

KVALITA POSKYTOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉM LŮŽKOVÉM ZAŘÍZENÍ

Bakalářská práce

MARCELA TOMANOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům.

V Praze dne:

.....

Marcela Tomanová

ABSTRAKT

TOMANOVÁ, Marcela: Kvalita poskytované ošetrovatelské péče ve zdravotnickém lůžkovém zařízení. (Bakalářská práce) Marcela Tomanová- Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Jana Hlinovská, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Hlavní téma bakalářské práce je zhodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v lůžkovém zdravotnickém zařízení v OLÚ Albertinum Žamberk prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření. Teoretická část práce obsahuje základní pojmy, termín zdraví a nemoc, charakterizuje aspekty výzkumného šetření ve zdravotnictví, výzkumnou metodu a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Stanovena je jedna východisková hypotéza a deset pracovních hypotéz zaměřených na problematiku bio- psycho- sociálních potřeb hospitalizovaných pacientů. V OLÚ Albertinum Žamberk se nachází celkem tři oddělení. Plicní, geriatrické a psychiatrické oddělení. Úkolem výzkumného šetření je zhodnotit kvalitu a spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na daných typech oddělení a vytvořit porovnání jednotlivých oddělení. Cílem výzkumného šetření je mapovat saturaci potřeb hospitalizovaných pacientů během přijímání ošetrovatelské péče. Výsledky výzkumného šetření se stávají návodem ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče a ke zvýšení spokojenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí v daném zdravotnickém zařízení. Získané závěry budou předloženy ke konzultaci vedení OLÚ Albertinum Žamberk.

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, kvalita ošetrovatelské péče, spokojenost, hospitalizovaní pacienti, bio- psych- sociální potřeby hospitalizovaných pacientů, výzkumné šetření, plicní oddělení, geriatrické oddělení, psychiatrické oddělení, OLÚ Albertinum Žamberk.

PŘEDMLUVA

Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, která odráží kvalitu zdravotnického zařízení, je stále více středem pozornosti všech zdravotnických zařízení a mnohdy se stává mocnou konkurenční zbraní.

Téma práce vzniklo ve snaze zaměřit se na problematiku kvality poskytované ošetrovatelské péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení v OLÚ Albertinum Žamberk, kde v historii tohoto zdravotnického zařízení nebylo dosud uskutečněno žádné výzkumné šetření na toto téma a považuji za velmi důležité, aby zdravotnická zařízení sledovala spokojenost hospitalizovaných pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a na základě získaných výsledků zkvalitňovali své služby. Výzkumná šetření by měla být prováděna systematicky a cílevědomě s holistickým přístupem s ohledem na individualitu hospitalizovaného pacienta.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a absolvováním klinických cvičení na rozličných odděleních různých nemocnic, kde jsem měla velkou možnost porovnávat přístup zaměstnanců zdravotnických zařízení k ošetrování nemocných a sledovat reakce pacientů na dané postupy. Tyto zkušenosti se mi staly inspirací k mé práci. Studijní materiál jsem čerpala z knižních publikací, časopisů, ale i z internetových zdrojů.

Práce je určena studentům ošetrovatelství nejen v oboru všeobecná sestra, ale i všem studentům se specializačním zaměřením. V práci je obsažen možný průběh výzkumného šetření k zjištění kvalit poskytované ošetrovatelské péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení, který se tak může stát vodítkem k zahájení výzkumného šetření v jakémkoliv jiném zdravotnickém zařízení.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské za její pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Tímto také děkuji vedení OLÚ Albertinum Žamberk za umožnění výzkumného šetření a za jejich vstřícný přístup.

