humoru a mobilizaci vnitřních sil spojenou s touhou po uzdravení.“* (Škrla, Škrlová, 2003, s. 120) Na základě jeho výzkumu považuje za nejdůležitější body pro uzdravování a spokojenost pacienta v nemocničním prostředí tyto aspekty: začlenění pacienta do léčebného a rozhodovacího procesu, interakci s přírodou, pozitivní distrakci, eliminaci stresorů v prostředí a společenskou podporu. Důležitost prostředí je v časopise Lancet vyjádřen tento citát: *„Fyzické a psychicko-duchovní prostředí má dramatický vliv na uzdravování. Optimální léčebné prostředí založené na důkazech bude následovat medicínu založenou na důkazech jako ústřední princip zdravotnictví 21. století.“* (Škrla, Škrlová, 2003, s. 123)

Již před tisíci lety navrhli Řekové chrámy tak, aby pacienty obklopovala příroda, hudba apod. Florence Nightingale prosazovala to, že pacient by se měl uzdravovat v klidném, čistém a vyvětraném prostředí. Existuje mnoho dalších výzkumů, které dokládají, jak konkrétní změny nemocničního prostředí mohou snížit stres a zvýšit tím uzdravování jedince. Tyto změny mohou předcházet i infekcím a podporovat proces hojení. Pacient, který se v noci nevyspí kvůli hluku kolem jeho pokoje, může být nervózní, unavený, smutný, bezmocný a tím se zvyšuje tepová frekvence, krevní tlak a svalové napětí. Kromě toho hormony, které se uvolňují jako reakce na stres, mohou potlačit imunitní systém, což komplikuje jeho uzdravování.

Další studie dokázaly, že nemocnice by měly být navrženy tak, aby prostředí obsahovalo více barev a obrazů přírody. Dále mít správně nastavené osvětlení a teplotu, více zpřístupnit pacientům hudbu na poslech, umožnit jim výběr lůžka, nastavit značky a předat srozumitelně informace o tom, kam mohou jít, což snižuje dezorientaci. Také uspořádat pokoj tak, aby pacient měl kolem sebe dostatek prostoru, nepřipadal si utlačován a měl pocit nezávislosti. Studie Ulricha ukázala, že pacienti na jednotce intenzivní péče, kteří si prohlíželi během hospitalizace obrazy krajiny, uváděli méně úzkosti a stresu, a potřebovali méně léků proti bolesti než skupina respondentů, která možnost pohledu na obrazy krajiny neměla. (Zborowsky, 2008)

Základními aspekty pro fyzické léčebné prostředí je tedy první dojem ze zdravotnického prostředí a zdravotních pracovníků, který rozhoduje o tom, zda se pacient zklidní, nebo zda bude více nervózní. Dále jsou důležité vhodné aktivity a rozptýlení jako např.: akvária, klidné místnosti, obrazy, literatura, hry apod. Pacient by se neměl cítit opuštěně, to vede ke zvýšení stresu, úzkostí a osamělosti. Personál by tedy měl být laskavý a empaticky a návštěvy pro pacienta by měly být flexibilní. Prostor by mělo být organizované tak, aby měl pacient pocit kontroly (co se s ním bude dít, kdy bude jíst, s kým sdílí pokoj, kdy musí vstávat apod.). Bílé prostory vytvářejí pocit smyslové deprivace, tudíž by stěny měly být navrženy tak, aby vyvolávaly více pocitu dobré nálady. Je třeba kontrolovat hluk a pach a jednoduchou navigační strukturu v celém nemocničním zařízení, aby pacienti nebyli dezorientováni. (Škrla, Škrlová, 2003)

3.5.3 Hlavní nemocniční stresory

Stresorem se rozumí určitý tlak neboli napětí, kterému je jedinec vystavován. Mohou to být podmínky, události či situace každodenního života. (Trachtová, 2018)

Pobyt v nemocnici přináší několik stresujících situací, které závisí i na různých aspektech jako je věk, pohlaví, zdravotní stav, zkušenosti pacienta apod. Stresující je pro pacienta neuspokojování jeho potřeb. (Haluzíková, 2010)

Už jen nemocniční prostředí může být pro jedince stresorem. Typická bílá barva stěn, bílé oblečení zdravotnických pracovníků může vyvolat nepříjemné pocity. Je tedy důležité upravovat nemocniční prostředí do příjemnějších barev a pokoje zpestřit například příjemnými obrazy. Také pacienti, kteří jsou déle hospitalizováni, by měli mít možnost sledování TV, poslech hudby, četby atd. Dalším stresorem je ztráta sociálního kontaktu s rodinou a blízkými. Zde je třeba zajistit kontakt a povolení návštěv, pokud je to možné. (Honzák, 2005, Kolínková, 2010).

Pro pacienta je pochopitelně velice stresující vyšetření, výkony, či operace, které ho čekají. Dále čekání na výsledky nebo sdělování špatných zpráv. Dostatkem informací a podporou se zde může pacientův stres zmírnit. (Bednářová, 2010, Beran, 2010).

Dalším důležitým faktorem, který může vyvolávat v pacientovi stres, je přístup zdravotnického personálu k jeho osobě. Pacient se v nemocnici může setkat s nezájmem zdravotníka, který na něj může pohlížet jen jako na svou práci a ne jako na lidskou bio-psycho-sociální bytost. (Melgosa, 2004)

Za velmi stresující faktor se považuje omezení pacientova soukromí a intimity. Pacient musí předávat lékařům a sestřím plno citlivých informací a mnohdy se stává, že ošetřující personál již ve zvyku své práce zapomíná například zavírat dveře při hygieně prováděné pacientovi. (Venglářová, 2006, Witkinová, 2009)

Dalším stresujícím faktorem je nedostatek informací. Sestry či lékaři si často tuto důležitost neuvědomují, protože je sám zahlcený spousty administrativy a zbývá jim málo času na pacienta. Pacient pak může být zmatený, připadat si odstrčený a nepochopený. (Praško, 2006)

Také pacienti z různých kultur a náboženství mají odlišné potřeby. Pro ně může být stresující mnoho faktorů například omezené soukromí k modlitbám, nebo pobyt na pokoji s odlišným náboženským vyznáním. Je proto třeba znát specifika náboženského vyznání a chápat jejich stresovou situaci. (Křivohlavý, 2003)

