

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na úrazovém oddělení KNTB a.s. Zlín

Jana Ťápalová

Bakalářská práce
2011

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana ŤÁPALOVÁ**
Osobní číslo: **H080158**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. Zlín**

Zásady pro vypracování:

Vyhledání a zpracování odborné tématicky orientované literatury.
Stanovení cíle praktické části BP a příprava metodiky výzkumu.
Výběr a charakteristika výzkumného souboru.
Provedení výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu.
Přijetí odpovídajících závěrů.
Doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. Výzkum a ošetrovatelství. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2

FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatelstvo – teória. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4

CHRÁSKA, M. Úvod do výzkumu v pedagogice. Olomouc: Universita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0765-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4

MASTILIÁKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9

PUNCH, K. F. Úspěšný návrh výzkumu. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. Základy ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4

TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **25. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2011**

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.5.2011

..... Jan F

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Spokojený pacient je současným trendem zdravotnických zařízení. Komplexní spokojenost nemocného i spokojenost v jednotlivých oblastech ošetrovatelské péče je významným ukazatelem kvality. Proto jsou pacienti žádáni k hodnocení kvality poskytované péče. Výsledky tohoto šetření jsou zdrojem informací, které vedou ke změnám a zlepšení kvality.

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na spokojenost pacientů úrazového oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně. Dotazníkové šetření bylo provedeno u 99 respondentů, ukázalo spokojenost většiny pacientů úrazového oddělení jak s péčí, tak i s chováním zdravotnického personálu.

Závěry bakalářské práce budou předány vedení úrazového oddělení KNTB.

Klíčová slova: kvalita, spokojenost, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský tým, pacient, sestra

ABSTRACT

Patient's satisfaction has become a current trend in healthcare organizations. A complete patient's satisfaction as well as the satisfaction in the individual areas of nursing care is an indicator of the quality. That is the reason why the patients have been asked to evaluate the quality of care that they are provided with. The results of this survey have become a source of information, leading to changes and improvement in the quality of care.

The aim of this dissertation is to focus on patients' satisfaction in the trauma unit at Tomas Bata Regional Hospital in Zlin. The survey, conducted among 99 respondents showed that majority of the trauma unit patients were satisfied both with care provided as well as professional behaviour of healthcare staff.

Findings of this dissertation will be presented to the management of the trauma unit at Tomas Bata Regional Hospital.

Key words: quality, satisfaction, nursing care, nursing team, patient, nurse

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Šalenové za cenné rady a podněty, které mi laskavě poskytla při vedení mé bakalářské práce. Děkuji všem dotázaným pacientům, kteří mi poskytli informace ke zpracování mé práce.

Motto:

„Teprve když zdravý onemocní, uvědomí si, co měl.“

(Thomas Carlyle)

OBSAH

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	12
1.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	12
1.2 VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	13
1.3 HISTORICKÝ VÝVOJ VÝZKUMU V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
1.4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	15
1.5 POTŘEBY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	16
2 OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	18
2.1 ZDRAVOTNICKÉ TÝMY	18
2.2 ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNÍCH SESTER	18
2.3 EMPATIE V POVOLÁNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY	19
3 KOMUNIKACE	20
3.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	20
3.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	20
3.3 AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ.....	21
3.4 ROZHOVOR MEZI SESTROU A PACIENTEM.....	21
3.4.1 Struktura rozhovoru	22
4 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	23
4.1 VNÍMÁNÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	23
4.2 HODNOCENÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	23
4.3 STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	24
5 PÉČE O NEMOCNÉ V NEMOCNICI	26
5.1 PACIENT A NEMOCNICE.....	26
5.2 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY NEMOCI	26
5.3 HISTORIE BAŤOVY NEMOCNICE	27
5.4 CHARAKTERISTIKA ÚRAZOVÉHO ODDĚLENÍ.....	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	30
6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM	31
6.1 CÍL VÝZKUMU	31
6.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	31
7 METODIKA	32

7.1	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	32
7.2	DISTRIBUCE A SBĚR DAT	33
7.3	POPIS POUŽITÉHO DOTAZNÍKU	33
7.4	POPIS ZKOUMANÉHO PROSTŘEDÍ.....	33
7.5	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	34
8	VYHODNOCOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
8.1	OTÁZKA Č. 1.....	35
8.2	OTÁZKA Č. 2.....	36
8.3	OTÁZKA Č. 3.....	37
8.4	OTÁZKA Č. 4.....	38
8.5	OTÁZKA Č. 5.....	39
8.6	OTÁZKA Č. 6.....	40
8.7	OTÁZKA Č. 7.....	41
8.8	OTÁZKA Č. 8.....	42
8.9	OTÁZKA Č. 9.....	43
8.10	OTÁZKA Č. 10.....	44
8.11	OTÁZKA Č. 11.....	45
8.12	OTÁZKA Č. 12.....	46
8.13	OTÁZKA Č. 13.....	47
8.14	OTÁZKA Č. 14.....	48
8.15	OTÁZKA Č. 15.....	49
8.16	OTÁZKA Č. 16.....	50
8.17	OTÁZKA Č. 17.....	51
8.18	OTÁZKA Č. 18.....	52
8.19	OTÁZKA Č. 19.....	53
9	DISKUZE.....	54
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	62
	SEZNAM OBRÁZKŮ	63
	SEZNAM TABULEK.....	64
	SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

Žijeme v 21. století, v době kdy nikdo nemá na nic čas, pořád někam spěcháme, honíme se za lepší prací, exotičtější dovolenou, dražším autem. Náš život hekticky plyne, a to má špatný vliv na naše zdraví. Stres, špatná životospráva, nedostatečný pitný režim a nepříliš zdravá strava vedou k tomu, že naše tělo přestane poslouchat a my zjistíme, že máme nějaké potíže. Vyhledáme lékaře, který nás může odeslat do nemocnice. Zde se život relativně zpomalí, a my začneme přemýšlet o nových hodnotách, začneme si uvědomovat lidské neštěstí a bolest. V tomto období začneme více vnímat chování druhých lidí ke své osobě.

Pro naše zdraví je velmi důležitý pokrok, nové metody a přístroje v medicíně, ale pro lidskou bytost, pro pacienta je ještě důležitější lidský přístup a vlídná slova od zdravotníků. Když jsem po maturitě nastupovala na lůžkové oddělení, vrchní sestra mi říkala, že pacienti mají rádi sestru, která se usměje, promluví vlídným slovem a třeba se netrefí do žíly, než tu, která perfektně provede zdravotní výkon, je zatrpklá a neusměje se.

Při pobytu v nemocnici se největším trendem stává spokojenost klienta, tedy pacienta. Péče, která je nemocným poskytována, se odráží na kvalitě zdravotnického zařízení. V dnešní době auditů je důležitá spokojenost pacientů, a proto jsou nemocní žádáni, aby svou spokojenost vyjádřili v dotaznících. Ty jsou poté zpracovány a vyhodnoceny. Nemocnice se snaží zjištěné nedostatky napravit ke spokojenosti dalších nemocných.

Ve své práci jsem se snažila najít odpovědi na problematiku spokojenosti pacientů nejen pro kvalitní a bezchybnou léčbu, ale i pro dobrou pověst zdravotnického zařízení. V každé nemocnici se občas řeší stížnosti, nebo je v tisku ukázána a popsána ve špatném světle, které nemusí odpovídat skutečnosti.

Úroveň zdravotní péče se odvíjí od mnoha ukazatelů. Z velké části od počtu zdravotních sester, jejich charakteru a osobních vlastností, vzdělání, spolupráce s personálem.

Za cíl své práce jsme si dali zjistit kvalitu zdravotnické péče na oddělení traumatologie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. ve Zlíně. K danému problému se snažíme přistupovat jak z pohledu zdravotníků, tak i z pohledu pacienta. V dnešní době změn se pacient či nemocný mění na termín "klient". Tento pojem nám přijde komerční, a proto budeme používat termín pacient či nemocný.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Na začátku bychom chtěli definovat pojem „zdraví“. Křivohlavý (2003, str. 37) uvádí definici Světové zdravotnické organizace WHO „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ Zdraví je jednou z nejcennějších věcí v našem životě. Proto bychom se o něj měli starat.

1.1 Charakteristika ošetřovatelské péče

Světová zdravotnická organizace uvádí řadu definic ošetřovatelství: „Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (Šamánková, 2006, str. 2). Další výklad ošetřovatelství zní: „Ošetřovatelství má pomáhat chorým aj zdravým vykonávat činnosti prospievajúce zdraviu, uzdravovaniu alebo zabezpečeniu pokojnej smrti, ktoré by vykonávali bez pomoci, keby mali potrebu silu a vedomosti. Rovnako je úlohou sester pomôcť chorým získať čo najrýchlejšie sebestačnosť“ (Farkašová, 2005, str. 1).

Světová zdravotnická organizace uvedla 3 pilíře ošetřovatelství: upevňovat zdraví, navracet zdraví a zmírňovat utrpení nemocného člověka. V praxi to má být aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného – všech jeho biologických, sociálních a psychických potřeb. Ošetřovatelství se snaží udržovat a podporovat zdraví, navracet zdraví, rozvíjet soběstačnost, zmírňovat bolest a utrpení nevléčitelných pacientů a zajišťovat klidné umírání a smrt.

Obor ošetřovatelství, jak uvádí Šamánková (2006), je samostatná zdravotní disciplína. Je v popředí a nabývá na společenském významu. Dostává se mu stále větší pozornosti při studiu medicíny a jiných příbuzných oborů.

Ošetřovatelství je velmi specifické odvětví. Jeho pracovníci musí mít odborné znalosti a morální předpoklady. V tomto oboru je důležitá práce vedoucích pracovníků, tedy staničních a vrchních sester, organizace práce, řízení a také kontrola péče poskytované na jejich oddělení. Ošetřovatelský tým je složen zaměstnanci různých kvalifikací a kompetencí. Vždy je to ale týmová práce se společným cílem.

V posledních letech se začal v oboru používat pojem holistický přístup. „Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky, jejichž jednotné části jsou ve vzájemné interakci (nikoli celky jako pouhé souhrny částí). Porucha v jedné části je poruchou celého systému“ (Mastiliaková, 1999, str. 8). Holistické ošetřovatelství je vedle základních potřeb nemocného orientováno i na potřeby spirituální, což je duchovní stránka péče o nemocného.

1.2 Vývoj ošetřovatelství

Jak uvádí Farkašová a kol.(2005), již v dávných dobách měl každý jedinec potřebu pečovat o sebe, o své zdraví a o zdraví rodiny. Tato skutečnost souvisí s přežitím jednotlivce i celé sociální skupiny. V dnešní době se ošetřovatelství stává samostatným vědeckým oborem, který stále více zaujímá přední místo ve společenském měřítku. V současné době je ošetřovatelství složitý myšlenkový proces.

Podle Farkašové a kol.(2005), na počátku zrodu ošetřovatelství, před příchodem křesťanství, to byly jen vědomosti a moudra, které se dědily z jednoho pokolení na druhé. Předávaly si ho vesměs jen ženy. K léčení a hojení používaly jen přírodu, bylinky a zařikávání. Chodily k nemocným domů.

Ve 13. a 14. století, s příchodem křesťanství, se postupně utvářela charitativní péče. Pomoc potřebovali nemocní, chudí, sirotci a sociálně slabí jedinci. V Čechách a na Slovensku se začaly zakládat kláštery, špitály, nemocnice patřící pod řády, například Nemocnice Milosrdných bratří, a také vznikaly útulky a chudobince. Péče v těchto charitativních místech byla zaměřena z velké části jen na základní potřeby člověka, to je poskytnutí jídla, střecha nad hlavou, hygiena a duchovní podpora. Až v pozdější době přibyla i léčebná péče.

Tyto služby o nemocné prováděli dobrovolníci, kteří měli víru a přesvědčení pomáhat druhým i nemocným. Neměli žádné zdravotní vzdělání.

Profesionální péče, jak popisuje Farkašová (2005), se začala rozvíjet až se vznikem nemocnic. O velké reformy ve zdravotnictví a jeho profesionalizaci se zasloužila anglická ošetřovatelka Florence Nightingalová. V období Krymské války byla vedoucí sestrou lazaretu, snažila se uspokojit potřeby nemocných a byla taktéž iniciátorkou řady zdravotních reforem. Její 4 zásady: čistota, dobré a vlídné zacházení, dostatečná výživa

a přívětivá slova – se na dlouhou dobu staly motem a kritériem ošetrovatelské péče. Poznatky ze své praxe sepsala v knize „Poznámky ošetrovatelství“. Kniha byla v roce 1874 přeložena do 7 jazyků včetně čestiny. Dáma s lampou, jak ji nazývali ranění vojáci, se stala pro veřejnost symbolem ošetrovatelství.

Do tohoto období patří ještě dvě významné osobnosti, které se zasloužily o profesionalizaci ošetrovatelství. Je to ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov a Henri Dunant, který založil Červený kříž.

České ošetrovatelství považuje za svou průkopnici Svatou Anežku Českou /Přemyslovnu/ 1211 - 1282. Pracovala jako řeholní sestra a byla u zrodu kláštera a špitálu Svatého Františka při kostele Svatého Haštala. Založila křížovnický ošetrovatelský řád s červenou hvězdou. Posláním řádu byla péče o nemocné a chudé. Roku 1989 byla prohlášena za svatou.

V Londýně byla roku 1860 založena Florenc Nightingalovou první ošetrovatelská škola. O čtrnáct let později, roku 1874, vznikla ošetrovatelská škola v Praze. Její založení ovlivnily představitelky ženského hnutí Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. V období první světové války byla v Praze otevřena Státní dvouletá ošetrovatelská škola.

Spolek diplomovaných sester byl založen roku 1928, zasloužil se o zlepšení sociálního stavu sester. V padesátých letech 20. století byly školy sociální a ošetrovatelská spojeny, fungovaly pod názvem Vyšší sociálně zdravotní škola. Název Střední zdravotnická škola se začal používat roku 1954.

1.3 Historický vývoj výzkumu v ošetrovatelství

Počátky výzkumu v ošetrovatelství, jak popisuje Bártlová (2008), sahají do 70. let minulého století. Zakladatelkami jsou považovány americké sestry, ale z historických pramenů víme, že anglická průkopnice Florence Nightingalová pozorovala účinky ošetrovatelských výkonů v průběhu Krymské války /počátek druhé poloviny 19. století/ a byla u počátků ošetrovatelského výzkumu. Na principu pozorování, jehož výsledky sama zapisovala, dále zpracovávala a znázorňovala v grafech, byly uskutečněny důležité změny v ošetrování raněných a nemocných. Nightingalová směřovala k pozorování všechny ošetrovatelky.

Ve 40. letech minulého století byl výzkum zaměřen na přípravu a systém vzdělávání sester. Objektem výzkumu byla úroveň učitelek ošetrovatelství a úroveň přípravy sester. Výsledkem výzkumu bylo zjištění nezbytnosti posunutí vzdělání učitelek i sester na vyšší a kvalitnější úroveň.

V období 2. světové války se zkoumaly pracovní požadavky, jež byly na sestry ukládány, a postavení sester v nemocničních zařízeních. Zkoumalo se také nemocniční klima a jeho vliv na nemocného.