Obsah

Úvod.....	7
1 Teoretická část.....	9
1.1 Historie OLÚ Albertinum Žamberk.....	9
1.2 Zdraví a nemoc v životě člověka.....	11
1.2.1 Definice zdraví.....	11
1.2.2 Definice nemoci.....	12
1.2.3 Pojem pacient.....	15
1.3 Ošetřovatelství.....	20
1.3.1 Ošetřovatelský proces.....	20
1.4 Zdravotní sestra.....	21
1.4.1 Profesionální přístup sester.....	22
1.5 Potřeby pacienta při poskytování ošetřovatelské péče.....	22
1.5.1 Pojem potřeba.....	23
1.6 Kvalita ošetřovatelské péče.....	27
1.6.1 Zajišťování kvality ošetřovatelské péče.....	28
1.6.2 Posouzení kvality ošetřovatelské péče.....	29
1.6.3 Důležité vlastnosti indikátorů kvality.....	30
1.7 Pojem kvantitativní výzkumné šetření v ošetřovatelství.....	30
1.7.1 Oblasti výzkumného šetření v ošetřovatelství.....	31
1.8 Koncepce rozvoje OLÚ Albertinum Žamberk na léta 2006- 2015.....	32
1.8.1 Základní definice činnosti ústavu.....	32
1.8.2 Definice vycházející z Koncepce oboru TRN.....	33
1.8.3 Definice vycházející z Koncepce oboru geriatric.....	33
1.8.4 Definice vycházející z Koncepce oboru psychiatrie.....	33
1.8.5 Sedm základních parametrů určujících rozvoj ústavu.....	35
1.8.6 Nástin rozvoje ústavu na léta 2006- 2015.....	36
2 Empirická část.....	38
2.1 Výzkumný problém, proměnné.....	38
2.2 Úkol výzkumného šetření.....	38
2.3 Cíl výzkumného šetření.....	38
2.4 Hypotézy výzkumného šetření.....	38
2.4.1 Východisková hypotéza.....	38
2.4.2 Pracovní hypotézy.....	39
2.5 Metodika výzkumného šetření.....	40
2.5.1 Vymezení výzkumné metody.....	40
2.5.2 Výzkumná technika- polostrukturovaný rozhovor.....	42
2.5.3 Východiska konstrukce nástroje dat.....	44
2.5.4 Časový plán výzkumného šetření.....	46
2.5.5 Charakteristika vzorku.....	47
2.5.6 Technika sběru dat.....	48
2.5.7 Předvýzkumné šetření.....	48
2.5.8 Průběh výzkumného šetření.....	50
2.5.9 Zpracování dat.....	52

2.6	Vyhodnocení výsledků	53
2.6.1	Struktura výběrového souboru.....	53
2.6.2	Vyhodnocení položek mapující saturaci potřeb.....	68
2.7	Vyhodnocení hypotéz	88
2.7.1	Hlavní, východisková hypotéza.....	88
2.7.2	Pracovní hypotézy.....	88
2.8	Závěr výzkumného šetření.....	98
2.9	Přínos a doporučení pro praxi	100
	Závěr	101
	Seznam informačních zdrojů	102
	Seznam literatury	102
	Seznam internetových zdrojů.....	104
	Seznam příloh	105
	Příloha 1 Seznam tabulek	105
	Příloha 2 Seznam grafů.....	107
	Příloha 3 Seznam obrázků	108
	Příloha 4 Polostrukturovaný rozhovor	109
	Příloha 5 Obrázky	113
	Příloha 6 Souhlas vedení OLÚ Albertinum Žamberk s výzkumným šetřením	116

Úvod

Význam výzkumného šetření v ošetrovatelství hraje nezastupitelnou roli. V každé profesi, zejména v oblasti zdravotnictví, je nejvyšší zájem o rozšiřování a zdokonalování vědomostí, aby poskytovaná ošetrovatelská péče byla nejvyšší kvality. Cílem výzkumného šetření v ošetrovatelství je zlepšit zdravotní péči. Pacienty chápeme jako celistvou bytost, s fyziologickými, sociálními, kulturními a ekonomickými složkami. Je důležité prostřednictvím výzkumných šetření mapovat a zjišťovat problémy ošetrovatelské péče tak, aby byly co nejlépe naplňovány zdravotní a sociální potřeby lidí v době hospitalizace.