3.5.4 Zajištění bezpečnosti pacienta

Bezpečnost pacientů je společnou prioritou a nedílnou každodenní součástí při poskytování ošetrovatelské péče pro všechny členy zdravotnického týmu. Nehody, které jsou spojené s bezpečností pacientů, zahrnují všechny typy chyb a nehod vzniklých v nemocnici, bez ohledu na to, zda byl pacient zraněn, nebo ne. Podle zprávy US Institute of Medicine (IOM), zemřelo při hospitalizaci na konci roku 1999 44 000 až 98 000 pacientů na pochybení zdravotnického personálu. Také bylo zjištěno, že smrt zapříčiněná pochybením zdravotnického personálu byla častější než třeba smrt na AIDS nebo rakovinu prsu. Systém zdravotní péče od té doby prošel mnoho změnami. Došlo k nárůstu příležitostí poskytovat nové a pokročilé zdravotnické služby, vznikly nové technologie atd.

Sestry jsou ty, které se nejvíce angažují v přímé péči o pacienty. Oblast praxe sester se rozšiřuje a tím se také zvyšuje jejich odpovědnost. Péče o bezpečnost pacienta zahrnuje důkladnou kontrolu pacienta, preventivní činnosti při infekci, pádu, dekubitů atd. Pro bezpečnost pacienta je důležitá správná edukace a dostatečná informovanost. Je zde také důležitá interpersonální komunikace, správné a důkladné předávání informací o pacientech apod. (Park, 2019)

Pro zajištění bezpečnosti pacienta je důležitý lidský faktor, což je oblast odborných znalostí, která zahrnuje mezilidské vztahy, mezilidskou komunikaci, týmovou práci a organizační kulturu. Přináší poznatky o prostředí, ve kterém lidé žijí a pracují. Pochopení lidského faktoru pomůže vytvářet produkty a systémy za účelem zvyšování kvality a výkonu.

Je také důležité pochopit systém a jeho vliv na komplexnost péče o pacienta. Ve zdravotnictví není pouze jeden systém, ale je jich několik, které se skládají z organizací, oddělení, jednotek, postupů a služeb. Je zde velké množství vztahů mezi veškerým personálem (pečovatelé, sestry, lékaři, administrátoři, ekonomy atd.), pacienty a různými zdravotními i nezdravotními službami.

Dalším důležitým faktorem pro bezpečnost pacienta je týmová spolupráce. Pochopení multidisciplinárního týmu pomůže zlepšit péči a snížit riziko pochybení. Členové týmu včetně pacienta mezi sebou efektivně komunikují a dávají dohromady své poznatky, odborné znalosti a rozhodovací odpovědnost za účelem optimální léčby a péče o pacienta.

Pochybení je lidské, ale pokud se stane jakákoliv chyba, je nutné ji přiznat a zabránit tak poškození pacienta. Pracovníci by neměly být kolektivem za chyby obviňováni. To zvyšuje strach z přiznání. Následně je také nutné se z chyby poučit. Pochopení příčin, které vedou zdravotnické pracovníky k pochybení, pomáhá také pochopit špatně navržené systémy a následně je zlepšovat.

Zdravotničtí pracovníci by měly znát klinická rizika a předcházet jim dodržováním bezpečného systému péče, který je navržen tak, aby pracovníci předcházeli, zvládaly a identifikovaly nepříznivé následky.

Metody ke zvyšování kvality péče poskytují zdravotnickým pracovníkům nástroje k identifikaci problému, měření problému, vypracování řady opatření určených k vyřešení problému. Měření kvality péče je důležité pro bezpečí pacienta.

Infekce jsou jednou z mnoha nežádoucích příhod. Jejich prevence a kontrola je dalším faktorem pro zabezpečení pacienta. K dispozici existuje mnoho směrnic, které pomáhají zdravotnickým pracovníkům minimalizovat riziko. Je nutné umět identifikovat činnosti, které zvyšují riziko infekce a přijmout opatření, které zabrání přenosu infekce na pacienta. Je třeba správně a sterilně pečovat o rány a invazivní vstupy.

Další časté pochybení je v podání nesprávné medikace. Příčiny těchto pochybení jsou často z nedostatečné znalosti pacientů a jejich onemocnění, neznalosti léků, výpočetní chyby, nečitelné písmo na předpisech, záměna generetického léku nebo neadekvátní anamnézy. ([WHO,2011](#))

3.6 Bolest

Bolest je vnímána jako velmi nepříjemný subjektivní pocit, který každý jedinec prožívá individuálně. Je tvořena fyzickou a psychickou složkou. Vnímání bolesti je součástí přirozené obranné reakce, která vede ke snaze různými způsoby

bolest odstranit. Bolest je účelná jako varovný signál ohrožení organismu, ale pacientovi narušuje schopnost vykonávat běžné aktivity. Když se bolest stane nesnesitelnou, vede k utrpení a vyčerpání pacienta. (Kelnarová a kol., 2009)

Pro vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče je důležité vědět, že když nemocný udává bolest, tak bolest vždy existuje. (Kapounová, 2007)

Každý jedinec bolest vnímá individuálně a jeho prožitek závisí na mnoho činitelů: osobnost a charakteristika pacienta, věk, pohlaví, výchova a zkušenosti člověka, aktuální psychický stav, dostatek spánku, pohodlí, emocionální faktory – hlavně strach, denní doba (v noci je bolest více prožívaná), vrozený typ nervové soustavy a různé náboženské faktory.

Bolest se liší podle postižených orgánů, charakteru, intenzity, místa vzniku a z hlediska průběhu bolesti (akutní, chronická). (Kelnarová a kol., 2009)

3.6.1 Metody určování intenzity a umístění bolesti

Pro efektivní a správnou léčbu bolesti je potřebné pravidelné hodnocení intenzity bolesti. Nejčastější metodou je využívána vizuální analogová škála (VAS), která slouží ke zjištění aktuálního vnímání bolesti, jak hodně to nemocného právě bolí a také slouží pro sledování změn bolesti v čase. (Kelnarová a kol, 2009) VAS je významné zaznamenávat spolu s údaji o dechové frekvenci, tlaku a pulsu. Nemocný uvede číslo od 0 do 10, kdy 0 znamená bez bolesti a 10 znamená nejhorší možná bolest.