V druhé polovině 20. století výzkumníci zkoumali odlišnosti v ošetrovatelských činnostech. V 80. letech došlo v USA k založení Národního centra pro výzkum v ošetrovatelství, jehož cílem bylo realizovat, podporovat a připravovat výzkum v odvětví.

Výzkum v ošetrovatelství ovlivnil i Českou republiku. Sestry se vysokoškolsky vzdělávají. Studium na vysoké škole bylo možné od roku 1960, ale jen jako učitelství na zdravotnické škole.

V dnešní době je ošetrovatelský výzkum ovlivněn také politikou vlády a novou koncepcí českého ošetrovatelství. Jsme ještě na začátku rozvoje výzkumu a výzkumníky čeká ještě dlouhá cesta.

1.4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základní ošetrovatelský metodický postup ošetrovatelské péče, který se používá jak u nás, tak i v Evropě. Pomocí tohoto procesu dochází k realizaci ošetrovatelských úkolů a cílů. Jde o komplex vzájemně propojených úkolů při ošetrovatelské péči o nemocného. Smyslem vytvoření ošetrovatelského procesu je bezchybné a vysoce kvalitní uspokojení potřeb nemocného.

Šamánková a kol. (2006) ve své knize popisuje ošetrovatelský proces. Ten se skládá z pěti kroků. První fáze – sbírání informací a třídění údajů. Znamená to získat co nejvíce informací o pacientovi. Sestra z údajů musí sestavit sesterskou anamnézu. Druhá fáze – stanovení ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelskou diagnózou rozumíme rozpoznání potřeb nemocného. Je to sestavení prioritních potřeb z hlediska nemocného i sestry. Třetí fáze – plánování ošetrovatelské péče, což znamená vytvoření ošetrovatelských strategií a intervencí, to jsou zásahy. Jde o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů v ošetrovatelské péči, vytvoření metod ke splnění plánů. Čtvrtá fáze – realizace. Jde

o uvedení ošetrovatelských strategií do praxe. Zaměřuje se na dosažení výsledků, dovršení stanovených cílů v předem daném pořadí. Pátá fáze – hodnocení, zde vyhodnocujeme efekt poskytnutí péče. Tato fáze je provázena zpětnou vazbou, potřebnou k posouzení dalších potřeb pacienta. Aby sestra mohla pracovat touto metodou, musí mít znalosti i z jiných oblastí vzdělání: komunikace, naslouchání, empatie, získávání důvěry. Sestry musí pracovat samostatně, mají své kompetence a odpovědnost. V ošetrovatelském procesu získávají zpětnou vazbu, seberealizují se.

1.5 Potřeby v ošetrovatelství

Ve své knize popisuje potřeby Šamánková (2006, str. 53) následovně: „Souhrnně lze říci, že potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“

Trachtová a kol. (2004), uvádí potřebu jako projev nějakého nedostatku, jako chybění něčeho, čehož odstranění je žádoucí. Potřeby jsou něčím, co lidské bytosti nutně potřebují pro svůj život. Lidské potřeby se mění a vyvíjí během našeho života.

Každý člověk má jiné potřeby, odvíjí se od mnoha faktorů jako je pohlaví, věk, kulturní a sociální prostředí, ale také se odvíjí od našeho zdravotního stavu. Potřeby nás provázejí po celý náš život. Naše potřeby jsou užitečné a nutné, jsou spjaty s uchováním a kvalitou našich životů.

Trachtová a kol. (2004), popisuje hierarchický systém lidských potřeb, který vytvořil americký psycholog Abraham H. Maslow v polovině minulého století.

- fyziologické potřeby /jídlo, tekutiny, vzduch, čistota/
- potřeba bezpečí a jistoty /vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, stabilita/
- potřeba lásky a společnosti/ milovat a být milován, sounáležitost, interakce/
- potřeba uznání a sebeúcty /sebekoncepce, autotomie/
- potřeba seberealizace /realizovat vlastní potenciál/

Potřeby můžeme dále rozdělit na primární /základní/ a sekundární /vyšší/. Základní potřeby jsou nezbytné pro uchování lidské existence, zde patří dostatek vzduchu, vody,

jídla, ale také spánek a teplo. Po naplnění sekundárních potřeb bude náš život příjemnější a bohatší. Tyto potřeby přináší životní obohacení, seberealizaci, uspokojení ve vztazích.

Zdravotní sestra může použít svoje vědomosti o lidských potřebách ku pomoci pacientům zmenšit jejich tíseň a stres spojených s dobou, kterou musí trávit v nemocničním zařízení. V ošetrovacím procesu sestra musí zjistit potřeby nemocného, aby mohla pochopit – jak nově vzniklé potřeby nemocný vnímá a mohla posoudit pacientovy objektivní potřeby. Uspokojování potřeb je založené na zlepšení pacientova zdravotního stavu. Touha a přání nemocného je uzdravit se, ne zřídka ale pociťuje strach z terapeutických, léčebných a diagnostických výkonů. Má obavy z léků a injekcí. Objektivní potřeby, které způsobují onemocnění, musí sestra pojmenovat a podle možností uspokojit. Tady se nejvíce projeví spolupráce sestry a pacienta.

2 OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL

Péče o pacienty v nemocnici by nebyla možná bez ošetrovatelského personálu. O nemocné se starají zaměstnanci různých profesí a vzdělání. Každý podle své kompetence, vzdělání a svědomí.

2.1 Zdravotnické týmy

Péče o člověka je celostní a hlavně týmová práce, uvádí Šamánková a kol. (2006). Jednotliví členové zdravotnického týmu mají svou nezastupitelnou roli. Musí mezi sebou spolupracovat, aby mohli plnit své poslání, na něž se připravovali a vzdělávali. Činnosti všech členů týmu se prolínají. Ve zdravotnických týmech jsou pracovníci těchto profesí: lékaři a farmaceuti, sestry, nižší zdravotničtí pracovníci, sanitáři. Dále sem řadíme zástupce zdravotníků, například zde spadají psychologové, duchovní, učitelé, sociální pracovníci a fyzioterapeuti.

Sestry jsou nezastupitelné v ošetrovatelské péči. Musí se po celou dobu své praxe vzdělávat, říkáme tomu celoživotní vzdělávání. Tím získávají nejnovější informace, aktuální poznatky a nové postupy v oboru. V České republice se vzdělávání sester přizpůsobuje požadavkům EU, tak aby sestry mohly pracovat ve všech členských státech Evropské unie.

2.2 Etický kodex zdravotních sester

Etický kodex je listina, která upravuje konkrétní i obecné předpisy. Dokumenty vychází z hodnot a pravidel organizace či profesní skupiny a definují tak etické minimum profesního chování. Etický kodex nemá právní podstatu, nedodržení nelze trestně stíhat. Profesionální kodex tvoří standard předpokládaného chování profesní kategorie.

„Primárním cílem profesního kodexu je (Janotová, 2005, str. 17):

- zavázat příslušníka dané profese ke konání podle morálních norem, které se považují za součást zodpovědně vykonávané práce v oboru
- apelovat na profesní hrdost
- vést ke správně chápané solidaritě, obsahující důstojnost daného povolání.“

Dále Janotová (2005) uvádí, že obecně profesní kodexy se opírají o občanské a sociální ctnosti jako jsou poctivost, tolerance, pracovitost, trpělivost, zdvořilost, pravdomluvnost,

rozvážnost, sebeovládání, obětavost, ochota, dodržovat zákony, zodpovědnost k osobám a zařízením, duchovním a materiálním hodnotám.

Máme mnoho dokumentů, které se vztahují k etice ošetrovatelské péče. Mezinárodní organizace zdravotních sester ICN má svůj vlastní kodex. Byl uveden v platnost roku 1953, do dnešní doby byl nejednou pozměněn. Poslední revize vyšla v roce 2000.

Česká asociace sester v roce 2002 přijala Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků. Je povinný pro všechny členy zdravotnického personálu.

2.3 Empatie v povolání zdravotní sestry

Kristová (2004) popisuje pro představu následující situaci: Je neděle odpoledne, po návštěvních hodinách. Sestra vidí na lavičce v jídelně sedět ženu, která pláče. Dívá se z okna a utírá si oči. V tento okamžik hledá sestra v mysli příčinu, proč mladá žena pláče. Přemýšlí o důvodech této situace, a v tuto chvíli probíhá to, co psychologie pojmenovává empatií.

Empatie je důležitá podmínka lidského přístupu k nemocným.

„Empatia je:

-vcítienie sa do duševného stavu pacienta

-osobitá kognitívno-emočná funkcia, ktorá znamená spoznanie a pochopenie prežívania pacienta“ Kristová (2004, str. 105).

Empatii tvoří dvě na sebe navazující části – poznávací a emocionální. Poznávací (kognitivní) složka pomáhá sestře poznat, v jakém psychickém stavu se pacient nachází, co potřebuje a jakou má náladu. Emocionální část představuje vcítění se do duševního stavu pacienta. Složky se prolínají a nemohou existovat odděleně.

Sestra může dát empatii najevo vědomě a nevědomě. Vědomá empatie je silnější. Je spojena s řízeným konáním a chováním. Sestra vědomě posuzuje situaci, kterou pochopí, pojmenuje a tlumočí. Nevědomá empatie je daná intuicí a zájmem o pacienta. Sestra vnímá chování a jednání pacienta a automaticky se mu přizpůsobuje, uvádí Kristová (2004).

3 KOMUNIKACE

Jedním ze základních přístupů zdravotníků k nemocnému je komunikace. Patří mezi základní dovednosti.

„Komunikace je sdělování určitých významů v procesu přímého nebo nepřímého kontaktu. V tomto smyslu je komunikace základní složkou mezilidské interakce. Příkladem je rozhovor, kdy účastníci užívají společný jazyk“ (Vykopalová, 2005, str. 5).

Obecně můžeme říci, že komunikace je vzájemná výměna informací. Toto vyměňování může být nejrůznějšími prostředky – signálem, náznakem nebo gestem. Jak uvádí Juříčková (2008), komunikace probíhá ve třech rovinách. První je rovina obsahová / věcná, vědomá/. Druhá je rovina prožitková /já rovina/. Třetí je rovina vztahová / my rovina/. Většinou obsah vyjadřujeme slovy a vztah je dán neverbálně – tonem hlasu, mimikou, gesty. Nejvíce používané je rozdělení na verbální a neverbální komunikaci.

3.1 Verbální komunikace

U tohoto druhu komunikace se uskutečňuje výměna informací pomocí řeči a slov. Řadíme zde komunikaci zvukovou /slovo/ a grafickou / písemná forma/.

3.2 Neverbální komunikace

Nejlépe tuto komunikaci vystihuje citát P. F. Druckera: „To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.“ Pokud jsme vnímaví, tak touto komunikací můžeme získat více informací. Neverbální komunikace nám může pomoci zmírnit jazykové nedostatky. Je také důležitá v komunikaci se smyslově postiženými jedinci. Patří zde:

Mimika – je nejvýznamnější, pomocí mimických svalů ukazuje výraz jedince. Jeho emoce a nálady.

Posturika – vyjadřuje fyzický postoj a polohu těla. Ukazuje polohu hlavy a končetin.

Haptika – dostáváme se do intimní zóny jedince, je to komunikace pomocí doteku. Projevuje se podáním ruky, obětím, pohlazením.

Proxemika – ukazuje zónu, kterou udržujeme při hovoru s jinou osobou. Máme intimní zónu / do 50 cm/, osobní zónu / 50-100 cm/, sociální zónu / do 150 cm/ a veřejná zónu / 150 až 300cm/.

Paralingvistika – zde patří tón hlasu, intonace, pauzy, frázování, výslovnost.

3.3 Aktivní naslouchání

Podle Juříčkové (2008) je dovednost naslouchat nepostradatelnou částí komunikace. Společně s vnímáním nám pomáhá pochopit sdělované informace. Opakovanou chybou je, že se více soustředíme na naši odpověď, než na to, co nám druhý člověk říká. Ještě horší je situace, pokud se nesoustředíme.

V určitých situacích musíme odlišit objektivní a empatické naslouchání. Objektivní naslouchání usiluje o nadsled /např. u nerealistických očekávání/. Empatické naslouchání odráží pocity druhého jedince. Je však důležité pochopit jak myšlenky, tak pocity druhého člověka. Mezi techniky aktivního naslouchání patří: parafrázování myšlenek mluvčího, vyjádření pochopení pocitů mluvčího a otevřené otázky jako podnět k dalšímu rozhovoru.

3.4 Rozhovor mezi sestrou a pacientem

„Rozhovor je plánovaná komunikácia alebo konverzácia. Uplatňuje sa vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu. Základom verbálnej komunikácie je schopnosť naviazať a udržiavať s pacientom slovný kontakt. Prostredníctvom slov sestra vysvetľuje, získava, pouča, presvedča, povzbuzuje či motivuje“ (Kristová, 2004, str. 56).

Mezi hlavní cíle rozhovoru podle Kristové (2004) patří:

- získat postoje, názory a informace o životním stylu
- doplnit informace z dokumentace a z pozorování
- doplnit a zpřesnit anamnestické údaje pro potřeby ošetrovateľského procesu
- získat údaje o subjektivních potížích nemocného
- uspokojit nezbytnost sociálního kontaktu
- poučit pacienta
- vytvořit si představu o temperamentu, typu a osobních vlastnostech pacienta
- dozvědět se informace o sociální situaci, emočních vazbách pacienta k rodině
- získat pacientovu spolupráci v léčebném i ošetrovateľském procesu

3.4.1 Struktura rozhovoru

Rozhovor je složen z jednotlivých částí, které na sebe navazují v čase. Na začátku je příprava a plánování, poté začátek, průběh a ukončení rozhovoru. Záznam rozhovoru provádí sestra při zjišťování anamnestických údajů. Pokud si chce zaznamenávat poznámky, upozorní pacienta a vysvětlí mu důvody.

Rozhovor by se měl odehrávat co nejvíce v soukromí, v osvětlené a vyvětrané místnosti. Bez rušivých momentů a pohybu personálu, popisuje Kristová (2004).

4 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V dnešní době stoupajících nároků na zdravotnictví na jedné straně a na druhé straně snižujících se finančních prostředků, je důležité vytvoření fungujícího zdravotnického systému, který se bude věnovat otázkám kvality, uvádí Staňková a kol. (2005).

Kvalita je subjektivně vnímána. Je mnoho definic kvality, z čehož vyplývá, že definovat ji není lehké. Madar a kol. (2004, str. 33) uvádí několik definic: např. „WHO definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“

4.1 Vnímání kvality ošetrovatelské péče

Kvalitu vnímá každý člověk jinak, co pro jednoho stačí, druhý s tím nebude spokojen. Je velmi složité definovat slovo kvalita. Grohar-Murray a DiCroce (2003, str. 186) definují kvalitu péče o pacienta: „Do jaké míry se podaří oddělení ošetrovatelské péče za současného stavu vědomostí zvýšit pravděpodobnost žádoucích výsledků a snížit pravděpodobnost nežádoucích výsledků u pacienta.“

Kvalitní ošetrovatelská péče je v každé nemocnici dána standardy ošetrovatelské péče. Podle standardů se také kvalita ošetrovatelské péče měří. Stejně jak kvalitu, tak i ošetrovatelskou péči vnímá každý nemocný, rodina i příbuzní jinak.