V roce 1980 vydala komise pro vědecký výzkum při Americké asociaci sester (ANA- Cabinet on Nursing Research) a v roce 1985 rozšířila priority výzkumu v ošetrovatelství pro 21. století (Directions for nursing research: Toward the 21st century), které se týkají ošetrovatelské praxe, metod vzdělávání sester a výzkumu. Zde je uvedeno celkem 11 priorit výzkumu v ošetrovatelství, přičemž 4. bod zní: „Zajištění péče efektivním a přijatelným způsobem ohroženým skupinám např. starým lidem, dětem s vrozenými vadami, jiným kulturním a etnickým skupinám, mentálně postiženým a lidem chudým (Mastiliaková, 2005, s.138)“.

Již od roku 2003 pracuji v Odborném léčebném ústavu (dále jen OLÚ) Albertinum Žamberk na psychiatrickém oddělení. V průběhu své praxe se velmi často setkávám s různými názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v lůžkových zdravotnických zařízeních. Nejčastěji lidé hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče na základě vlastních zkušeností. Z úst našich klientů slyším převážně kladná hodnocení, což nás velmi těší, ale zamýšlím se, v čem bychom mohli zkvalitnit naše služby a tím přispět k maximální spokojenosti klientů, kteří využívají naše zdravotnické služby.

V historii zařízení OLÚ Albertinum Žamberk dosud nebylo uskutečněno žádné výzkumné šetření k zjištění kvality poskytované ošetrovatelské péče a proto jsem se rozhodla uskutečnit aplikované kvantitativní výzkumné šetření na téma Kvalita poskytované ošetrovatelské péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

V areálu OLÚ Albertinum Žamberk se nachází oddělení plicní, geriatrické a psychiatrické na která mě byl vedením zdravotnického zařízení umožněn vstup za účelem výzkumného šetření.

Úkolem výzkumného šetření je zhodnotit kvalitu a spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Cílem výzkumného šetření je mapovat saturaci potřeb hospitalizovaných pacientů během přijímání ošetrovatelské péče. Východisková hypotéza zní: Pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk. Pracovních hypotéz jsem si stanovila deset, které budou testovat spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí prostřednictvím výzkumného nástroje, kterým jsem si zvolila postrukturovaný rozhovor.

Získané a vyhodnocené informace z provedeného výzkumného šetření budou předloženy hlavní sestře a řediteli OLÚ Albertinum Žamberk a prokonzultovány.

Před počátkem výzkumného šetření budou všichni pacienti, kteří se účastní, seznámeni s anonymitou výzkumného šetření a se způsobem uveřejnění výsledků proběhlého výzkumného šetření, kde budou současně vedením zdravotnického zařízení navržena řešení nalezených nedostatků. Výsledky výzkumného šetření budou uveřejněny ve Zpravodaji OLÚ Albertinum s přílohou, která bude volně přístupna pacientům na všech typech oddělení k nahlédnutí.

Myslím si, že není těžké získat informace od našich klientů, ale ujistit je o smysluplnosti našich záměrů. Jsme zařízení, kam se naši klienti často vrací či jejich pobyt je u nás spíše rázu dlouhodobého a mají tak možnost sledovat a posoudit vývoj kvality našich poskytovaných služeb. Proto je pro mě velmi důležité, aby naši klienti cítili svůj podíl na něčem co vylepšíme a zkvalitníme k jejich prospěchu. Nejhorší varianty probíhajících výzkumných šetření ve zdravotnických zařízeních jsou podle mého názoru takové, které se vytratí a jsou bez odezvy a účastníci výzkumného šetření jsou bez informací o výsledcích a nevidí žádná zlepšení. Věřím, že tato situace v našem případě nenastane a naši klienti budou stále spokojenější s našim zdravotnickým zařízením.

1 Teoretická část

1.1 Historie OLÚ Albertinum Žamberk

ALBERTINUM nese název po slavném žamberském rodákovi prof.MUDr.Eduardu Albertovi, jehož pozůstalost posloužila jako základ k budování sanatoria.