Na lokalizaci bolesti se pacienta ptáme ústně: „Kde vás to bolí?“, nebo použijeme tzv. mapu bolesti, což je kreslené zobrazení lidské postavy, kam nemocný barevně zakreslí oblasti, kterého bolí a označí i intenzitu bolesti. (Kelnarová a kol, 2009)

Důležitou informací je také, v jakém čase se nejvíce bolest objevuje. Pacienta se ptáme, zda se bolest objevuje po námaze, v klidu, v noci, ve dne, při změně polohy, po požití potravy, při změně počasí aj. (Kelnarová a kol, 2019) Dobrým způsobem jak zaznamenat bolest v časové ose je zaznamenávání VAS a časových údajů. Touto metodou můžeme vidět, jak nám například analgetikum skutečně působí a v jakém čase je intenzita bolesti největší. (Kolektiv autorů, 2009)

Diagnostikovat bolest můžeme z nonverbálních projevů (pláč, naříkání, třes, zvracení, nauzea, zrudnutí v obličeji, lapání po dechu apod.), kterými pacient reaguje na bolest rychleji než verbálně. (Janáčková, 2007)

3.6.2 Zásady při ošetřování nemocných trpící bolestí

Bolest je individuální subjektivní pocit, je tedy třeba respektovat individuální citlivost jedince. Pacienta vybízíme k tomu, aby svou bolest popsal co nejpřesněji. Zde je velmi důležitá pozornost a empatie sestry. Nemocného naučíme zaujmout úlevovou polohu. Co nejdříve podáváme analgetika dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinek. K tišení bolesti je důležitý i psychologický přístup ze strany personálu (vstřícný, ochotný přístup, vlídnost a konejšivé jednání). Nejsme zdrojem dalších bolestí, a proto jsme k pacientovi šetrný v provádění výkonů a v manipulaci s ním. Strach je další faktor vnímání bolesti, je tedy třeba zajistit dostatek informací, aby se zmírnil strach z dalších událostí. Po odeznění bolesti zajistíme odpočinek a pohodlí pacienta. Významné je naučit nemocného metodu rozptýlení akutní bolesti (soustředění se na hudbu, tiché počítání, rytmické dýchání apod.). Pro pacienta je také důležité mluvit o svých pocitech. Zajistíme tedy soukromí pro prodiskutování svých obav, hněvu a frustrace. Studené obklady, ledová masáž, ponoření části těla do studené vody nebo teplá lázeň může pomoci pacientovi ve zmírňování bolesti. (Kapounová, 2007)

3.6.3 Léčba bolesti

Cílem léčby je odstranit nebo alespoň snížit pacientovu bolest terapií, která má co nejméně vedlejších účinků. (Rokyta, 2009)

Mezi nejvyužívanější postupy v tišení bolesti je farmakoterapie, která vede k odstranění bolesti. Obecně se preferuje podávání analgetik v pravidelných intervalech nežli až při vzniku bolesti. Každá další dávka by měla být podána ještě před tím, než ustoupí účinek předešlé dávky, jelikož každé znovuobjevení bolesti připomene pacientovi jeho onemocnění a utrpení. To vede k úzkostem a obavám. (Kapounová, 2007)

Další metodou je nefarmakologická léčba bolesti, která se často kombinuje s farmakologickou léčbou. Důležitým faktorem je zde psychologický přístup

k pacientovi. Pokud je pacient úzkostný, depresivní, pocíťuje bezmoc a strach, zhoršuje se tím bolest ať pooperační, tak chronická. Chronická bolest se právě u pacientů, kteří pocíťují úzkosti a deprese, zhoršuje. Proto je pro tyto pacienty dobré nacvičovat relaxační techniky a techniky pro zvládání odpoutání od bolesti. Pro tyto pacienty mají dobrý význam psychoterapeuti a psychologové.

Rehabilitace je další metoda zahrnovaná do nefarmakologické léčby bolesti. Řadí se sem například léčba chladem, teplem, masážemi, cvičením. Tyto metody jsou účinné převážně u bolestí pohybového aparátu. (Rokyta, 2009)

4 Empirická část

4.1 Metodika sběru dat

Cílem tohoto výzkumu bylo získat data o spokojenosti pacientů na odděleních interního typu jedné nejmenované fakultní nemocnice v České republice (ČR). Výzkum byl inspirován mezinárodní studií RN4CAST na kterém byly také postaveny strukturované modifikované dotazníky.

Výzkum byl představen vedení nemocnice a následně schválen etickou komisí. Dále byly s výzkumem obeznámeny vrchní sestry, staniční sestry a sestry pracující na odděleních, na kterých byl výzkum prováděn. O provádění výzkumu sestry nadále informovaly pacienty.

Data od pacientů jsem odebírala v únoru 2019 na sedmi odděleních interního typu ve fakultní nemocnici pomocí tabletu, ve kterém byl dotazník vložený v elektronické formě. Tablety a elektronickou verzi dotazníku zajistila 3. lékařská fakulta pro účel tohoto výzkumu.

Otázek v dotazníku bylo 24 a zahrnovaly spokojenost s ošetrovatelskou péčí, spokojenost s lékařskou péčí, spokojenost s nemocničním prostředím, dále zkušenosti pacienta s pobytem v nemocnici, informace o jeho propuštění, jeho celkové hodnocení nemocnice a obecné informace o jeho osobě (vzdělání, vnímání zdravotního stavu).

Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolný. Data se následně odesílala do centrálního systému ke zpracování.

Před zahájením výzkumu jsem se představila vrchním a staničním sestřám těch odděleních, na kterých jsem výzkum prováděla.

Oddělení jsem jako studentka 3. lékařské fakulty, Karlovi Univerzity, navštěvovala upravená a převlečená ve fakultním triku, bílých pracovních kalhotách, ponožkách, botách a s identifikační kartou studenta.

Návštěvu oddělení jsem měla domluvenou minimálně den předem se staniční sestrou nebo se sestrami, které budou v den odběru sloužit, na určitou hodinu plánovaného propuštění pacientů (dopolední - odpolední hodiny). Na další odběry jsem se domlouvala přímo na odděleních, nebo po telefonické dohodě.

Po dobu výzkumu jsem měla možnost uchovávat tablety v uzamčené místnosti na jednom z oddělení.