Kvalita a úroveň ošetrovatelské péče, která je poskytována v nemocnicích, je závislá na mnoha skutečnostech: na dostatečném počtu zdravotních sester, na jejich kvalifikaci a vzdělání, na motivaci, na lidskosti a spolehlivosti. Dále musí být dostatek ošetrovatelek a pomocného personálu. Kvalita záleží také na technologickém a materiálním vybavení nemocnice a jednotlivých odděleních.

4.2 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Do roku 1989 byly nemocnice v České republice rozdílně personálně i technicky vybaveny, financovány a velmi se lišila kvalita ošetrovatelské péče i léčby. S procesem transformace zdravotnictví se kvalita ošetrovatelské péče stala velmi sledovanou. Pozitivní změny v kvalitě ošetrovatelské péče byly převzaty od vyspělých evropských zemí. V dnešní době hodně nemocnic zavádí komplexní změny kvality ošetrovatelské péče pomocí akreditace nebo získávání certifikátů a prosazování managementu v ošetrovatelství.

Jak uvádí Grohar-Murray a DiCroce (2003) sestra manažerka, tedy vrchní a staniční sestra, ze své funkce kontroluje práci personálu, aby zabránila potížím a přispěla k plnění cílů organizace. Sestra manažerka má k dispozici „hlášení mimořádné události“. Hlášení se používá k identifikaci rizikových problémů a umožňuje také zachovat provedená opatření, jež byla při řešení problémové situace podniknuta. Sestra manažerka chce hlásit každou událost, ze které nastanou nečekané problémy.

V první řadě zde patří bezpečnost - prevence pádů, prevence nozokomiálních nákaz, prevence dekubitů. Dále zde náleží kompetence, vědomosti, dovednosti a znalosti každého člena týmu. Dalšími složkami kvality jsou přijatelnost / služby pro zákazníky/, efektivnost / očekávání dosažených výsledků/, dostupnost / v každý čas a na každém místě/, ekonomičnost, přiměřenost.

Mnoho faktorů ovlivňuje úroveň zdravotní péče, např. ekonomická situace, materiální vybavení, počet personálu a jejich vzdělání, pracovní podmínky a prostředí a také kvalita poskytované ošetrovatelské péče.

Kvalitu ošetrovatelské péče můžeme sledovat z různých pohledů: z pohledu lékaře, z pohledu pacienta a z pohledu sestry. Lékař sleduje kvalitu zajištění diagnosticko-terapeutického plánu nemocného. Nemocní hodnotí vnitřně, jak péči cítí, hodnotí uspokojování základních potřeb, sledují a hodnotí komunikaci se sestrou, její vyjadřování a úpravu. Sestra hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle pocitů spokojenosti s výsledky své práce.

Cílem zvyšování kvality ošetrovatelské péče je zamezit chybám, špatným výsledkům, snížit náklady na neefektivní a neodpovídající péči.

4.3 Standardy ošetrovatelské péče

Standardy ošetrovatelské péče jsou nástrojem kvality. Mastiliáková (2004, str. 45) tvrdí, že: „Není možné poskytovat kvalitně dobrou úroveň péče – standardní péči, pokud nevíme co je to dobrá standardní péče.“

Ošetrovatelské standardy jasně určují, co je kvalitní a dobrá ošetrovatelská péče. Standard je norma, s níž se měří, zda ošetrovatelská péče je v požadované míře. Standardy ukazují, co je nezbytné a dané pro tuto normu. Pokud poskytovaná ošetrovatelská péče pacientům a platné standardy jsou ve shodě, je to známka kvality. Ošetrovatelské standardy jasně

vymezují nejnižší úroveň poskytnuté péče. Jestliže dojde k nedodržení standardu, stává se péče nebezpečná pro pacienta a může ohrozit jeho zdravotní stav a tím může být riziková, uvádí Staňková a kol. (2005).

Jedny z prvních standardů ošetrovatelské péče vznikly kolem roku 1970 v USA. Každý stát má při vytváření standardů jiné možnosti. Vyspělé státy vychází z obecných norem ošetrovatelské péče, které jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních zdravotnických organizací, uvádí Mastiliaková (2004).

Standardy jsou například právní předpisy jako zákony a vyhlášky, nebo jsou vydávány Ministerstvem zdravotnictví jako věstníky nebo opatření. Dále mohou být vydávány samotným zdravotnickým zařízením. Ošetrovatelské standardy určují vzdělání ošetrovatelského týmu, určují vypisování ošetrovatelské dokumentace, uskutečňování ošetrovatelského procesu, postupy práce při výkonech a ošetrovatelské péči, vybavení pracoviště.

5 PÉČE O NEMOCNÉ V NEMOCNICI

Každé oddělení v nemocnici má své specifika a jiné zaměření. Mohou být oddělení akutní medicíny nebo dlouhodobé péče. Dalším rozdělením může být odbornost, např. chirurgická, interní, dětské lékařství nebo interna.

5.1 Pacient a nemocnice

Malé procento pacientů přichází do nemocnice z vlastní vůle, jak uvádí Křivohlavý (2002). 2% lidí jdou do nemocnice přímo, následkem úrazu nebo dopravní nehody. Zbývajících, 98% je odesláno ošetřujícím nebo odborným lékařem. Do odborné ambulance jde pacient dobrovolně, do nemocnice jde nedobrovolně, na podkladě rozhodnutí autority – lékaře. V tento okamžik si pacient uvědomí, že jeho nemoc je vážnější než předpokládal. Nemocnice je zcela jiná instituce, než kterou nemocný zná. Má za úkol pacienta vyšetřit a stanovit diagnózu. Léčit a pokud možno vyléčit, nebo alespoň zlepšit jeho zdravotní stav. Hospitalizace /pobyt pacienta v nemocnici/ má na nemocného velký vliv. Nejen, že pacient trpí tělesnými potížemi, ale nastupují změny i v psychice. Pacient se stává pasivní, závislý na druhých, změní se mu životní rytmus, klesá sebedůvěra, má strach....

5.2 Psychologické faktory nemoci

„Ukazuje se, že pacientovy představy o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při vnímání jeho vlastního zdravotního stavu a zároveň ho i ovlivňují při jeho interpretaci toho, jak na tom zdravotně je a co se s ním ze zdravotního hlediska děje“ (Křivohlavý, 2002, str. 23).

Vnímání příznaků podle Křivohlavého (2002)

-Rozdíly mezi lidmi: každý člověk vnímá jinak, co se děje s jeho tělem. Nejvíce je to zřetelné na vnímání bolesti. Stejný fyzický podnět může být pro jednoho nepatrná bolest a pro jiného nesnesitelné utrpení.

-Rozdíly v typu osobnosti: část lidí přechází mnohé věci jako nedůležité a nepodstatné. Jednoduše se jich nevšímají. Druhá část lidí je až mimořádně citlivá, nic jim neujde. Ihned reagují i na malý podnět.

-Osobní zaměření: lidé, kteří mají intenzivní zájem o práci, se zapomínají starat o svůj zdravotní stav a ujde jim řada příznaků. Naproti tomu u druhé části lidí, která se věnuje zdravému životnímu stylu jako je cvičení, procházky nebo jogging, budou příznaky dříve rozpoznány.

-Lidé v negativním emocionálním stavu – v depresivním stavu, v těžké situaci, napětí a stresu: lidé v tomto stavu mají sklon se domnívat, že jsou ohroženi i zdravotně. K příznakům nemoci jsou citlivější.

-Obranné mechanismy: zabraňují tomu, že dané příznaky vnímáme jinak, než za jiných okolností. Příkladem může být represe (potlačení).

-Nálada: pokud jsme v dobrém rozmaru a náladě, tak negativní příznaky našeho zdravotního stavu více přehlízíme. Naopak při špatné náladě, vidíme vše v černých barvách.

-Osobnostní zaměření: lidé zaměřeni na svou osobu – introverti, jsou citlivější na problémy. Naopak extroverti, kteří jsou zaměřeni na okolí, nejsou tak citliví.

-Zintenzivnění příznaků v důsledku většího zájmu: pokud je soubor příznaků v centru naší pozornosti, vidíme příznaky i u sebe. Pokud rodič zemře na infarkt myokardu, je u dítěte větší citlivost k příznakům onemocnění srdce.

-Vliv informací: pokud se ve sdělovacích prostředcích doslycháme o určité nemoci, může to ovlivnit naše vnímání o této chorobě, např. infekční nemoci, kardiovaskulární nemoci, rakoviny.

„Přehled faktorů, které ovlivňují vnímání (vidění a rozpoznávání) příznaku i jeho hodnocení, ukazuje, že tzv. kognitivní faktory – myšlenky lidí, jejich názory, představy, postoje a přesvědčení – zde hrají mimořádně důležitou roli“ (Křivohlavý, 2002, str. 23).

5.3 Historie Baťovy nemocnice

MUDr. Bakala (2007) ve své knize uvádí, že nemocnice byla založena roku 1927 a to 20. února, kdy bylo vydáno stavební povolení, 9. dubna byly předloženy Stanovy Baťovy nemocnice a položen základní kámen. První pacient byl zde přijat v listopadu téhož roku. Na vzniku nemocnice se podíleli pánové významných jmen. Jako prvního musíme uvést Tomáše Baťu, věnoval 1 milion korun, což byl první podnět k výstavbě nemocnice.

Projektant František Lýdie Gahura připravil podklady pro výstavbu nemocnice. Prim. MUDr. Bohuslav Albert, působil 18 let jako ředitel nemocnice.

Financování nemocnice bylo zajištěno více složkami: Baťův podpůrný fond (kde část daní nemusela být odvedena do státního rozpočtu), platby Okresní nemocenské pojišťovny, z přímých plateb od nemocných a z výnosů vlastního hospodaření.

Podle MUDr. Bakaly byla nemocnice ve své době na vysoké úrovni jak u nás, tak i ve srovnání se světem. Pavilónový systém byl vybudován podle vzoru Německa a Ameriky. Na počátku byly postaveny 4 pavilóny. Každý typ onemocnění měl svou budovu a tak bylo zamezeno přenosu onemocnění. Ústřední budovou byla jediná patrová stavba, kde byly v přízemí umístěny ambulance, rentgen a kanceláře pro chod nemocnice. V prvním patře byly místnosti pro ošetřovatelský personál a přednáškový sál. Ve druhém patře byly operační sály. Střecha byly skleněná, aby zde byl dostatek světla. Dostavby všech 17 pavilónů se uskutečnily v letech 1944 – 1945. Už v této době byly poplatky za léčení a vyšetřovací úkony. U všech pacientů byla provedena analýza sociální situace, a podle toho byli zařazeni do tříd. Bohatší nemocní platili vyšší úhrady a chudí málo nebo nic. Poplatky se platily za operace, porod a také za pobyt v nemocnici.

Po druhé světové válce byla nemocnice zestátněna. Do roku 1960 se jmenovala Krajská nemocnice, po roce 1960 byla součástí Okresního ústavu národního zdraví. V 70. letech minulého století se začaly budovat nové, moderní části nemocnice – budovy chirurgie, interny, léčebny dlouhodobě nemocných a gynekologie. Po revoluci se nemocnice přejmenovala na Baťovu nemocnici. V současné době nese název Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s. Zlín.

5.4 Charakteristika úrazového oddělení

Úrazové oddělení se dá nazvat také traumatologické oddělení, podle trauma = latinsky úraz. Nejdůležitějším úkolem traumatologického oddělení je ošetřování úrazů, včetně sdružených poranění, tzv. polytraumat, z celého zlínského kraje. Jsme spádová oblast pro okresy Vsetín, Uherské Hradiště a Kroměříž. Podle statistik jsou úrazy hlavní příčinou smrti u lidí do 40 let, a v celkové úmrtnosti populace zaujímají čtvrtou příčku.

Na urgentní příjem, který má traumatologické oddělení k dispozici, se vozí všechna sdružená poranění. Zde je provedeno první nemocniční ošetření. Zajištění pacienta

po stránce základních životních funkcí, provedou se zde potřebná vyšetření a rozhodne se o budoucím postupu. Zda pacient bude hospitalizován a na kterém oddělení, nebo zda půjde přímo na operační sál.

Další součástí traumatologického oddělení jsou úrazové ambulance. Zde je nepřetržitý provoz pro pacienty s čerstvými úrazy 24 hodin denně. V pracovní dny dopoledne jsou zde kontroly poúrazových stavů. Také zde fungují speciální ambulance, jako jsou artroskopická nebo kontroly pooperačních stavů.

Traumatologické oddělení popisujeme v praktické části.

Úrazové oddělení bylo řazeno do celku Traumacentra KNTB a.s. Zlín. V loňském roce mu byl tento status ministerstvem zdravotnictví odebrán. Oddělení úzce spolupracuje s oddělením ARO /Anesteziologicko-resuscitační oddělení/ a JIP/ Jednotka intenzivní péče/, kde jsou ukládáni pacienti s ohrožením a selháváním základních životních funkcí. Dále také spolupracuje s oddělením plastiky, neurochirurgie a chirurgie.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Protože pracuji na úrazovém oddělení v KNTB a.s., je mi tato problematika velmi blízká. Tímto výzkumem zjistíme, jak pacienti vnímají nejen chování zdravotních sester, ale i chod a provoz úrazového oddělení.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce je zjistit míru spokojenosti nemocných s kvalitou ošetrovatelské péče a se zdravotnickým personálem na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně.

6.2 Výzkumný problém

Výzkumný problém jsme specifikovali otázkou: **Jaká je spokojenost pacientů na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně?**

Jednotlivé otázky dotazníku nám odpoví na spokojenost pacientů, to jak vnímají čistotu na oddělení, jaký mají názor na stravu a jaký mají celkový dojem z pobytu v nemocnici.

7 METODIKA

„Metoda v nejobecnějším významu znamená způsob dosažení cíle, určitým způsobem uspořádaná činnost“ (Kutnohorská, 2009, str. 19). Výzkum dělíme podle zvolené metody na kvantitativní a kvalitativní. Oba typy se v ošetrovatelském výzkumu mohou kombinovat.

7.1 Kvantitativní výzkum

Podle Kutnohorské (2009) se u této metody pracuje s velkým počtem dotazovaných. Nejčastěji se používají metody dotazníku, rozhovoru či metody analýzy dat. Kvantitativní výzkum obsahuje soustavné sbírání a analýzu číselných dat. Musíme kontrolovat podmínky. U kvantitativního výzkumu máme stručné a jasné zaměření, logické usuzování, ověřujeme výzkumný cíl a teorie, provádíme statistické analýzy.

Pro naši bakalářskou práci jsme zvolili deskriptivní výzkum s metodou dotazníku. Obsahuje standardizovaný komplex otázek, které jsou předem připraveny na tiskopisech. Podle Kutnohorské je vhodné, aby na začátku dotazníku byl krátký výklad důvodu vyplnění dotazníku. Většina dotazníků je anonymní, pokud není anonymní – je nutný souhlas dotazovaného.