Eduard Albert (obr.č.1) se narodil v Žamberku v r. 1841. Jeho otec byl hodinář a velký divadelní ochotník. V roce 1853 odchází Albert do Hradce Králové na gymnázium. Přivydělával si kondicemi v rodině zemského advokáta dr. Flanderky a ten, když se nakonec Albert rozhodl pro studium medicíny, jej doporučil svému příteli - patologovi na univerzitě ve Vídni, dr. Rokitanskému. Ve Vídni tedy Albert studuje medicínu a zároveň dělá u Rokitanského soudního zapisovatele. Studie ukončil v roce 1867. Rozhoduje se pro chirurgii a nastupuje na 1.chirurgickou kliniku ve Vídni. Zde se uvede natolik dobře, že je v roce 1873 jmenován přednostou Chirurgické kliniky v Innsbrucku.

Konec 19.století přináší převratné objevy- mezi nimi vynález rentgenu a objev původce tuberkulózy. Po kongresu o tuberkulóze v Berlíně v roce 1899, byla po celé Evropě zakládána sanatoria, a to především v horských oblastech. Krátce na to vznikl v Praze Spolek ke zřizování a vydržování léčeben pro nemoci plicní v království Českém, markrabství Moravském a vévodství Slezském. Členy spolku byli lékaři, církevní hodnostáři, řemeslníci, živnostníci, zástupci obcí, obchodníci apod. Z tohoto výčtu je vidět, že tuberkulóza byla opravdu závažný problém.

V roce 1905 byly již vytvořeny příznivé podmínky a tak v Praze vznikl dispenzář nemocných (později známý pod jménem Masarykova liga). Dne 29.května 1905 byla v Žamberku zakoupena Spolkem veškerá pozůstalost po prof.dr.Albertovi. Okamžitě tak bylo schopno provozu první Sanatorium pro nemocné skrofulosou a tuberkulosou v českých zemích nazvané po slavném žamberském rodákovi ALBERTINUM. Základem sanatoria se stala Albertova letní vila, která pojala až šedesát pacientů, kuchyň s jídelnou, později i rentgen a laboratoř.

První rok zde byla pouze letní kolonie pro děti postižené tuberkulózou a skrofulózou. Lékařem se stal praktik ze Žamberka, ošetřovatelky byly z Červeného kříže. První

ředitel byl dr. Jan Panocha, který nakonec za poměrů rakouského mocnářství vybudoval léčebnu s celoročním provozem o 130 lůžkách. Ošetřovány zde byly hlavně ženy a děti. Počet lůžek v léčebně však vůbec neodpovídal potřebě.

Ve svých začátcích spočívala léčba nemocných v sanatoriích na dietním režimu, klidu, pobytu na čerstvém vzduchu a nakonec jistě svou roli sehrála i izolace nemocného. Tento způsob léčby posiloval imunitu organismu a mohl tak mít efekt hlavně v počátku nemoci, ale ne u rozsáhlých nálezů, které nebyl schopen vyléčit.

Jak asi vypadal léčebný režim v Albertinu si můžeme představit z různých vyprávění pamětníků, zápisů ředitelů apod. Pacientky se staraly o úklid a sbíraly léčivé byliny. K areálu patřila velká zeleninová zahrada, ovocný sad, k přilepšení stravy se chovala prasata. Jídelníček obsahoval například vnitřnosti a jáhly jako zdroj křemíku, po večeři se pil bylinkový čaj zvaný "Albertinská směs", jehož přesné složení nám dnes není známo. Nemocní podstupovali 2x týdně masáže a vodoléčbu, což byly koupele v kuchyňské soli. Byli ozařováni horským sluncem a soluxem. Na břehu nedaleké říčky Rokytenky byla vybudována letní plovárna. Zkoušela se i další, už medikamentózní, podpůrná léčba.

Postupně byly ve 20. a 30. letech přistaveny zděné léčebné pavilony a byly zřízeny tzv. lehárny. Zde pacienti lehali na čerstvém vzduchu i za mrazu. V roce 1921 byly dány do provozu rentgen a laboratoř. Laboratoř byla budována za osobní pomoci prof. I. Honla, který je považován za zakladatele mikrobiologie v českých zemích. Zasloužil se o dokončení největšího pavilonu s chirurgickým sálem. To, co vybudoval dr. Lukes do r. 1934, je základ léčebny dodnes.