Po příchodu na oddělení jsem se představila sestrám, které právě sloužily, znovu jsem jim připomněla, popřípadě vysvětlila probíhající výzkum a požádala je o informaci, jaké pacienty, kteří budou propuštěni, mohu oslovit. Po tom, co jsem pacienty navštívila, jsem se rovněž představila jako studentka 3. lékařské fakulty a znovu jsem jim představila výzkum a požádala je, zda bych s nimi krátký dotazník mohla vyplnit. Čas vyplnění dotazníku trval přibližně 5 – 10 minut, tento krátký čas byl výhodou, protože se většina pacientů již těšila na propuštění a vyplňování dotazníku mohlo být pro ně další „obtíž“, ne klidu. Naopak někteří pacienti rádi využili svůj čas vyplňováním dotazníku, nežli čekáním například na jejich odvoz domů. Pacientům jsem vysvětlila, že je dotazník anonymní a aby na otázky odpovídali dle svých vlastních pocitů a pravdivosti na danou nemocnici, ve které byli nyní hospitalizováni. Soběstační pacienti si dotazník mohli vyplnit samy. Většina pacientů mne ale požádala, zda bych jim otázky mohla předčítat a vyplnit. Nad otázkami se dlouho nerozmýšleli a většina pacientů odpovídala kladně. Někteří pacienti s omluvou vyplnění dotazníku odmítli.

4.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka č. 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Základní vzdělání	4	8%
Střední škola bez maturity	16	32%
Střední škola s maturitou	14	28%
Vyšší odborná škola, bakalářské studium	5	10%
Magisterské studium	11	22%

Výzkumný vzorek je tvořen z 50 respondentů různé věkové hranice. Z celkového počtu mělo 16 respondentů nejvyšší dosažené vzdělání střední školu bez maturity. Dále 14 respondentů mělo vystudovanou střední školu s maturitou. Magisterského vzdělání dosáhlo 11 respondentů. Vyšší odbornou školu nebo bakalářské studium bylo nejvyšším vzděláním pro 5 respondentů a 4 z nich měli vystudovanou základní školu.

4.1.2 Kritéria pro výběr respondentů

Dotazník byl určený pro pacienty v den jejich propuštění z nemocnice. Pacienti vyplňovali dotazník po tom, co obdrželi propouštěcí zprávu, byli edukováni a informováni lékařem.

K tomu, aby mohl respondent vyplnit dotazník, bylo třeba, aby byl při vědomí, orientovaný a byl schopný spolehlivé odpovědi.

4.2 Výsledky šetření

Z dotazníku jsem si vybrala 11 otázek ke zpracování do mé empirické části. Otázky se týkají chování sester k pacientovi, nemocničního prostředí a tišení bolesti. Pro přehled jsem zpracovala také jednu otázku, která se týká pacientova celkového subjektivního hodnocení zdravotního stavu.

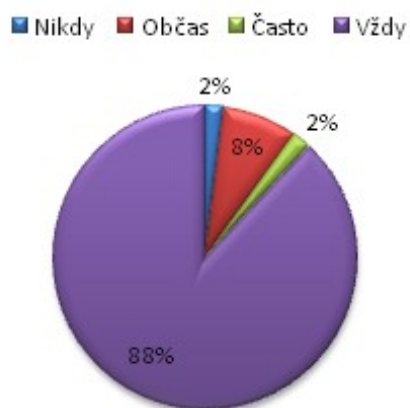
V empirické části jsou graficky znázorněny tyto otázky:

- 1) Jak často s Vámi sestry jednaly slušně a uctivě?
- 2) Jak často Vám sestry pozorně naslouchaly?
- 3) Jak často Vám sestry vysvětlily vše takovým způsobem, že jste tomu porozuměl/a?
- 4) Když jste zazvonil/a na sestry, jak často se stalo, že přišla tak rychle, jak jste potřeboval/a?
- 5) Jak často Vám před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je?
- 6) Byl Vás pokoj a koupelna udržovány v čistotě?
- 7) Bylo kolem Vašeho pokoje v noci ticho?
- 8) Potřeboval/a jste léky na tišení bolesti?
- 9) Byla Vaše bolest dostatečně tišena?
- 10) Dělal personál vše proto, aby Vám pomohl s tišením bolesti?
- 11) Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?

4.2.1 Spokojenost pacientů s péčí na interních odděleních

Graf č. 1 – Slušné a uctivé chování sester k pacientovi

1) Jak často s Vámi sestry jednaly slušně a uctivě?



Tabulka č. 2 – Slušné a uctivé chování sester k pacientovi

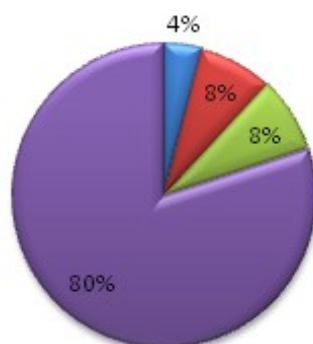
Odověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	1	2
Občas	4	8
Často	1	2
Vždycky	44	88

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů **44 (88%)** odpovědělo, že **vždycky** vnímali slušné a uctivé chování. **1 (2%)** pacient odpověděl, že **často**, **4 (8%)** pacienti odpověděli **občas** a **1 (2%)** pacient odpověděl, že **nikdy** nevnímal slušnost a úctu ze strany sester.

Graf č. 2 – Pozorné naslouchání pacientům ze strany sester

2) Jak často Vám sestry pozorně naslouchaly?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždy



Tabulka č. 3 – Pozorné naslouchání pacientům ze strany sester

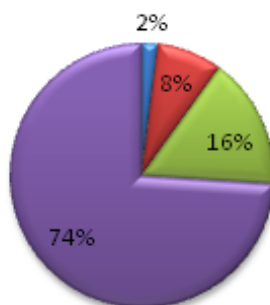
Odověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	2	4
Občas	4	8
Často	4	8
Vždycky	40	80

Že sestry **vždycky** pozorně naslouchaly, uvedlo z celkového počtu 50 (100%) respondentů, **40 (80%)** dotazovaných, **4 (8%)** pacienti uvedli, že **často**, **občas** odpověděli **4 (8%)** pacienti a **2 (4%)** z nich **nikdy** nevnímali pozorné naslouchání ze strany sester.