Zásady dotazníku:

- musí zahrnovat celou problematiku
- sestavení dotazníku by mělo respondenta přitahovat
- jednoznačná formulace otázek
- můžeme použít identifikační znaky dotazovaného – pohlaví, věk, bydliště
- nepoužívat záporně formulované otázky
- neptat se na dvě věci v jedné otázce
- nepoužívat cizí slova a zavádějící otázky

Výhodou dotazníku je daná stylizace otázek bez pocitů respondenta. Informace můžeme počítačově zpracovat. Nevýhodou může být nepochopení otázky a snížená návratnost dotazníků. Důležitou roli hraje i délka dotazníku jak uvádí Kutnohorská (2009).

7.2 Distribuce a sběr dat

Při rozdělování dotazníků pacientům musíme dbát na vysokou návratnost a reprezentativnost dat. Dotazníky rozdáváme pacientům v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Můžeme je také rozesílat poštou domů, zde ale hrozí riziko nízké návratnosti.

U hospitalizovaných pacientů je nejvhodnější doba před propuštěním z nemocnice, mají za sebou léčbu a mají také zkušenosti s prováděnou ošetrovatelskou péčí na oddělení. Nemocný bude hodnotit celý pobyt v nemocnici. Dotazníky jsou anonymní a vrací se zpět staniční sestře na oddělení. Pak se dále zpracovávají.

7.3 Popis použitého dotazníku

Jako předlohu jsme použili Dotazník spokojenosti pro pacienty, který vytvořila Bc. Jana Perlíková, studentka magisterského studia. Dotazníky byly anonymní a skládaly se z uzavřených otázek s výběrem konkrétní odpovědi nebo hodnotící škálou odpovědí 1 – 5. Jen poslední otázka byla otevřená. V úvodu dotazníku je oslovení respondentů a jejich seznámení se smyslem vyplnění dotazníku. První otázky jsou demografického zaměření - pohlaví, věk a vzdělání. Další otázky se týkají poskytování informací a zájmem personálu. Dále pacienti hodnotili stravování a čistotu na oddělení. V závěru dotazníku jsou otázky na celkovou spokojenost s pobytem, doporučení nemocnice přátelům a možnost připomínek, které nebyly v dotazníku zmíněny a byly pro pacienty důležité.

7.4 Popis zkoumaného prostředí

Traumatologické oddělení má k dispozici 36 lůžek. Jsou to akutní lůžka, pacienti jsou hospitalizováni v průměru 4-5 dnů. Pak jsou podle zdravotního stavu propuštěni domů, pokud mají zázemí a pomoc rodiny, nebo jsou přeloženi na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných, kde se provádí následná léčebná péče.

Na lůžkovém oddělení pracují registrované všeobecné sestry v třísměnném provozu. Sestry pracují podle ošetrovatelských standardů, na základě ošetrovacích procesů. Leží zde s úrazem jak mladí, tak i starší pacienti, z toho vyplývá velká psychická i fyzická zátěž. Zdravotní sestry provádí jak ošetrovatelskou péči, tak i náročnou odbornou práci jako jsou převazy, odběry materiálů do laboratoří, příprava pacientů k vyšetření a k operaci.

Pacienti jsou ošetřováni na standardním oddělení. Mají k dispozici třílůžkové pokoje se sociálním zařízením. Mohou používat mobilní telefony i televize, avšak mimo vizity a nočního klidu. Cenné věci a finanční hotovost mají pacienti možnost uzamknout v trezoru. Návštěvy jsou individuální u nových pacientů, kterým rodina a příbuzní nosí hygienické pomůcky a věci osobní potřeby. Standardně jsou návštěvy denně od 14 do 16 hodin. Nadstandardní pokoje nemá úrazové oddělení k dispozici.

Strava pro pacienty je dovážena v tabletovém systému z nemocniční kuchyně. Velká část pacientů má dietu č. 3, kterou se označuje racionální strava bez jakýchkoliv omezení. Zbývající počet pacientů tvoří diabetici, kteří mají dietu č. 9, což je bez cukrů, výživná strava.

7.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl rozdán 120 pacientům hospitalizovaných na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně v období měsíce února a března roku 2011.

Při lednové schůzce s hlavní sestrou jsme získali souhlas k výzkumnému šetření v nemocnici. Následně jsme také navštívili vrchní sestru a primáře oddělení, ke svolení použití dotazníků pro pacienty.

Ze 120 dotazníků se nám vrátilo 110, což je 91,3% z celkového počtu. Dalších 11 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplné vyplnění. Ke zpracování bylo použito 99 dotazníků, což je pro výpočty 100%.

8 VYHODNOCOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

V dotazníku bylo 19 otázek, na něž pacienti odpovídali výběrem z několika možností. Byla platná pouze jedna odpověď z 2, 3, 4 nebo 5 možností. Jen v poslední otázce byly volné odpovědi.

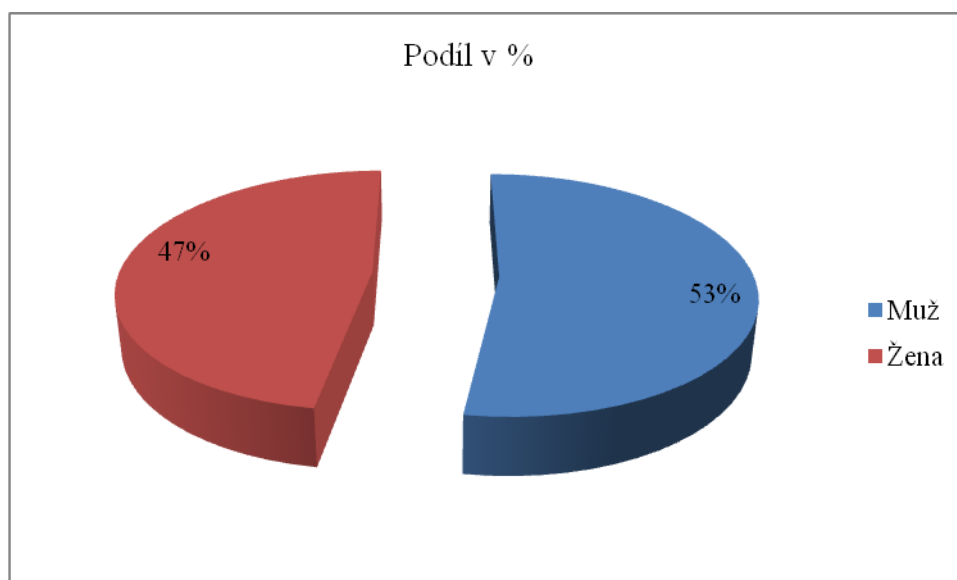
8.1 Otázka č. 1

Vaše pohlaví? Tady byly pouze 2 možnosti odpovědí: muž nebo žena.

Tabulka 1 Pohlaví

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
Muž	52	52,53%
Žena	47	47,47%
Celkem	99	100,00%

Graf č. 1 zobrazuje počet respondentů - celkem 99, což odpovídá 100%, rozdělených na 52 mužů, což je 53%, a 47 žen, což představuje 47%.



Graf 1 Pohlaví

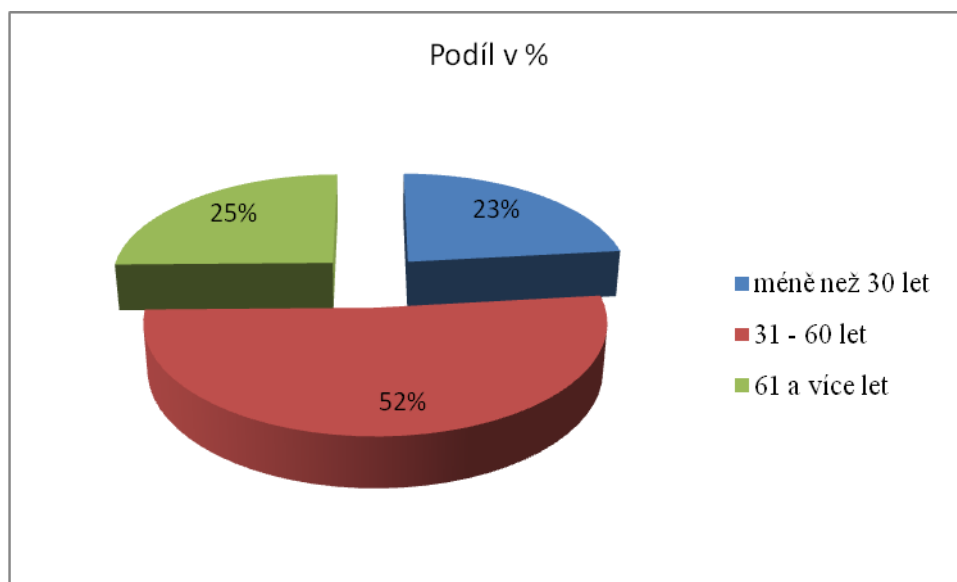
8.2 Otázka č. 2

Do jaké věkové skupiny patříte? V této otázce byly 3 možnosti odpovědi: do 30 let, 31 – 60 let a poslední skupina nad 61 let.

Tabulka 2 Věk

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
méně než 30 let	23	23,23%
31 - 60 let	51	51,52%
61 a více let	25	25,25%
Celkem	99	100,00%

Graf č. 2 nám ukazuje rozložení podle věku. Do 30 let je 23 respondentů (23,23%), ve věku od 31 – 60 let je 51 pacientů (51,52%) a v posledním období nad 61 let je 25 pacientů (25,25%). Nejvíce je zastoupena prostřední skupina, protože je zde mnoho sportovně a pracovně aktivních lidí.



Graf 2 Věk

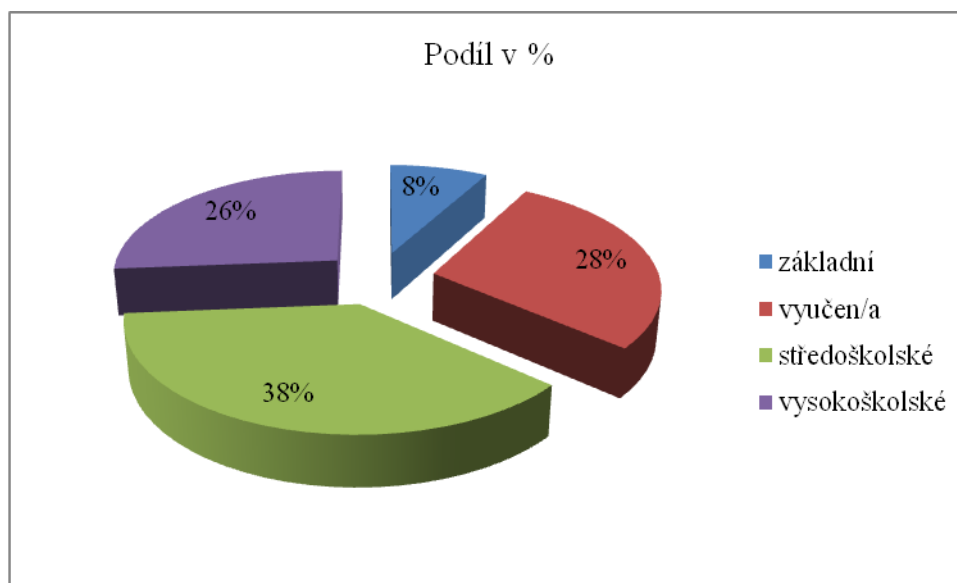
8.3 Otázka č. 3

Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání? Máme 4 možnosti odpovědí: základní, vyučen/a, středoškolské, vysokoškolské.

Tabulka 3 Vzdělání

Odpovědi	Četnosti	Podíl v %
základní	8	8,08%
vyučen/a	28	28,28%
středoškolské	37	37,37%
vysokoškolské	26	26,26%
Celkem	99	100,00%

Z celkového počtu 99 respondentů nám vyšlo, že základní vzdělání má 8 respondentů (8%), vyučeno bylo 28 pacientů (28,28%), středoškolské vzdělání má 37 klientů (37,37%) a vysokoškoláků bylo 26 (26,26%).



Graf 3 Vzdělání

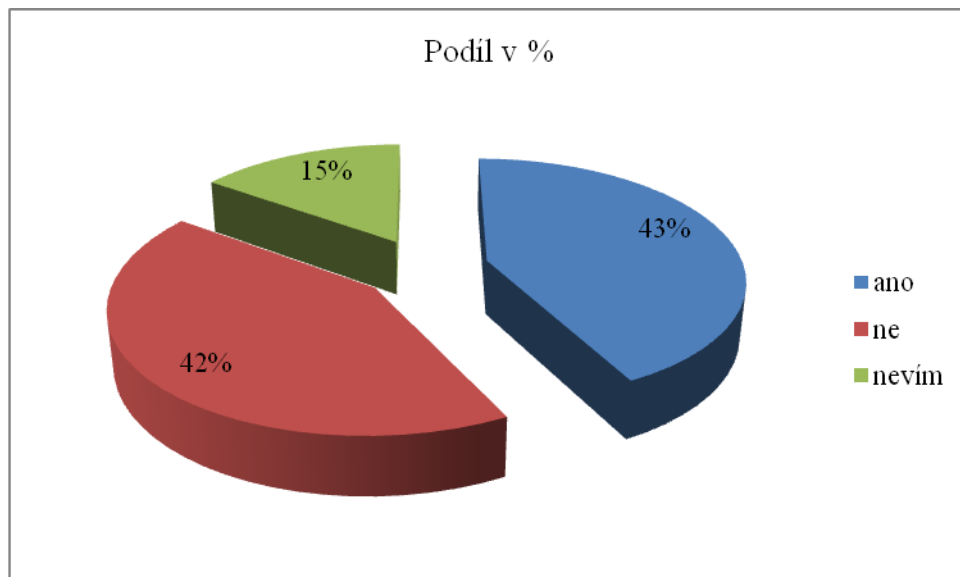
8.4 Otázka č. 4

Představila se Vám sestra, když se s Vámi poprvé setkala? Při každém jednání bychom se měli představit, a to platí i v nemocnici. U této otázky měli pacienti na výběr z 3 možností: ano, ne, nevím.

Tabulka 4 Představení sestry

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
ano	42	42,42%
ne	42	42,42%
nevím	15	15,15%
Celkem	99	100,00%

Graf č. 4 nám ukázal zajímavý výsledek. Sestry se při prvním setkání představily ve 42 případech (42,42%), nepředstavily se rovněž ve 42 sledovaných případech (42,42%). 15 pacientů neví, to odpovídá 15,15% z celkového počtu 100%.