V roce 1950 jsou v Albertinu již běžným vyšetřením bronchoskopie, spirometrie, bakteriologie, rentgenologie aj. V 60. letech se pak díky lékům, které výrazně zkrátily délku léčby tuberkulózy, mění postupně i skladba pacientů. K léčbě přicházejí nemocní s dalšími chorobami plic, průdušek, pohrudnice a mezihrudí a pacienti s různými dalšími přidruženými chorobami. Zkrácením doby léčby tuberkulózy byla uvolněna lůžková kapacita a tak v roce 1975 začínáme pečovat o nemocné na 70 lůžkách Léčebny dlouhodobě nemocných. Část lůžek plicního oddělení je vyčleněna jako detašované akutní nemocniční oddělení TRN při nemocnici v Ústí n/O.

V roce 1993 bylo za ředitele dr.J. Jireše (dosud ředitelem) reprofilizováno 36 plicních lůžek v Albertově vile na akutní psychiatrické oddělení.

1.2 Zdraví a nemoc v životě člověka

Pojetí zdraví se mění a vyvíjí v souvislosti se sociokulturním vývojem společnosti. V průběhu lidského života se mění postoj ke zdraví, na který má velký vliv věk, výchova, stupeň dosaženého vzdělání, sociální a ekonomické postavení ve společnosti. Důraz na zdraví ve společnosti začíná převažovat teprve v posledních letech.

1.2.1 Definice zdraví

Pojetí zdraví se po mnoha let vyvíjí a mění. Po dlouhá staletí byla nemoc měřítkem zdraví až do konce 19. století bylo hlavním zájmem zdravotnických pracovníků jak zvládnout chorobu. Důraz na zdraví začíná převažovat až teprve v posledních letech.

Velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, kterou v roce 1947 stanovila Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) takto: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Zdraví je v této definici vymezeno třemi vzájemně rovnocennými složkami- tělesnou, duševní a sociální. Nemoc je z tohoto hlediska poruchou v systému člověka- prostředí, je to potenciál vlastního organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. V posledních desetiletích je přijímán názor, že nemoc má stejně jako zdraví mnoho faktorový, bio- psycho- sociální základ. Především jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života člověka vyvolávají nemoci anebo přispívá k jejich rozvoji.

Stále více je kladen důraz na bio- psycho- sociální potřeby ve zdraví i nemoci a v roce 1984 zveřejnila WHO následující definici zdraví: „(Zdraví je)...stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím“. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti. Tato definice uznává mnoha dimenzionální podstatu zdraví. Z definice vyplývá, že lidé pokud nejsou schopni realizovat své životní cíle, uspokojovat své potřeby a úspěšně se vyrovnávat se svým prostředím, pak tedy nejsou zdraví.

1.2.1.1 Modely zdraví

- 1) **Klinický model-** lidé jsou představováni jako fyziologické systémy s příslušnými funkcemi a zdraví je definováno jako nepřítomnost znaků a symptomů choroby či úrazu.
- 2) **Ekologický model-** je založen na vztahu člověka k prostředí.
- 3) **Model hraní rolí-** zdraví je definováno jako schopnost jedince plnit své společenské úlohy.
- 4) **Adaptační model-** tento model považuje zdraví za tvořivý proces.
- 5) **Eudemonistický model-** na zdraví se v tomto pohlíží jako na stav uskutečňování potenciálu, přičemž uskutečňování je vrcholem plně rozvinuté osobnosti.
 - choroba je v tomto modelu stav, který brání seberealizaci