Graf č. 3 – Srozumitelnost při předávání informací pacientovi ze strany sester

3) Jak často Vám sestry vysvětlily vše takovým způsobem, že jste tomu porozuměla?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždy



Tabulka č. 4 – Srozumitelnost při předávání informací pacientovi ze strany sester

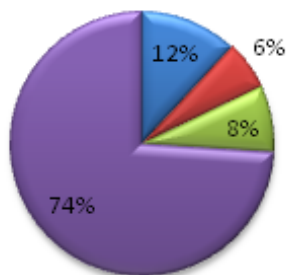
Odpoověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	1	2
Občas	4	8
Často	8	16
Vždycky	37	74

Z celkového počtu 50 (100%) **37 (74%)** respondentů odpovědělo **vždycky**, **8 (16%)** odpovědělo **často**, **4 (8%)** pouze **občas** a **1 (2%)** pacient odpověděl **nikdy**.

Graf č. 4 – Aktivitní přístup sester k pacientovi

4) Když jste zazvonil/a na sestry, jak často se stalo, že přišla tak rychle jak jste potřeboval/a?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždycky



Tabulka č. 5 – Aktivní přístup sester k pacientovi

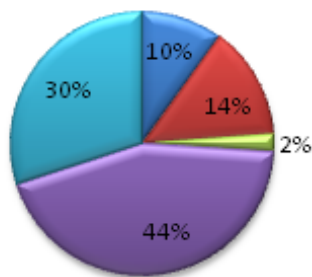
Odpoověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	6	12
Občas	3	6
Často	4	8
Vždycky	37	74

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů odpovědělo **37 (74%)**, že sestra **vždycky** přišla tak rychle, jak bylo potřeba, **4 (8%)** respondenti odpověděli **často**, **občas** odpověděli **3 (6%)** a **nikdy** odpovědělo z celkového počtu až **6 (12%)** respondentů.

Graf č. 5 – Informovanost pacienta o nových podaných léčích

5) Jak často Vám před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždycky ■ Irelevantní



Tabulka č. 6 – Informovanost pacienta o nových podaných léčích

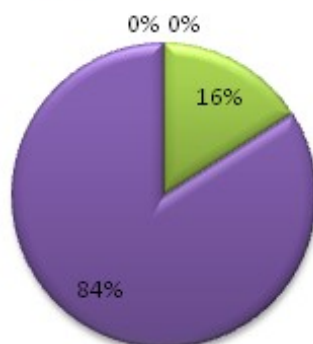
Odověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	5	10
Občas	7	14
Často	1	2
Vždycky	22	44
Irelevantní	15	30

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů odpovědělo **22 (44%)**, že nemocniční personál mu před **vždycky** podáním nového léku řekl, k čemu lék je. **1 (2%)** respondent uvedl často, **občas** uvedlo **7 (14%)** respondentů, **5 (10%)** z nich odpovědělo **nikdy** a **15 (30%)** respondentům nebyl podán žádný nový lék, odpověděli **irelevantní**.

Graf č. 6 – Udržování čistého prostředí

6) Byl Vás pokoj a koupelna udržovány v čistotě?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždycky



Tabulka č. 7 – Udržování čistého prostředí

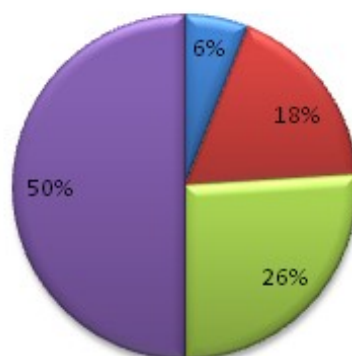
Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	0	0
Občas	0	0
Často	8	16
Vždycky	42	84

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů **42 (84%)** uvedlo, že pokoj a koupelna byli **vždycky** udržovány v čistotě, **8 (16%)** respondentů uvedlo **často** a odpověď nikdy a občas neuvedl žádný respondent.

Graf č. 7 – Tiché noční prostředí

7) Bylo kolem Vašeho pokoje v noci ticho?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždycky



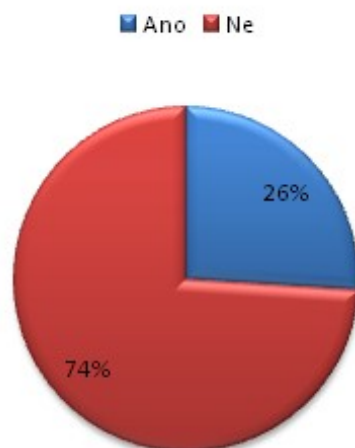
Tabulka č. 8 – Tiché noční prostředí

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	3	6
Občas	9	18
Často	13	26
Vždycky	25	50

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů odpovědělo **25 (50%)**, že **vždycky** bylo kolem jejich pokoje v noci ticho, **často** uvedlo **13 (26%)** respondentů, **občas** odpovědělo **9 (18%)** z nich a **3 (6%)** odpovědělo, že **nikdy**.

Graf č. 8 – Potřeba léků na tišení bolesti

8) Potřeboval/a jste léky na tišení bolesti?



Tabulka č. 9 – Potřeba léků na tišení bolesti

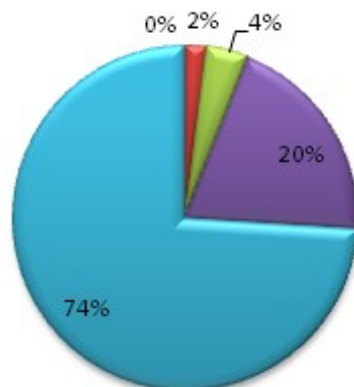
Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	13	26
Ne	37	74

Zda pacienti potřebovali léky na tišení bolesti, odpovědělo z celkového počtu 50 (100%) respondentů **13 (26%) ano** a **37 (74%), že ne**.