Graf 4 Představení sestry

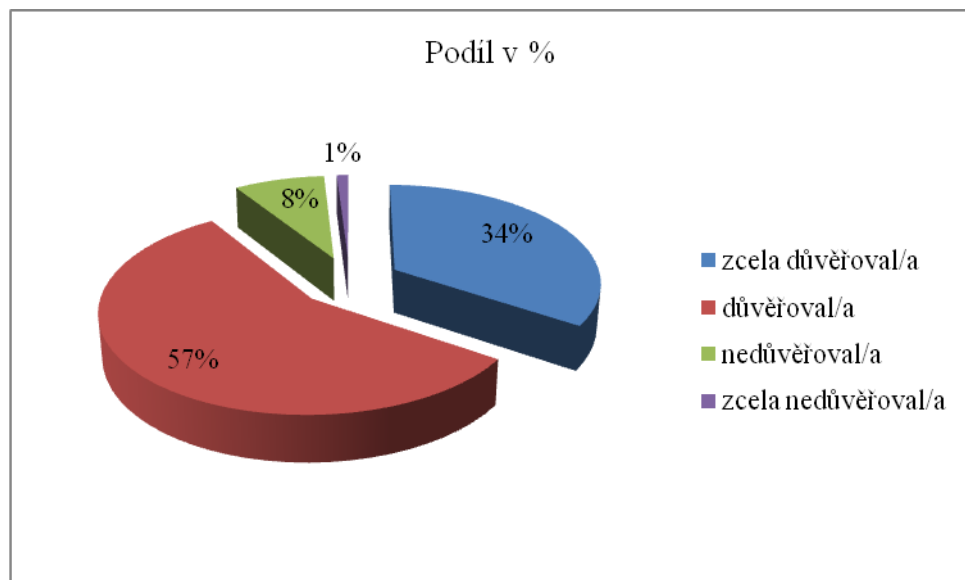
8.5 Otázka č. 5

Důvěřoval/a jste sestřám, které Vás ošetřovaly? O důvěře ke zdravotním sestřám pacienti mohli odpovídat následovně: zcela důvěřoval/a, důvěřoval/a, nedůvěřoval/a, zcela nedůvěřoval/a.

Tabulka 5 Důvěra k sestřám

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
zcela důvěřoval/a	34	34,34%
důvěřoval/a	56	56,57%
nedůvěřoval/a	8	8,08%
zcela nedůvěřoval/a	1	1,01%
Celkem	99	100,00%

Graf č. 5 nám mapuje, jakou mají zdravotní sestry důvěru u pacientů. Zcela důvěřovalo 34 klientů (34,34%) a důvěřovalo 56 pacientů (56,57%). Kladně se vyjádřilo 90 pacientů. Nedůvěru vyslovilo 8 pacientů (8,08%) a zcela nedůvěřoval 1 pacient (1,01%).



Graf 5 Důvěra k sestřám

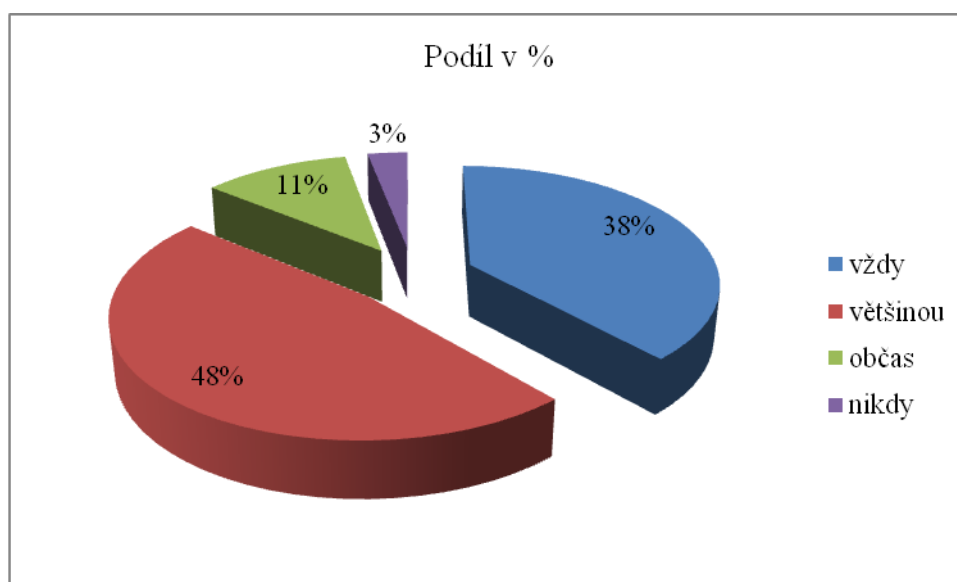
8.6 Otázka č. 6

Vysvětlovaly Vám sestry důvody vyšetření a výkonů, které Vám prováděly (injekce, infuze)? Možnosti odpovědí v naší otázce byly následující: vždy, většinou, občas a nikdy.

Tabulka 6 Vysvětlení

Odpovědi	Četnosti	Podíl v %
vždy	38	38,38%
většinou	47	47,47%
občas	11	11,11%
nikdy	3	3,03%
Celkem	99	100,00%

Na grafu můžeme sledovat komunikaci sester s pacienty při výkonech a vyšetřeních. Vždy sdělilo důvody vyšetření 38,38% sester odpovědělo 38 respondentů, většinou sdělilo důvody 47,47% zdravotních sester uvedlo 47 pacientů. Občas odpovědělo 11 pacientů (11,11%) a nikdy sdělili 3 respondenti (3,03%).



Graf 6 Vysvětlení

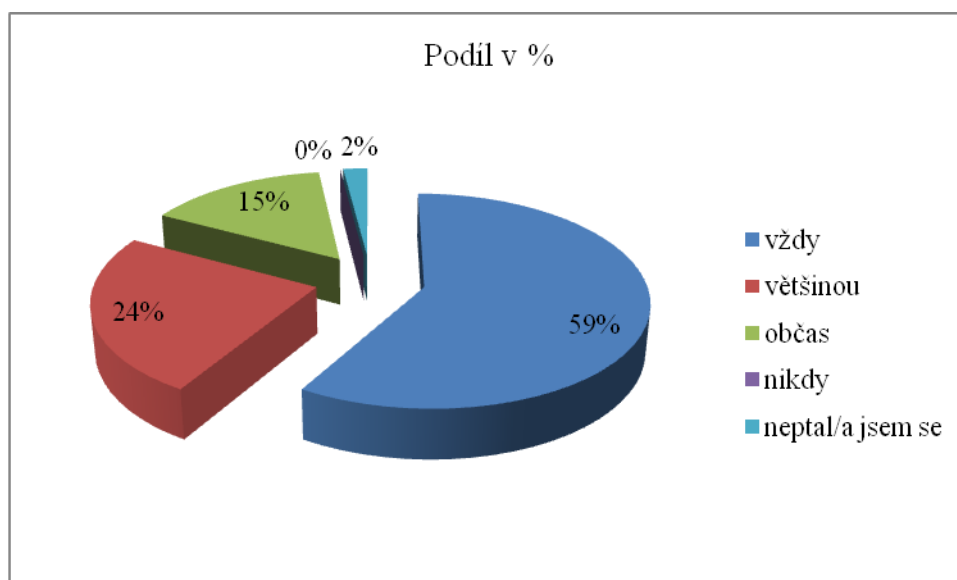
8.7 Otázka č. 7

Pokud jste položil/a sestře otázku, dostal/a jste odpověď, kterou jste pochopil/a? Na výběr byly tyto odpovědi: vždy, většinou, občas, nikdy, neptal/a jsem se.

Tabulka 7 Otázky a odpovědi

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
vždy	58	58,59%
většinou	24	24,24%
občas	15	15,15%
nikdy	0	0
neptal/a jsem se	2	2,02%
Celkem	99	100,00%

Při zjišťování odpovědí sester, které by byly pro pacienty pochopitelné, odpovědělo 58 pacientů vždy (58,59%), 24 odpovědělo většinou (24,24%), občas odpovědělo 15 respondentů (15,15%), odpověď nikdy neoznačil žádný pacient. 2 pacienti neměli potřebu se ptát.



Graf 7 Otázky a odpovědi

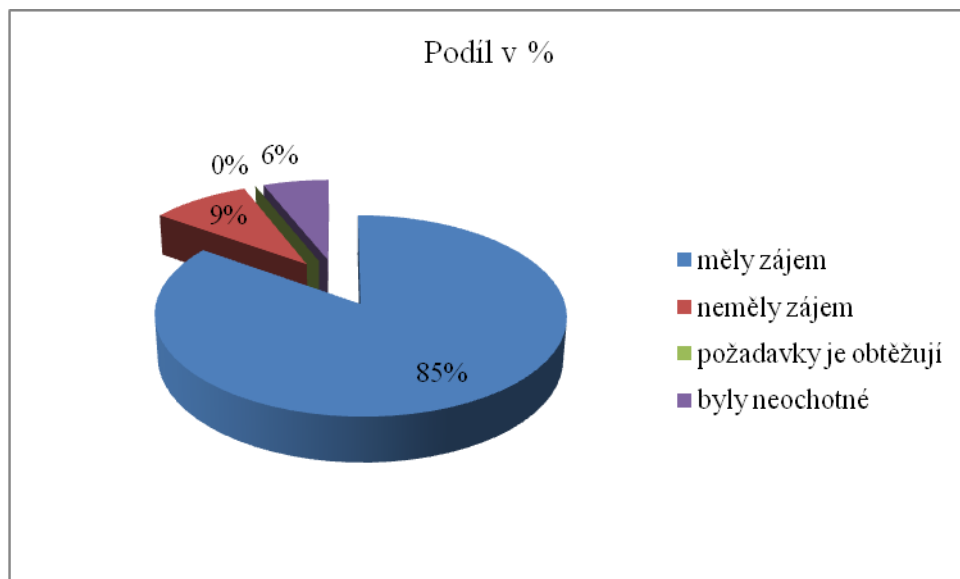
8.8 Otázka č. 8

Jak byste hodnotil/a přístup sester k Vaší osobě? Výběr odpovědí byl následující: měly zájem o Vaše potřeby, neměly zájem o Vaše potřeby, dávaly najevo, že Vaše požadavky je obtěžují, sestry byly neochotné.

Tabulka 8 Hodnocení přístupu sester

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
měly zájem	84	84,85%
neměly zájem	9	9,09%
požadavky je obtěžují	0	0
byly neochotné	6	6,06%
Celkem	99	100,00%

Na grafu je patrné, že 84 (84,85%) respondentů má kladnou zkušenost se zájmem sester, 9 (9,09%) klientů uvádí nezájem sester. Žádný pacient neoznačil možnost, že by sestry dávaly najevo obtěžování, ale 6 (6,06%) respondentů uvedlo, že sestry byly neochotné.



Graf 8 Hodnocení přístupu sester

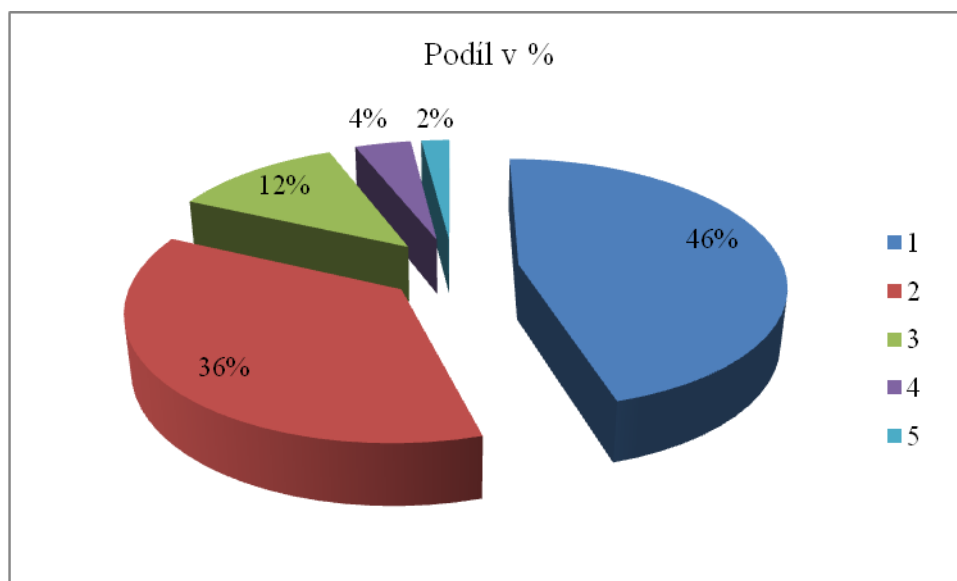
8.9 Otázka č. 9

Jak byste celkově hodnotil/a chování sester? Pacienti měli použít stupnici od 1 do 5 jako ve škole. Výborně 1, chvalitebně 2, dobře 3, dostatečně 4 a nedostatečně 5.

Tabulka 9 Hodnocení sester

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
1	45	45,45%
2	36	36,36%
3	12	12,12%
4	4	4,04%
5	2	2,02%
Celkem	99	100,00%

Podle grafu vyplývá, že výborně ohodnotilo chování sester 45 pacientů (45,45%), chvalitebně označilo 36 respondentů (36,36%), dobře uvedlo 12 klientů (12,12%), dostatečně označili 4 pacienti (4,04%). Nedostatečně uvedli 2 respondenti (2,02%).



Graf 9 Hodnocení sester

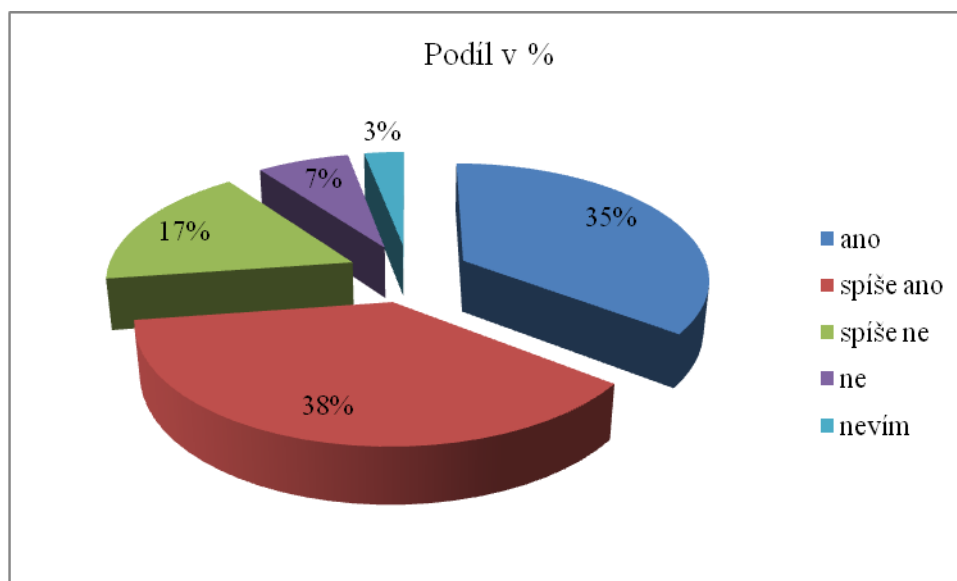
8.10 Otázka č. 10

Byl/a jste spokojen/a s denním režimem na oddělení? Možnosti odpovědí byly následující: ano, spíše ano, spíše ne, ne, nevím.

Tabulka 10 Spokojenost s režimem

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
ano	35	35,35%
spíše ano	37	37,37%
spíše ne	17	17,17%
ne	7	7,07%
nevím	3	3,03%
Celkem	99	100,00%

Kladně odpovědělo 35 respondentů (35,35%), spíše ano udalo 37 pacientů (37,37%). Spíše ne uvedlo 17 klientů (17,17%), zápornou odpověď označilo 7 pacientů (7,07%). Odpověď nevím jsme zaznamenali ve 3 případech (3,03%).