1.2.2 Definice nemoci

- **nemoc (illnes)-** je osobní vztah, ve které se osoba necítí být zdráva, může a nemusí být ve vztahu k chorobě
- **nevolnost-** je stav obvykle spjatý s chorobou či nemocí, ale může se vyskytovat nezávisle i na nich
- **choroba (disease)-** je medicínský termín, který je možno popsat jako poruchu tělesných a duševních funkcí vyúsťující do snížené výkonnosti či zkrácení délky života, cílem lékařského zákroku je eliminovat nebo zmírňovat chorobný proces

příčina choroby:

genetická či rodinná predispozice

vlivy prostředí

biologické agens

fyzikální agens

chemické agens

škodlivé chemické nebo metabolické procesy

soustavný stres

rizikové faktory:

genetický výbava

věk

fyziologické faktory

životní sty, návyky

prostředí

1.2.2.1 Nemoc náročná životní situace

Onemocnění je pro většinu lidí náročnou životní situací. Náročnou se stává situace, ve které jedinec musí řešit problém který je úplně nový, nebo tak složitý, že není schopen ho sám bez pomoci vyřešit. Jako náročnou vnímá člověk i tu situaci, kdy z nejrůznějších důvodů nemůže dosáhnout cíle, ke kterému směřuje nebo nedochází k saturaci jeho potřeb.

Podstatné je to, že nezáleží jen na objektivní situaci, která člověka zatěžuje, ale hlavně na tom, co ten který jedinec jako náročné prožívá a právě v oblasti subjektivního prožívání jsou ohromné rozdíly.

<u>VE ZDRAVÍ</u>		<u>V NEMOCI</u>
➤ aktivita	X	pasivita
➤ relativní nezávislost	X	závislost
➤ životní rytmus	X	-----
➤ sebedůvěra	X	↓
➤ sociální interakce	X	izolace
➤ známé prostředí	X	neznámé prostředí
➤ široké zájmy	X	zúžení
➤ rozumí stavu	X	nerozumí stavu
➤ kladné zážitky	X	negativní zážitky
➤ široká časová dimenze	X	přítomnost

1.2.2.2 Autoplastický obraz nemoci

Pojednává o subjektivním prožívání nemoci, prožitek má čtyři aspekty:

- senzitivní aspekt*: jak je nemocný informovaný o projevech nemoci svými senzory v organismu, jak cítí bolest, vnímá a jak slyší
- emoční- citový aspekt*: navazuje, vzbuzují určité emoce- pozitivní-(při zlepšení, naděje), negativní- (úzkost, strach, bolest) a ambivalentní emoce- (smíšené, má obavy, ale i radost)

- c) *volní aspekt*: aktivuje pacienta, jeho vůli např. k dodržení diety, odolávat nemoci,.....či rezignuje, nekomunikuje
- d) *racionální a informativní aspekt*: pacient vyhledává znalosti o nemoci, prevenci a léčbě

Ve skutečnosti jsou aspekty propojené a nelze je takto oddělit. Prožívání nemoci je individuální, ale ovlivněno nemocí samotnou, diagnózou, léčbou- jejím druhem (konzervativní či radikální), délkou onemocnění, věkem, osobností, temperamentem, pohlavím, vzděláním a sociálními faktory.

1.2.2.3 Poměr pacienta k nemoci

Poměr pacienta k nemoci lze hodnotit mnoha úhly pohledu. Nejdůležitější je však pro nás zjistit, jaký význam a hodnotu má nemoc pro samotného nemocného. Tato skutečnost je důležitá pro zdravotníka zejména proto, aby zaujal správný přístup k pacientovi.

Poměr pacienta k nemoci může být:

- 1) **Normální**- odpovídá skutečnému stavu pacienta či sdělenému obsahu o nemoci pacientovi a pacient je na nemoc přiměřeně adaptován.
- 2) **Bagatelizující**- pacient podceňuje závažnost nemoci, do budoucna je nepřiměřeně optimistický, nedbá rad lékařů.
- 3) **Nozofóbní**- nepřiměřeně se nemoci obává, dožaduje se opakovaných vyšetření, často mění lékaře, je si však vědom, že jeho obavy jsou přehnané, ale není schopen je ovlivnit.
- 4) **Nozofilní**- pacient vnímá nemoc jako příjemnou, je spojena s uspokojením, dosahuje větší pozornosti rodinných členů a příbuzných, nemusí plnit své pracovní povinnosti, u dětí- mohou si hrát.