Graf č. 9 – Dostatečné tišení bolesti

9) Byla Vaše bolest dostatečně tišena?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždy ■ Irelevantní



Tabulka č. 10 – Dostatečné tišení bolesti

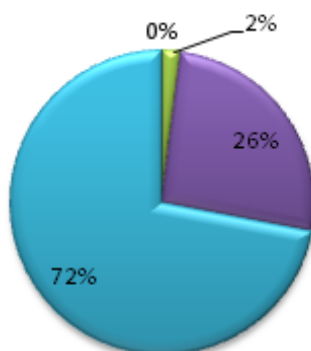
Odověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	0	0
Občas	1	2
Často	2	4
Vždycky	10	20
Irelevantní	37	74

Z celkového počtu 50 respondentů (100%) uvedlo **10 (20%) vždycky**, **2 (4%)** odpovědělo **často**, **1 (2%)** odpověděl, že jen **občas**, odpověď nikdy neuvedl žádný respondent a **37 (74%)** respondentů uvedlo, že nepotřebovali léky na tišení bolesti.

Graf č. 10 – Aktivita sester při tišení bolesti

10) Dělal personál vše proto, aby Vám pomohl s tišením bolesti?

■ Nikdy ■ Občas ■ Často ■ Vždycky ■ Irelevantní



Tabulka č. 11 – Aktivita sester při tišení bolesti

Odpo věď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy	0	0
Občas	0	0
Často	1	2
Vždycky	13	26
Irelevantní	36	72

Zda personál dělal vše proto, aby pacientovi pomohl s tišením bolesti, odpovědělo z celkového počtu 50 (100%) respondentů **13 (26%) vždycky**, **1 (2%)** odpověděl **často**, odpověď občas a nikdy nevedl nikdo a **36 (72%)** respondentů odpovědělo, že nepotřebovali pomoci s tišením bolesti.

Graf č. 11 – Subjektivní hodnocení zdravotního stavu



Tabulka č. 12 – Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Vynikající	1	2
Velmi dobrý	1	2
Dobrý	35	70
Špatný	11	22
Velmi špatný	2	4

Z celkového počtu 50 (100%) respondentů uvedl pouze **1 (2%) vynikající**, **velmi dobrý** uvedl také **1 (2%)**, **35 (70%)** respondentů uvedlo odpověď **dobrý**, **11 (22%)** z nich uvedlo **špatný** a **2 (4%)** odpověděli **velmi špatný**.

5 Diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit spokojenost a zkušenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Dotazníkové otázky, na které pacienti odpovídali, byly zaměřené na chování sester k pacientům, na informovanost a srozumitelnost při předávání informací, dále na spokojenost a zkušenosti s čistotou a klidným prostředím, který má vliv na spokojenost a uzdravování nemocného a na tišení bolesti, když pacient bolest tišit potřeboval.

Z první otázky: „Jak často s Vámi sestry jednaly slušně a uctivě?“ vyplývá, že největší část z 50 (100%) dotazovaných bylo 44 (88%) s přístupem sester vždycky spokojeno, 1 (2%) byl spokojen často, ale také se objevili 4 (8%) pacienti, kteří se se slušným přístupem setkali pouze občas a dokonce jeden (2%) z nich se s tímto přístupem nesetkal nikdy. Pozitivní výsledek 90% procent kladných odpovědí je příjemně překvapivý a přesvědčuje o tom, že sestry se převážně chovají k pacientům slušně a s úctou, což výrazně ovlivňuje spokojenost pacienta. Výzkumné šetření v Nemocnici České Budějovice a Nemocnice Český Krumlov, které zahrnovalo 200 respondentů, prokazuje, že respondenti (43%) ke kterým se sestry chovali slušně a s úctou, byli zcela spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Kdežto respondenti, kteří tento přístup nevnímali (100%), hodnotili péči pouze jako dobrou. (Morongová, 2015)

Z druhého tvrzení: „Jak často Vám sestry pozorně naslouchaly?“ opět vyplývá, že z 50 (100%) dotazovaných, 40 (80%) pacientů vždycky nebo 4 (8%) často vnímali pozorné naslouchání ze strany sester, 4 (8%) respondenti pozorné naslouchání vnímali jen občas a až 2 (4%) pacienti nevnímali to, že by jim sestry pozorně naslouchaly. 88% kladných odpovědí je dobrým poznatkem, přesto se ale vždy najdou situace, kdy tomu není tak, jak by mělo. Tomu odpovídají zjištěné 4%.

Z třetího tvrzení: „Jak často Vám sestry vysvětlily vše takovým způsobem, že jste tomu porozuměl/a?“ vyplývá, že z 50 (100%) dotazovaných, bylo většině tj. 37 (74%) vždycky nebo často tj. 8 (16%) vysvětleno vše srozumitelným způsobem, 4 (8%) z nich byli informace předány srozumitelným způsobem pouze občas. Přesto se našel 1 (2%) pacient, kterému se nedostalo srozumitelného vysvětlení tak, aby tomu porozuměl. Opět výsledek, který se týká přístupu sester k pacientovi z tohoto výzkumu, vyšel převážně v pozitivním směru.

Ze čtvrté otázky: „Když jste zazvonil/a na sestru, jak často se stalo, že přišla tak rychle, jak jste potřeboval/a?“ vyplývá, že z 50 (100%) dotazovaných, 37 (74%) nemělo problém s aktivitou sester a sestra přišla vždycky, tak jak pacient potřeboval. Často odpověděli 4 (8%). 3 (6%) respondenti odpověděli, že pouze občas a až 6 (12%) respondentů odpovědělo, že sestra nepřišla nikdy, tak rychle jak pacient potřeboval, což je bohužel překvapující výsledek. Z tohoto tvrzení se dá usoudit, že aktivita sester při zazvonění na zvonek pacientem je nižší, nežli by tak tomu mělo být.