Graf 10 Spokojenost s denním režimem

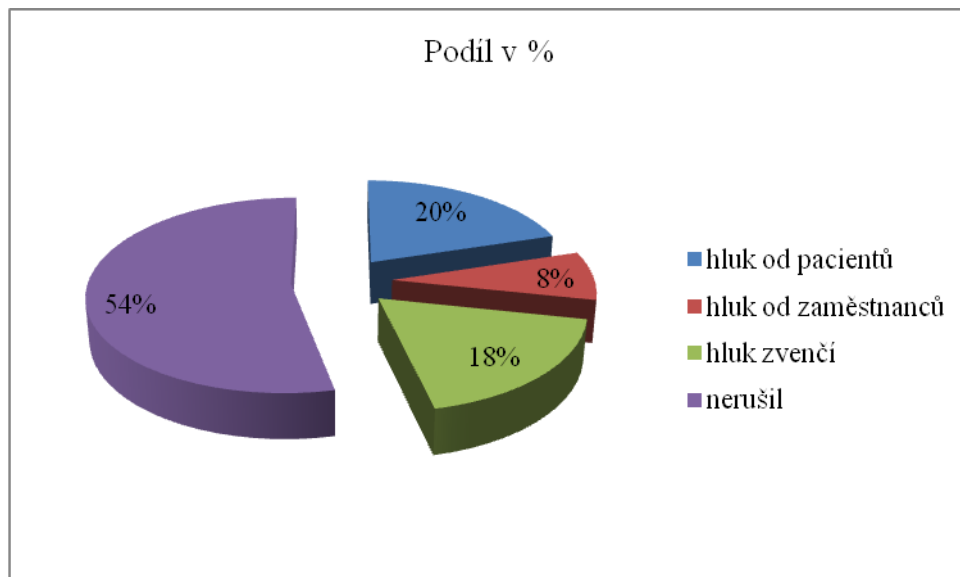
8.11 Otázka č. 11

Rušil Vás hluk v době nočního klidu, to je od 22,00 do 6,00 hodin? Možnosti na odpověď byly následující: hluk od ostatních pacientů, hluk od zaměstnanců nemocnice, hluk zvenčí a nerušil.

Tabulka 11 Hluk

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
hluk od pacientů	20	20,20%
hluk od zaměstnanců	8	8,08%
hluk zvenčí	18	18,18%
nerušil	53	53,54%
Celkem	99	100,00%

Podle grafu hluk od pacientů rušil 20 klientů (20,20%), hluk od zaměstnanců rušil 8 dotazovaných (8,08%), hluk zvenčí označilo 18 (18,18%) pacientů, 53 dotazovaných nebylo rušeno ničím (53,54%).



Graf 11 Hluk

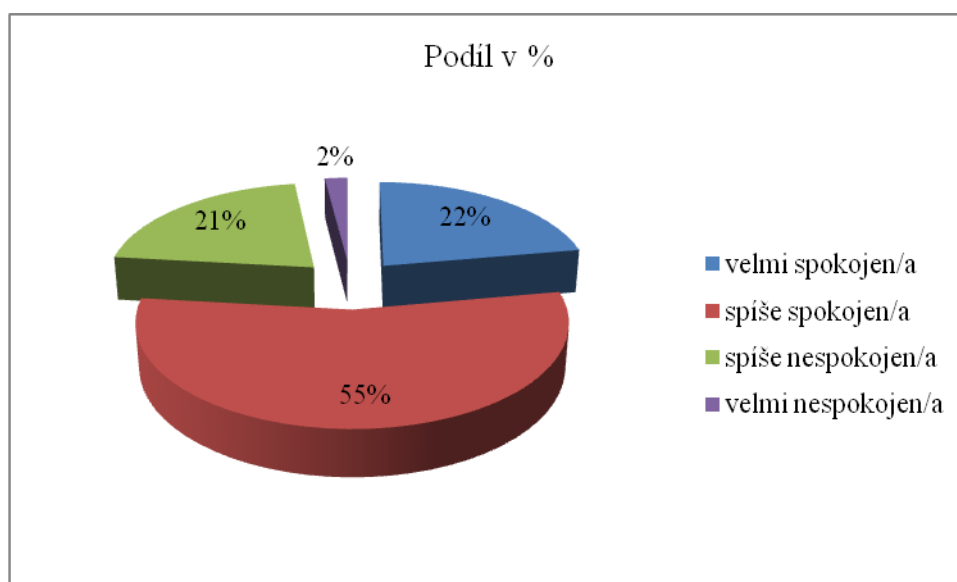
8.12 Otázka č. 12

Byl/a jste spokojen/a s množstvím stravy? Dotazovaní vybírali z následujících možností: velmi spokojen/a, spíše spokojen/a, spíše nespokojen/a, velmi nespokojen/a.

Tabulka 12 Strava

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
velmi spokojen/a	22	22,22%
spíše spokojen/a	54	54,55%
spíše nespokojen/a	21	21,21%
velmi nespokojen/a	2	2,02%
Celkem	99	100,00%

Z výsledků vyplývá, že velmi spokojeno bylo 22 klientů (22,22%), spíše spokojeno bylo 54 pacientů (54,55%), spíše nespokojeno bylo 21 dotazovaných (21,21%) a velmi nespokojeni byli 2 pacienti (2,02%).



Graf 12 Strava

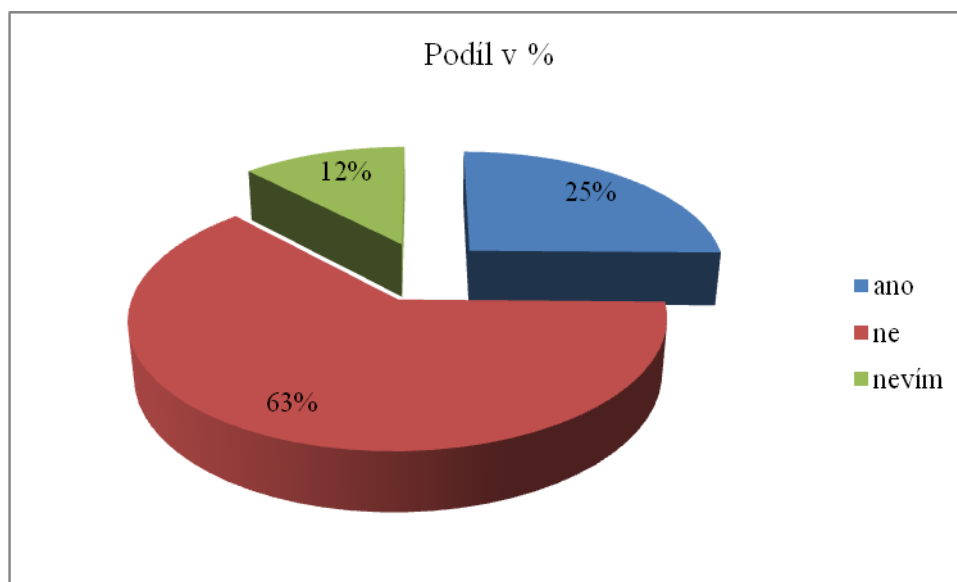
8.13 Otázka č. 13

Měl/a jste dietu? Na tuto otázku pacienti měli následující varianty odpovědí: ano, ne, nevím.

Tabulka 13 Dieta

Odpovědi	Četnosti	Podíl v %
ano	25	25,25%
ne	62	62,63%
nevím	12	12,12%
Celkem	99	100,00%

Graf č. 13 nám ukazuje, že 25 dotazovaných (25,25%) mělo dietu, 62 pacientů (62,63%) uvedlo zápornou odpověď, a 12 respondentů (12,12%) odpovědělo, že neví.



Graf 13 Dieta

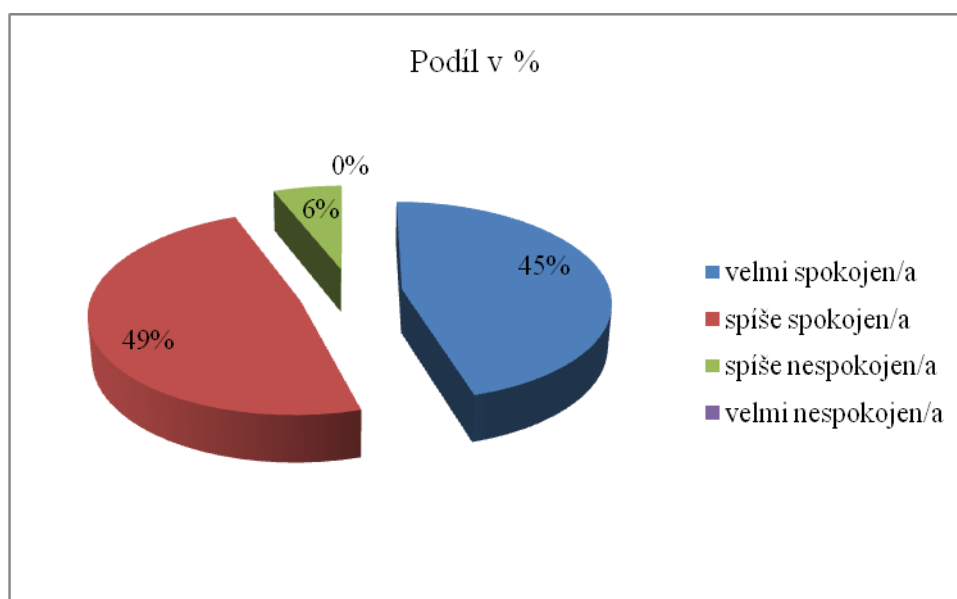
8.14 Otázka č. 14

Byl/a jste spokojen/a s čistotou a pořádkem na oddělení? Pacienti se vyjadřovali k úklidu na oddělení. Odpovídali podle následujících možností: velmi spokojen/a, spíše spokojen/a, spíše nespokojen/a, velmi nespokojen/a.

Tabulka 14 Spokojenost s úklidem

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
velmi spokojen/a	45	45,45%
spíše spokojen/a	48	48,48%
spíše nespokojen/a	6	6,06%
velmi nespokojen/a	0	0
Celkem	99	100,00%

S čistotou a pořádkem na oddělení bylo velmi spokojeno 45 dotazovaných (45,45%), spíše spokojeno bylo 48 respondentů (48,48%), spíše nespokojeno bylo 6 pacientů (6,06%), velmi nespokojen nebyl nikdo.



Graf 14 Spokojenost s úklidem

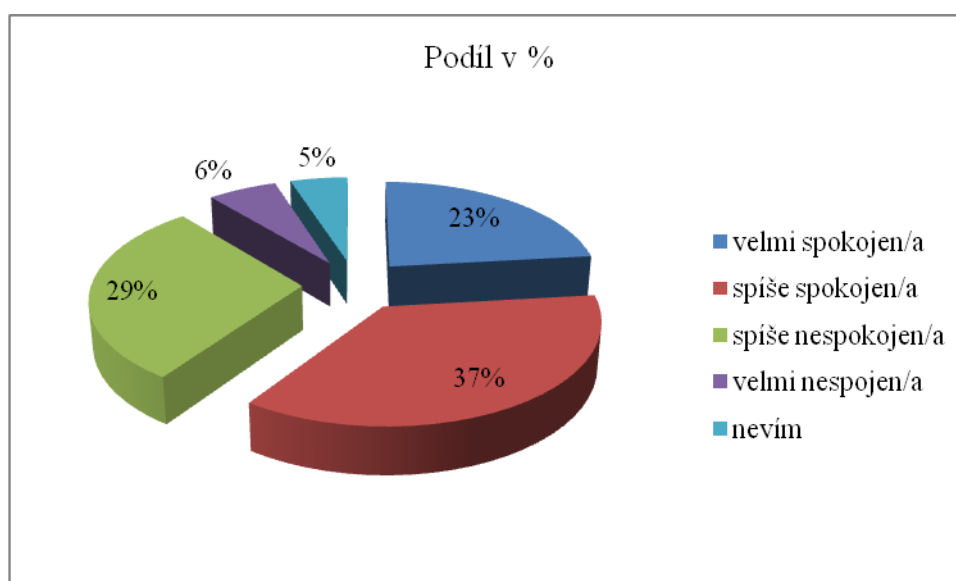
8.15 Otázka č. 15

Byl/a jste spokojen/a se službami na oddělení, jako je možnost sledovat TV, telefonovat, zakoupit si kávu? Pacienti vybírali z následujících možností: velmi spokojen/a, spíše spokojen/a, spíše nespokojen/a, velmi nespokojen/a, nevím.

Tabulka 15 Spokojenost se službami

Odpovědi	Četnosti	Podíl v %
velmi spokojen/a	23	23,23%
spíše spokojen/a	36	36,36%
spíše nespokojen/a	29	29,29%
velmi nespojen/a	6	6,06%
nevím	5	5,05%
Celkem	99	100,00%

Z celkového počtu dotazovaných bylo se službami na oddělení spokojeno 23 pacientů (23,23%), spíše spokojeno bylo 36 klientů (36,36%), spíše nespokojeno bylo 29 dotazovaných (29,29%), velmi nespokojeno bylo 6 pacientů (6,06%) a odpověď nevím označilo 5 respondentů.



Graf 15 Spokojenost se službami

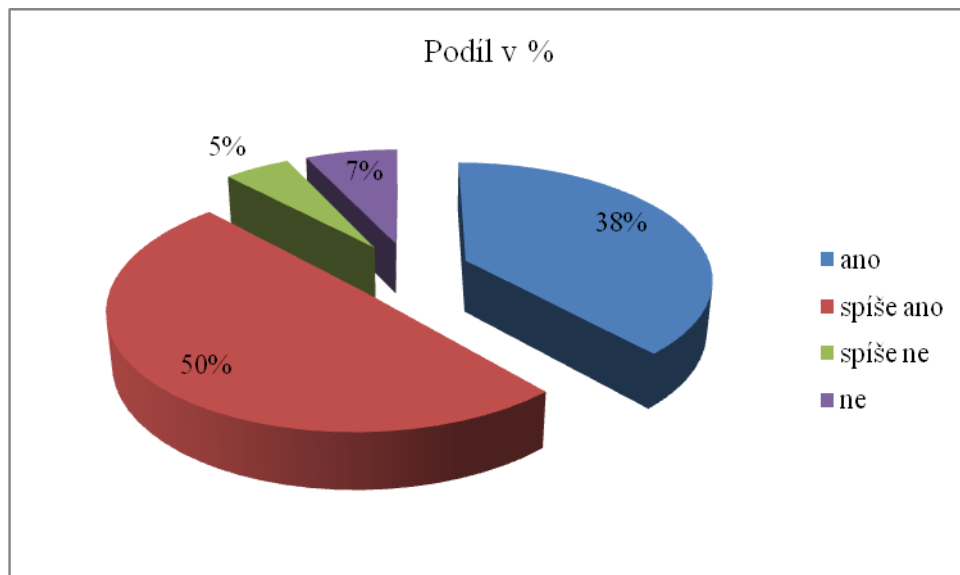
8.16 Otázka č. 16

Pokud by Váš zdravotní stav vyžadoval znovu nemocniční léčení, vybral/a byste si toto zdravotnické zařízení znovu? Respondenti vybírali z následujících možností: ano, spíše ano, spíše ne, ne.

Tabulka 16 Opakování hospitalizace

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
ano	38	38,38%
spíše ano	49	49,49%
spíše ne	5	5,05%
ne	7	7,07%
Celkem	99	100,00%

V tomto grafu je znázorněn postoj k opakované hospitalizaci, pokud se zhorší zdravotní stav nemocného. Kladnou odpověď zapsalo 38 pacientů (38,38%), spíše ano uvedlo 49 dotazovaných (49,49%), spíše ne označilo 5 klientů (5,05%) a záporná odpověď byla u 7 respondentů (7,07%).



Graf 16 Opakování hospitalizace

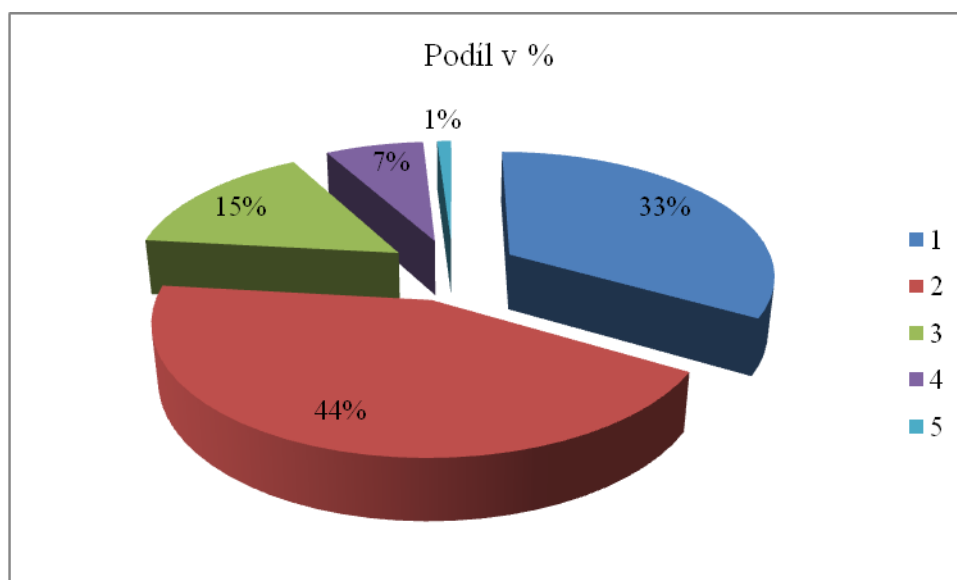
8.17 Otázka č. 17

Péči, která Vám byla v této nemocnici poskytnuta, celkově hodnotíte známkou? (Použijte stupnici od 1 do 5 jako ve škole). Výborně 1, chvalitebně 2, dobře 3, dostatečně 4, nedostatečně 5.

Tabulka 17 Celkové hodnocení péče

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
1	33	33,33%
2	43	43,43%
3	15	15,15%
4	7	7,07%
5	1	1,01%
Celkem	99	100,00%

Na uvedeném grafu je znázorněn celkový dojem pacientů z pobytu v nemocnici. Dle grafu se názory různí. Známkou 1 označilo 33 respondentů (33,33%), známkou 2 zapsalo 43 pacientů (43,43%), známkou 3 vybralo 15 klientů (15,15%), nedostatečně označilo 7 dotazovaných (7,07%) a nedostatečně uvedl 1 respondent (1,01%).



Graf 17 Celkové hodnocení péče

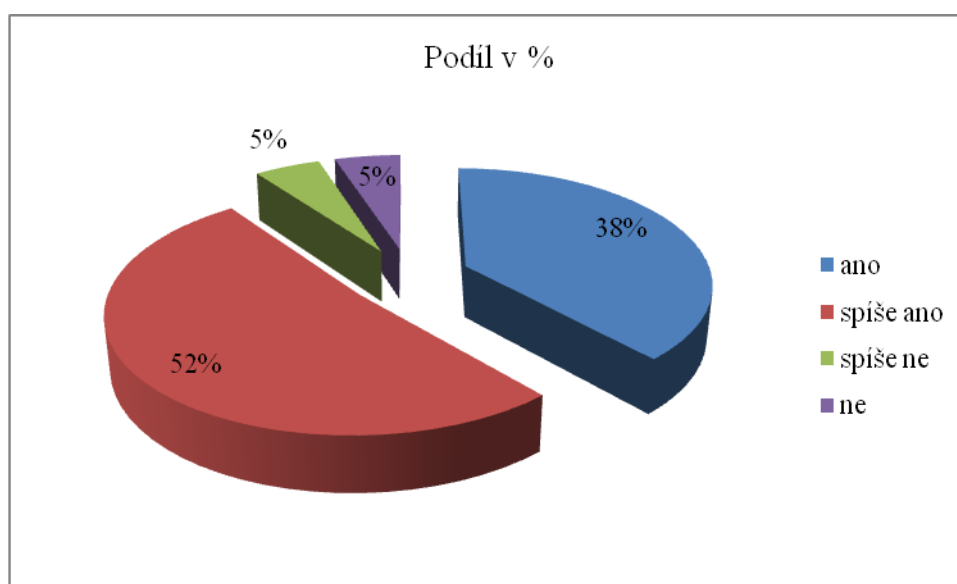
8.18 Otázka č. 18

Doporučil/a byste tuto nemocnici svým blízkým či přátelům? Respondenti vybírali z těchto možností: ano, spíše ano, spíše ne, ne.

Tabulka 18 Doporučení nemocnice

Odpovědi	Četnosti	Podíl v %
ano	38	38,38%
spíše ano	51	51,52%
spíše ne	5	5,05%
ne	5	5,05%
Celkem	99	100,00%

Předposlední graf nám ukazuje, zda by pacienti doporučili toto zařízení v případě potřeby svým známým. Vyhodnotili jsme, že kladnou odpověď označilo 38 dotazovaných (38,38%), spíše ano zapsalo 51 pacientů (51,52%), spíše ne vedlo 5 respondentů (5,05%) a zápornou odpověď vybralo 5 pacientů (5,05).



Graf 18 Doporučení nemocnice

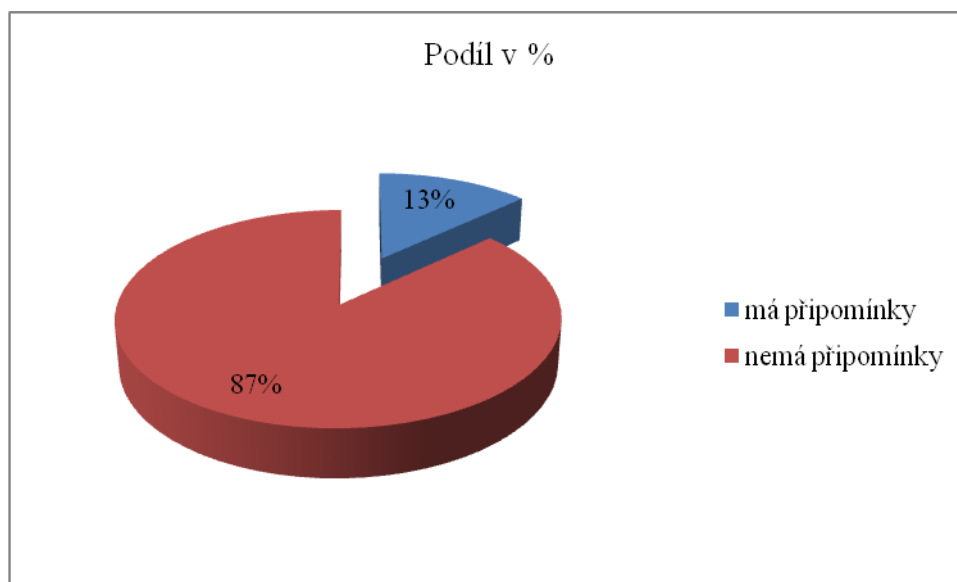
8.19 Otázka č. 19

Máte nějaké další připomínky k ošetrovatelské péči, o kterých jsme se v dotazníku nezmínili a chtěl/a byste nám je sdělit? Zde byla jediná otevřená otázka v dotazníku.

Tabulka 19 Připomínky

Odpovědi	Četnost	Podíl v %
má připomínky	13	13,13%
nemá připomínky	86	86,87%
Celkem	99	100,00%

Z počtu 99 respondentů na ni odpovědělo 13 (13,13%). Odpovědi byly velmi různé. 3x byly připomínky k připojení na internet, dále není místo na kouření. Jednomu člověku se nelíbily formuláře. Byla zde uvedena pochvala sestřičkám a naopak si pacienti stěžovali na povýšené chování sester. Někteřím pacientům vadil jiný zdroj hluku.



Graf 19 Připomínky

9 DISKUZE

Náš výzkum byl zaměřen na zkoumání spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí, s ošetřujícím personálem a se zdravotnickým zařízením na úrazovém oddělení. Výzkumné šetření proběhlo u 99 pacientů hospitalizovaných na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně.

První tři otázky jsou demografické, jsou zaměřeny na věk, pohlaví a vzdělání. Ze zpracovaných výsledků výzkumu nám vyplývá, že zastoupení hospitalizovaných mužů je vyšší, což odpovídá 52 respondentům (52,53%), než zastoupení žen, kterých bylo 47 (47,47%).

Věkové rozložení sledovaného vzorku je následující. Osob mladších než 30 let bylo 23 (23,23%). V této skupině jsou mladí lidé, kteří studují a jsou po škole. Ve věku 31-60 let bylo nejvíce respondentů – 51 (51,52%). Jsou to lidé v nejproduktivnějším věku, sportovně i pracovně aktivní. Pacientů starších 61 let bylo 25 (25,25%).

Poslední otázka tohoto bloku byla zaměřena na vzdělání. Základní vzdělání uvedlo 8 dotazovaných (8,08%), vyučeno bylo 28 hospitalizovaných osob (28,28%), střední školu dokončilo 37 dotazovaných (37,37%) a vysokoškolsky vzdělaných pacientů bylo 26 (26,26%).

Následujících 5 otázek bylo zaměřeno na spokojenost s ošetřujícím personálem. Na otázku, zda se Vám sestra při prvním setkání představila, byly následující odpovědi. Ano uvedlo 42 hospitalizovaných (42,42%), ne odpovědělo též 42 dotazovaných (42,42%), nevím odpovědělo 15 pacientů (15,15%). Je zřejmé, že pouze v polovině případů se sestra představila. Tato skutečnost není moc povzbudivá a pro lepší pocit pacientů při přijetí na oddělení by se to mělo změnit.

Důvěru k sestřím ohodnotili respondenti následovně: zcela důvěřovalo 34 (34,34%) a důvěřovalo 56 (56,57%) pacientů. Nedůvěřovalo 8 (8,08%) a zcela nedůvěřoval 1 (1,01%) klient. Zde je patrná vysoká důvěra devadesáti klientů, jen 9 osob nedůvěřovalo zdravotním sestřím.

Otázka č. 6. Vysvětlovaly Vám sestry důvody vyšetření a výkonů? Pacient by měl vždy vědět, co a proč se bude dít. Pokud to neví, má strach a obavy, často se zbytečně bojí. Při zkoumání vyšly tyto výsledky. Vždy se vysvětlení dostalo 38 pacientům (38,38%),

většinou ho dostalo 47 dotazovaných (47,47%). Občas se s ním seznámilo 11 osob (11,11%) a nikdy ho nedostali 3 (3,03%) klienti. Tento výsledek není povzbudivý. Zde by se situace měla změnit k lepšímu.

Další otázka byla, zda sestry odpovídaly na kladené otázky tak, aby byla odpověď pro pacienty pochopitelná. Komunikace je důležitá v práci sester. Pacienti nemusí být vzdělání v medicíně, a proto by se sestra i lékař měli vyjadřovat srozumitelně a latinské výrazy překládat do češtiny. Ze šetření vyplynuly tyto výsledky: vždy dostalo odpověď 58 (58,59%) respondentů, většinou 24 (24,24%) dotazovaných, občas uvedlo 15 (15,15%) dotazovaných. Odpověď nikdy nebyla zaznamenána a 2 pacienti (2,02%) neměli žádné otázky. I zde jsou rezervy, které by se měly napravit.

Dále pacienti hodnotili přístup sester ke své osobě. Odpověď, že sestry měly zájem o potřeby pacientů, uvedlo 84 (84,85%) dotazovaných. To je velmi dobrý výsledek. 9 pacientů (9,09%) uvedlo, že sestry zájem neměly. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by sestry dávaly najevo obtěžování. Bohužel 6 pacientů (6,06%) označilo, že sestry byly neochotné.

Pacienti hodnotili chování sester na stupnici od 1 do 5 jako ve škole. Známkou 1 ohodnotilo sestry 45 (45,45%) pacientů a chvalitebně 36 (36,36%) dotazovaných pacientů. Známkou 3 uvedlo 12 klientů (12,12%), známka 4 byla zaznamenána u 4 případů (4,04%). Nedostatečně byly sestry ohodnoceny ve 2 dotaznicích (2,02%). Je příjemné, že známka výborně a chvalitebně byla použita v 81 případech.

Následujících 8 otázek zkoumalo spokojenost pacientů při hospitalizaci na úrazovém oddělení. Respondenti se vyjadřovali k dennímu režimu na úrazovém oddělení. Režim oddělení je dán vnitřními předpisy nemocnice. Budíček, umývání, snídaně, vizity a další činnosti na sebe navazují v určitém sledu. Ne každému pacientovi to vyhovuje. 35 dotazovaných (35,35%) bylo spokojeno s režimem, 37 (37,37%) odpovědělo spíše ano a 17 klientů (17,17%) odpovědělo spíše ne. Režim nevyhovoval 7 dotazovaným (7,07%). Odpověď nevím byla uvedena ve 3 dotaznicích (3,03%).

Velmi překvapivé výsledky nám poskytl graf č. 11, který ukazuje, jak jsou pacienti rušeni hlukem v době nočního klidu. 53 dotázaných (53,54%) nebylo rušeno ničím. To je větší polovina. Bohužel druhá polovina rušena byla. V nemocnici jsou příjmy v každou denní i noční dobu, taktéž se operuje nebo se může zhoršit zdravotní stav pacientů. Šetření

ukázalo, že hluk od ostatních nemocných uvedlo 20 (20,20%) dotázaných, hluk od zaměstnanců nemocnice zaznamenalo 8 (8,08%) dotázaných a hluk zvenčí rušil 18 (18,18%) pacientů.

Na stravování v nemocnici z vlastní zkušenosti slyším mnoho stížností. Lidé často říkají, že jídlo není chutné, nebo je ho málo. Ženy jsou spokojenější s množstvím stravy, ale u mužů to může být naopak. Strava se vozí v tabletovém systému z nemocniční kuchyně, porce jsou dány standardy. Výsledky ukázaly, že s množstvím stravy bylo velmi spokojeno 22 (22,22%) dotázaných, spíše spokojeno bylo 54 dotázaných (54,55%). Spíše nespokojeno bylo 21 (21,21%) pacientů a nespokojeni byli 2 (2,02%) respondenti. Z grafu vyplývá 23% nespokojenost klientů.