Pátá otázka: „Jak často Vám před podáním nového léku nemocniční personál řekl, k čemu lék je?“ vypovídá, že z 50 (100%) dotazovaných, 22 (44%) respondentů tuto informaci od personálu (sestra, lékař) dostalo. 1 (2%) respondent uvedl, že často, pouze občas uvedlo 7 (14%) respondentů, 5 (10%) z nich tuto informaci nedostalo vůbec. Z toho 15 (30%) respondentů žádný nový lék nedostalo. Z tohoto tvrzení je zřejmé, že větší počet pacientů dostalo informaci o nových podaných lécích, ale nebylo tomu tak vždy. Až 10% tuto informaci nedostalo. Zajímavé je, že 30% respondentům nebyl předepsán žádný nový lék. Pokud pacient dostává kterýkoliv nový lék, který nezná, měl by být o tom informován i z toho důvodu, aby si případně všiml nežádoucích účinků nebo identifikoval nesprávný podávaný lék. Studie provedená centrem pro bezpečnost léčby a kvalitu služby v Anglii zjistila, že sdílení informací o nových podaných lécích za účelem ověření, zlepšuje bezpečnost pacientů a to především prostřednictvím pacientů, kteří identifikují chyby v podaných lécích a nežádoucích léčivých účincích. (Garfield at al. 2016)

Šestá otázka: „Byl Váš pokoj a koupelna udržovány v čistotě?“ vypovídá, že z 50 (100%) respondentů vnímalo 42 (84%) vždycky čistotu jejich pokoje a koupelny a 8 (16%) jich uvedlo často. Odpověď nikdy a občas neuvedl žádný respondent. Z toho vyplývá jen pozitivní výsledek, protože se nenašel ani jeden respondent, který by nevnímalo čisté prostředí kolem něj. Čisté a tím i příjemné prostředí může mít také významnou roli v uzdravování a spokojenosti nemocného. Výzkumné šetření prováděné v Nemocnici Rakovník, Nemocnici Brandýs nad Labem, ve Fakultní nemocnici Bulovka a ve Fakultní Thomayerovi nemocnici, ale prokázalo, že pacienti považují nemocniční prostředí za nejméně důležité pro jejich uzdravování. Na první místa pochopitelně uváděli odborné znalosti personálu, pochopení a vstřícnost personálu, manuální zručnost a technické vybavení. (Šancová, 2008)

Ze sedmé otázky: „Bylo Kolem Vašeho pokoje v noci ticho?“ vyplývá, že z 50 (100%) respondentů 25 (50%) vnímalo vždycky tiché noční prostředí. Často uvedlo 13 (26%) respondentů, pouze občas uvedlo 9 (18%) respondentů a 3 (6%) z nich uvedli, že nikdy nebylo kolem jejich pokoje ticho. Z tohoto tvrzení je zřejmé, že většina tj. 63% pacientů nevnímalo převážně v noci hluk kolem jejich pokoje. Zbýlých 12% nemělo kolem jejich pokoje v noci ticho a to jim mohlo narušovat spánek. Pokud není pacientům umožněn kvalitní spánek, může se to odrazovat na jejich spokojenosti a tím i na uzdravování.

Osmá otázka: „Potřeboval/a jste léky na tišení bolesti?“ vypovídá o tom, že z 50 (100%) respondentů, většina 37 (74%) pacientů nepotřebovala léky na tišení bolesti, což je zajímavé zjištění. Jen 13 (26%) z nich léky na tišení bolesti potřebovala. Pacientů, kteří léky na tišení bolesti potřebovali, bylo poměrně málo. To mohlo zkreslit následující výsledky týkající se dostatečného tišení bolesti, a zda personál dělal vše proto, aby pacientovi s tišením bolesti pomohl.

Devátá otázka: „Byla Vaše bolest dostatečně tišena?“ vypovídá, že těm, kteří léky na tišení bolesti potřebovali, byla z 50 (100%) respondentů 10 (20%) pacientům bolest dostatečně tišena vždycky. 2 (4%) uvedli často, 1 (2%) respondentovi byla bolest tišena pouze občas, odpověď nikdy neuvedl žádný respondent a 37 (74%) z nich léky na tišení bolesti nepotřebovali. Z toho vyplývá, že pokud pacient potřeboval léky na tišení bolesti, byla jeho bolest většinou dostatečně tišena. Přesto jednomu pacientovi bolest byla tišena jen občas. Pozitivní je, že z tohoto tvrzení nebylo zjištěno, že by pacientova bolest nebyla utišena nikdy.

Na desátou otázku: „Dělal personál vše proto, aby Vám pomohl s tišením bolesti?“ odpovědělo z 50 (100%) respondentů 13 (26%) vždycky a 1 (2%) často. Odpověď nikdy neuvedl nikdo a 36 (72%) respondentů nepotřebovalo léky na bolest. Toto zjištění potvrzuje, že personál dělal vše proto, aby pomohl pacientovi s tišením bolesti. Tvrzení je ale zjišťováno u malého počtu pacientů. Sedmdesát dva procent pacientů léky na bolest nepotřebovalo, tudíž není jisté, jak by tomu bylo u většího množství pacientů, kteří by léky na bolest potřebovali.

Na jedenáctou otázku: „Jak byste celkově hodnotil/a svůj zdravotní stav?“ odpovědělo z 50 (100%) respondentů 35 (70%) dobrý. Pouze 1 (2%) respondent odpověděl vynikající. Velmi dobrý uvedl také pouze 1 (2%), odpověď špatný uvedlo až 11 (22%) respondentů a 2 (4%) bohužel odpověděli velmi špatný. Většina (70%) pacientů odpověděla „zlatou střední cestou“. Našli se pouze 4 %, kteří svůj zdravotní stav vnímají jako vynikající nebo velmi dobrý, což je malé číslo. Spíše než by pacienti hodnotili svůj zdravotní stav v lepším směru, hodnotili ho bohužel jako špatný nebo velmi špatný tj. 26%.

Z celkového šetření vyplývá, že nejvíce pacientů bylo spokojeno s přístupem sester (chování, naslouchání, vysvětlení srozumitelným způsobem). Dalším pozitivním hodnocením bylo čisté prostředí kolem pacientova pokoje a koupelny. Větším problémem pro pacienty byl hluk v noci kolem jejich pokoje, který jim narušuje spánek a malá informovanost o nových podaných lécích. Aktivitu sester při zazvonění na zvonek hodnotí také v pozitivním směru, ale nebylo tomu tak vždy. Velká část pacientů nepotřebovala léky na bolest, a pokud ano, tak ze šetření vyplývá, že bolest byla se zájmem sester dostatečně tišena. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu pacienti uvádějí převážně v záporném směru.

6 Závěr

Cíl mé bakalářské práce bylo zjistit zkušenosti a míru spokojenosti pacientů s pobytem na odděleních interního typu ve fakultní nemocnici.

Většina pacientů odpovídala kladně a s ošetrovatelskou péčí byla spokojená. Přesto se ale našlo i několik pacientů, kteří nebyli spokojeni s aktivitou sester. Při zazvonění pacientem na signalizační zařízení odpovědělo až 6%, že sestra nepřišla tak rychle, jak pacient potřeboval. Dalším zjištěním bylo ne zcela klidné prostředí během noci. 50% pacientů nevnímalo vždy tiché noční prostředí kolem jejich pokoje. Zajímavostí je, že většina pacientů nepotřebovala léky na tišení bolesti, nebo jim nebyly podány žádné nové léky, které by neznali a až 10% pacientů, nebyli o nových podaných lécích informováni. Ze šetření vyplývá, že nejvíce pacienti pozitivně hodnotili chování sester.

Kvalitní ošetrovatelská péče je důležitá jak pro spokojenost pacientů, tak pro jejich uzdravování. Aby mohla být poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, je k tomu třeba kvalifikovaný nemocniční personál, který má k pacientovi holistický přístup a není pracovně příliš vytěžován tak, aby se mohl pacientovi plně věnovat.

7 Seznam použité literatury

- 1) BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.
- 2) BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
- 3) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- 4) BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- 5) BEDNÁŘOVÁ, J. Umění komunikace. *Sestra*. Praha. 2010. roč. 20, č. 4. s 16-17. ISSN 1210-0404.
- 6) EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 8086419-73-8.
- 7) GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví : řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví : kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. *Praxe manažera* (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.
- 8) HALUZÍKOVÁ, J. ŘÍMOVSKÁ, Z. *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. *Sestra*. Praha. 2010. roč. 20, č. 4. s 26-27. ISSN 1210-0404.
- 9) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
- 10) HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-367-2.
- 11) JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál, 2007. *Rádcí pro zdraví*. ISBN 978-807-3672-102.
- 12) JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

- 13) JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN 80-85866-55-2.
- 14) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- 15) KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2830-8.
- 16) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2 vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 807178-774-4.
- 17) KOLÍNKOVÁ, M. Každý klient je individualita. *Sestra*. Praha. 2010. roč. 20, č. 10, s 10-12. ISSN 1210-0404
- 18) KUČEROVÁ, Helena. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén, [2018]. ISBN 978-80-7492-378-4.
- 19) MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- 20) MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres*. 2 vyd. Praha: Advent- Orion, 2004. 190 s. ISBN 80-7172-624-9
- 21) MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5589-2.
- 22) MORONGOVÁ, Adéla. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*[online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2019-06-02]. Dostupné z: https://theses.cz/id/7ijazx/BP_Morongov.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
- 23) ONDRIOVÁ, Iveta, Matilda PAVELKOVÁ a Anna HUDÁKOVÁ. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra: spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče*. 2013, 2013(1), 33-35. ISSN 1210-0404.
- 24) PARK, Hyeon-hee a Soukyoung KIM. A Structural Equation Model of Nurses' Patient Safety Management Activities. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration* [online]. 2019, 25(2), 63-72 [cit. 2019-05-11]. DOI: 10.11111/jkana.2019.25.2.63. ISSN 12259330.

- 25) Patient Satisfaction – Medical Dictionary online-medical-dictionary.org. Medical Dictionary – online-medical-dictionary.org [online]. Dostupné z: <http://www.online-medical-dictionary.org/definitions-p/patient-satisfaction.html>
- 26) PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- 27) PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0551-6.
- 28) PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
- 29) PRAŠKO, J, VYSKOČILOVÁ, J, PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.
- 30) ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
- 31) Redirecting to /specialist-agreement.Redirecting to /specialist-agreement [online]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2009-2/spokojenost-pacientu-s-poskytovanou-peci-teoreticke-pristupy-a-modely-4081>
- 32) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 33) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 34) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.
- 35) ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
- 36) ŠANCOVÁ, Petra. *Prostředí nemocnice* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-0602]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/16782/BPTX_0_0_11110_B01223_101537_0_52255.pdf?sequence=1.
Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA.

- 37) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 38) T, Zborowsky a Kreitzer MJ. Creating optimal healing environments in a health care setting. *Minnesota Medicine* [online]. 2008, 91(3), 35-8 [cit. 2019-05-10]. ISSN 0026556X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=18438085&scope=site>
- 39) Úvodní stránka | Česká asociace sester [online]. Copyright © [cit. 12.05. 2019]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/docs/akce/prirucka-k-osnove-o-bezpeci-pacientu-mz-cr.pdf>
- 40) The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: A Qualitative Study. National Center for Biotechnology Information [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4836703/>
- 41) *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.
- 42) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- 43) WITKINOVÁ, G. *Jak přežít stres*. 1 vyd. Český Těšín: Finidr, 2009. 288 s. ISBN 978-80-7252-267-5.

8 Přílohy

8.1 Seznam grafů

- Graf č. 1 – Slušné a uctivé chování sester k pacientovi
- Graf č. 2 – Pozorné naslouchání ze strany sester pacientovi
- Graf č. 3 – Srozumitelnost při předávání informací pacientovi ze strany sester
- Graf č. 4 – Aktivní přístup sester k pacientovi
- Graf č. 5 – Informovanost pacienta o nových podaných léčích
- Graf č. 6 – Udržování čistého prostředí
- Graf č. 7 – Tiché noční prostředí
- Graf č. 8 – Potřeba léků na tišení bolesti
- Graf č. 9 – Dostatečné tišení bolesti
- Graf č. 10 – Aktivita sester při tišení bolesti
- Graf č. 11 – Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

8.2 Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů
- Tabulka č. 2 – Slušné a uctivé chování sester k pacientovi
- Tabulka č. 3 – Pozorné naslouchání ze strany sester pacientovi
- Tabulka č. 4 – Srozumitelnost při předávání informací pacientovi ze strany sester
- Tabulka č. 5 – Aktivní přístup sester k pacientovi
- Tabulka č. 6 – Informovanost pacienta o nových podaných léčích
- Tabulka č. 7 – Udržování čistého prostředí
- Tabulka č. 8 – Tiché noční prostředí
- Tabulka č. 9 – Potřeba léků na tišení bolesti
- Tabulka č. 10 – Dostatečné tišení bolesti
- Tabulka č. 11 – Aktivita sester při tišení bolesti
- Tabulka č. 12 – Subjektivní hodnocení zdravotního stavu