Následující otázka se týkala diety. Jestliže má pacient dietní jídlo, nebude tak chutné jak racionální strava bez omezení. 12 pacientů (12,12%) uvedlo, že neví, zda měli dietu. Zde by se měla zlepšit informovanost pacientů. Zjistili jsme, že 62 pacientů (62,63%) dietu nemělo a 25 klientů (25,25%) naopak ano.

Velmi pozitivní výsledky vyšly u otázky týkající se spokojenosti s čistotou a pořádkem na oddělení. Velmi spokojeno bylo 45 dotázaných (45,45%) a spíše spokojeno bylo 48 dotázaných (48,48%). Spokojeno bylo celkem 93 respondentů, což je velmi dobrý výsledek. Pouze 6 pacientů (6,06%) bylo spíše nespokojeno. Velmi nespokojen nebyl nikdo.

Spokojena se službami (sledování TV, telefonování, zakoupení kávy) na úrazovém oddělení byla větší polovina pacientů. Velmi spokojeno bylo 23 dotázaných (23,23%), spíše spokojeno bylo 36 dotázaných (36,36%). Spíše nespokojeno bylo 29 respondentů (29,29%) a nespokojeno bylo 6 respondentů (6,06%). Odpověď nevím onačilo 5 pacientů (5,05%). Z grafu můžeme vidět 35% nespokojenost se službami. Management nemocnice by se měl na tuto problematiku zaměřit.

Součástí dotazníkového šetření bylo také zjistit, zda by si pacienti v případě potřeby nemocničního léčení vybrali toto zdravotnické zařízení znovu. Kladně odpovědělo 38 dotázaných (38,38%), spíše ano uvedlo 49 dotázaných (49,49%). Odpověď spíše ne zapsalo 5 dotázaných (5,05%) a záporně odpovědělo 7 klientů (7,07%). Podle grafu můžeme být spokojeni s výsledky výzkumu. Kladnou odpověď označilo celkem 87 pacientů.

Za povšimnutí stojí výsledky otázky č. 17. Zde pacienti známkovali stupnicí 1 – 5, jako ve škole, péči, která jim byla poskytnuta. Znamku 1 označilo 33 (33,33%) pacientů, znamku 2 zapsalo 43 dotázaných (43,43%). Jako „dobrou“ péči označilo 15 pacientů (15,15%), znamku 4 udělilo 7 pacientů (7,07%). Nedostatečně vyhodnotil péči 1 klient (1,01%).

Předposlední graf nám ukazuje, zda by pacienti doporučili zdravotnické zařízení svým blízkým nebo přátelům. Kladná odpověď byla u 38 dotázaných (38,38%), spíše ano uvedlo 51 dotázaných (51,52%). Z tohoto šetření vyplývá, že 89 pacientů by úrazové oddělení doporučilo. Spíše ne označilo 5 pacientů (5,05%) a záporně odpovědělo též 5 pacientů (5,05%). Tyto výsledky pro nás mohou být uspokojivé.

Poslední otázka, jaké mají nemocní další připomínky k ošetrovatelské péči, byla zodpovězena 13 pacienty. To odpovídá 13,13% z 99 dotazovaných. Na oddělení jsou hospitalizováni lidé mladšího i středního věku. V dnešní pokrokové době je pro některé nemocné internet nezbytný. To se projevilo i ve spokojenosti pacientů. Nejvíce připomínek bylo na chybějící internet, a to ve 3 případech. Dále se jeden klient zaměřil na kouření. V areálu nemocnice je kouření zakázáno. Jeden respondent si také stěžoval, že je na pokojích zima. Dva dotazovaní uvedli, že jim vadí hluk přístrojů na pokojích, jako je klimatizace a vakuové matrace, a neustálé bouchání dveří. Další nemocný si stěžoval na velké množství formulářů „jejichž text silně zaváněl alibismem“. Ve třech případech se pacientům nelíbilo povýšené chování sester a naopak dva respondenti napsali pochvalu všem sestřičkám na oddělení.

Z uvedeného šetření vyplývá, že výzkumný cíl byl splněn. Snažili jsme se zjistit spokojenost pacientů na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a. s. ve Zlíně. V průměru u 86 dotazovaných (86,87%) byla prokázána spokojenost s ošetrovatelským personálem. Spokojenost s úrazovým oddělením byla průměrně u 73 pacientů (73,74 %).

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali spokojeností hospitalizovaných pacientů s ošetrovatelskou péčí a zdravotnickým personálem na úrazovém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s. ve Zlíně. V první - teoretické části popisujeme historii, ošetrovatelskou péči a personál, dále komunikaci, kvalitu ošetrovatelské péče a péči o nemocné v nemocnici. Ošetrovatelství prošlo od počátků do současnosti velkým vývojem, a ten stále pokračuje. Vývojem byly zaznamenány nové poznatky, které jsou přínosem ke kvalitnější ošetrovatelské péči. V praktické části jsme se zabývali cílem výzkumu, metodikou a vyhodnocováním získaných dat.

V dnešní době je potřebné a nutné zjišťovat výsledky spokojenosti pacientů ve zdravotnických zařízeních. Zaznamenání a další rozbor zkušeností pacientů hospitalizovaných v nemocnicích jsou zdrojem nezbytných informací pro management nemocnice. Spokojenost z pohledu pacienta je důležitá, protože právě oni jsou uživateli ošetrovatelské péče. Závěry výzkumů poskytují zpětnou vazbu pro jednotlivá oddělení a personál.

Cíl práce byl splněn. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina (v průměru 73, což odpovídá 73,74%) dotazovaných pacientů na úrazovém oddělení je spokojena. Dále se ukázalo, že průměrně 86 pacientů (86,87%) je spokojeno s ošetřujícím personálem.

Výzkum byl prováděn metodou dotazníků. Pacienti odpovídali na otázky, které nám poté ukázaly, jak jsou dotazovaní spokojeni. Šetření však bylo prováděno v době, kdy probíhala akce lékařů „Děkujeme, odcházíme“. U hospitalizovaných pacientů byla nejistota a strach, zda bude zajištěna kvalitní péče. Myslíme si, že tato akce ovlivnila mínění pacientů na ošetrovatelskou péči i na nemocnici.

Práce zdravotních sester je velmi těžká a náročná na dovednosti a odborné znalosti, protože jen kvalifikované sestry jsou dobrým spolupracovníkem lékaře a partnerem pro pacienty. Péče o nemocné je komplexní, je to péče celého týmu, nejen sester a lékařů, ale i dietních sester, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků a mnoha dalších členů.

Výsledky šetření budou poskytnuty primáři, vrchní a staniční sestře úrazového oddělení. Mohou být předlohou pro zamyšlení nad úrovní poskytované péče i nad chováním zdravotnického personálu. Důležitý bod pro zlepšení kvality a spokojenosti pacientů je změna stravování a poskytnutí více služeb pacientům, zejména připojení na internet. Dále

zlepšení komunikace mezi sestrou, lékařem a pacientem, která povede ke zvýšení informovanosti pacientů.

Tato práce může sloužit i studentům UTB, pokud se budou zabývat uvedenou problematikou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BAKALA, J. *80 let Baťovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech. 1927-2007.* Zlín: Finidr, s r.o., 2007.
- [2] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství.* Brno: NCO-NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [3] FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelstvo – teória.* Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
- [4] GROHAR - MURRAY, M. E., DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.* Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
- [5] CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0765-5.
- [6] JANOTKOVÁ, H. a kol. *Profesní etika.* Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2005. ISBN 80-86861-42-2.
- [7] JUŘÍČKOVÁ, V. *Komunikace.* Opava: Optys s.r.o., 2008. ISBN 978-80-85819-68-7.
- [8] KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve.* Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [11] KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [12] MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
- [13] MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. Díl.* Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0428-0.
- [14] MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-277-9.

- [15] STAŇKOVÁ, M. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
- [16] ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- [17] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4.
- [18] VYKOPALOVÁ, H. *Komunikace jako součást profese*. Zlín: UTB – Academia centrum Zlín, 2005. ISBN 80-7318-344-7.

Elektronická monografie

- [19] Citáty. In Citáty o zdraví [online]. 2011. [cit. 11. 3. 2011]. URL: < <http://www.e-citaty.cz/kategorie-citatu.php?kategorie=zdrav%C3%AD&pozice=>>.
- [20] Etický kodex sester [online]. 2011. [cit. 29. 3. 2011]. URL: <http://capz-esprit.web.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html>.
- [21] Baťova nemocnice. In Historie Baťovy nemocnice [online]. 2007. [cit. 30. 3. 2011]. URL: < <http://www.staryzlin.cz/batova-nemocnice-80-let.php>>.
- [22] KNTB Zlín. In Traumatologie [online]. 2008. [cit. 30. 3. 2011]. URL: < <http://www.kntb.cz/o-nemocnici/zdravotnicka-oddeleni/chirurgicke-obory/traumatologicke-oddeleni/innost-traumatologie/>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.s.	Akciová společnost
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
cm	centimetr
Bc.	bakalář
č.	číslo
EU	Evropská unie
ICN	International council of Nurses – Mezinárodní rada sester
JIP	Jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
např.	například
str.	strana
tzv.	tak zvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

GRAF 1 POHLAVÍ.....	35
GRAF 2 VĚK 36	
GRAF 3 VZDĚLÁNÍ	37
GRAF 4 PŘEDSTAVENÍ SESTRY	38
GRAF 5 DŮVĚRA K SESTRÁM.....	39
GRAF 6 VYSVĚTLENÍ.....	40
GRAF 7 OTÁZKY A ODPOVĚDI	41
GRAF 8 HODNOCENÍ PŘÍSTUPU SESTER.....	42
GRAF 9 HODNOCENÍ SESTER	43
GRAF 10 SPOKOJENOST S DENNÍM REŽIMEM	44
GRAF 11 HLUK.....	45
GRAF 12 STRAVA.....	46
GRAF 13 DIETA.....	47
GRAF 14 SPOKOJENOST S ÚKLIDEM	48
GRAF 15 SPOKOJENOST SE SLUŽBAMI	49
GRAF 16 OPAKOVÁNÍ HOSPITALIZACE	50
GRAF 17 CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE.....	51
GRAF 18 DOPORUČENÍ NEMOCNICE	52
GRAF 19 PŘIPOMÍNKY.....	53

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 POHLAVÍ	35
TABULKA 2 VĚK	36
TABULKA 3 VZDĚLÁNÍ.....	37
TABULKA 4 PŘEDSTAVENÍ SESTRY	38
TABULKA 5 DŮVĚRA K SESTRÁM	39
TABULKA 6 VYSVĚTLENÍ	40
TABULKA 7 OTÁZKY A ODPOVĚDI.....	41
TABULKA 8 HODNOCENÍ PŘÍSTUPU SESTER	42
TABULKA 9 HODNOCENÍ SESTER.....	43
TABULKA 10 SPOKOJENOST S REŽIMEM	44
TABULKA 11 HLUK	45
TABULKA 12 STRAVA	46
TABULKA 13 DIETA	47
TABULKA 14 SPOKOJENOST S ÚKLIDEM	48
TABULKA 15 SPOKOJENOST SE SLUŽBAMI.....	49
TABULKA 16 OPAKOVÁNÍ HOSPITALIZACE.....	50
TABULKA 17 CELKOVÉ HODNOCENÍ PÉČE	51
TABULKA 18 DOPORUČENÍ NEMOCNICE.....	52
TABULKA 19 PŘIPOMÍNKY	53

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1..... ETICKÝ KODEX PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

PŘÍLOHA 2..... ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

PŘÍLOHA 3..... DOTAZNÍK

PŘÍLOHA 1

Etický kodex pro zdravotní sestry

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti. Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu. Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání. Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci. Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám. Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií. Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila

jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání. Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče. Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

PŘÍLOHA 2

Etický kodex Práv pacientů

Uvedená práva pacientů byla prohlášena za platná, dne 25. února 1992.

Úplný text etického kodexu Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou Odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možností ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Písemný návrh etického kodexu vypracovali Helena Haškovcová a Jaroslav Šetka.

Etický kodex definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.

PŘÍLOHA 3

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

dovolte mi obrátit se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí na úrazovém oddělení. Naší snahou je, aby pro Vás pobyt v nemocnici byl co nejpříjemnější. Vaše odpovědi a hodnocení jsou pro nás velmi

důležité a měly by přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Dotazník je **anonymní**, všechny Vámi poskytnuté údaje využijeme pouze ke zpracování bakalářské práce.

U jednotlivých otázek vždy zaškrtněte tu variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Jana Ťápalová
studentka UTB FHS Zlín.

1. Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- méně než 30 let
- 31 – 60 let
- 61 let a výše

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vzdělání
- vyučen/a
- středoškolské
- vysokoškolské

4. Představila se Vám sestra, když se s Vámi poprvé setkala?

- ano
- ne
- nevím

5. Důvěřoval/a jste sestřím, které Vás ošetrovaly?

- zcela důvěřoval/a
- důvěřoval/a
- nedůvěřoval/a
- zcela nedůvěřoval/a

6. Vysvětlovaly Vám sestry důvody vyšetření a výkonů, které Vám prováděly (např. infuze, injekce,...apod.)?

- vždy

- většinou
- občas
- nikdy

7. Pokud jste položil/a sestře otázku dostal/a jste odpověď, kterou jste pochopil/a?

- vždy
- většinou
- občas
- nikdy
- neptal/a jsem se

8. Jak byste hodnotil/a přístup sester k Vaší osobě?

- měly zájem o Vaše potřeby
- neměly zájem o Vaše potřeby
- dávaly najevo, že Vaše požadavky je obtěžují
- sestry byly neochotné

9. Jak byste celkově hodnotil/a chování sester?

(Použijte stupnici od 1 do 5 jako ve škole)

výborně 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nedostatečně

10. Byl/a jste spokojen/a s denním režimem na oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

11. Rušil Vás hluk v době nočního klidu, to je od 22⁰⁰ do 6⁰⁰ hodin?

- hluk od ostatních pacientů
- hluk od zaměstnanců nemocnice
- hluk zvenčí
- nerušil

12. Byl/a jste spokojena s množstvím stravy?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a

13. Měl/a jste dietu?

- ano
- ne
- nevím

14. Byl/a jste spokojen/a s čistotou a pořádkem na oddělení?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a

- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a

15. Byl/a jste spokojen/a se službami na oddělení jako je možnost sledovat TV, telefonovat, zakoupit si kávu, apod.?

- velmi spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- velmi nespokojen/a
- nevím

16. Pokud by Váš zdravotní stav vyžadoval znovu nemocniční léčení, vybral/a byste si toto zdravotnické zařízení znovu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Péči, která Vám byla v této nemocnici poskytnuta, celkově hodnotíte známkou?(Použijte stupnici od 1 do 5 jako ve škole)

výborně 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nedostatečně

18. Doporučil/a byste tuto nemocnici svým blízkým či přátelům?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

19. Máte nějaké další připomínky k ošetrovatelské péči, o kterých jsme se v dotazníku nezmínili a chtěl/a byste nám je sdělit?

.....
.....