- 5) **Hypochondrický**- domnívá se, že trpí závažnou nemocí, lehčí formu nemoci prožívá velmi zaujatě, více obtížím podléhá a nemá snahu bojovat s nimi, protože mu jsou příjemné.
- 6) **Repudiační** (zapuzující)- pacient nebere svoji nemoc vážně, nenavštíví lékaře, nebere v úvahu nemoc, jde o nevědomou disimulaci.
- 7) **Účelový**- jedná se o vystupňovaný nozofilní poměr, který může být motivován např. únikem z nepříjemné situace, získání určitých hodnot- volný čas, dovolená, lázně, invalidní důchod,...apod., zisk soucitu nejbližších, větší ohleduplnost, kvalitnější ošetřování. Pacient může sklouznout ve svém chování k agravaci, disimulaci či simulaci.

1.2.3 Pojem pacient

Pacient- je osoba, která je nemocná, nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje. Toto lékařské ošetřování se může odehrávat v ambulantní péči, nebo přímo v nemocnici, kdy hovoříme o hospitalizaci, tedy o situaci, kdy je pacient umístěn do lůžkového zdravotnického zařízení a je zprostředkována ústavní léčba. Slovo pochází z latinského *patiens* což znamená trpělivý.

Právní předpisy používají slova pacient jako legislativní zkratky i pro ostatní uživatele zdravotnických činností, například zdravé příjemce porodní asistence nebo posudkové činnosti.

1.2.3.1 Pacient jako bio- psycho- sociální celek

Holistická teorie- všechny živé organismy jsou jednotné celky v interakci, které jsou součtem jejich částí a tím porucha jedné části se stává poruchou celého organismu. Sestra tedy musí pohlížet na osobu jako na celek v její bio- psycho- sociální jednotě.

Koncepce holismu zdůrazňuje vnímání člověka jako celek v bio- psycho- sociální jednotě. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede k poruše jiné části, celého systému.

1.2.3.2 Role a postavení hospitalizovaného pacienta

S vývojem dějin se vyvíjelo i postavení nemocného člověka. Od počátku 20. století vznikají různé teorie. Zaměřují se na psychické a sociální podmínky ve vztahu k nemoci.

Reakce nemocného a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné. Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny, stav se upravuje. Hospitalizovaný pacient se ocitá ať už plánovaně či neplánovaně ve zdravotnickém zařízení a je vyřazen z prostředí zdravých lidí. Se vstupem do nemocnice si pacient musí osvojit novou roli, roli pacienta. Sociální postavení se mění, pacient se dostává do role submisivní (závislé), musí se podřídit autoritám a regulovat své jednání a chování. Řada lidí nemá tento typ role ve svém „repertoáru“, s touto rolí klesá sociální prestiž a být nemocný znamená fakticky být ne- mocný, nemít moc, být bez- mocný. Setkává se s řešením nových situací, spojených s realizací diagnosticko- terapeutických postupů a metod, se kterými se nemocný nikdy nesešel, nebo byl o nich mylně informován. Mění se zásadně i denní a týdenní stereotyp a většina změn má omezující charakter.

S rozsahem informovanosti se pacient v dnešní době stává aktivnější k přístupu a spolupráci a je ochoten se podílet na péči o své zdraví. Preferuje nejen uspokojování biologických potřeb, ale bere zřetel i na potřeby psychické a kulturní.

..

1.2.3.3 Stádia chování pacienta v nemoci

Na chování pacienta v nemoci mají vliv různé faktory jako je např. věk, pohlaví, vzdělání, povolání, osobnost, psychická stabilita, socioekonomický stav, náboženství a národnost.

1. stádium setkání se s příznaky: jde o přechodné stádium, během kterého lidé začínají zjišťovat, že něco není v pořádku. Stádium má tři aspekty:
 - a) *fyzické prožívání příznaků* jako je např. bolest
 - b) *kognitivní aspekt*- vysvětlení si příznaků
 - c) *emocionální odpověď*, kterou může být strach, úzkost, nejistota a v této fázi se obvykle nemocní radí se svými blízkými o svých pocitech a příznacích
2. stádium osvojení si role nemocného: stádium, které signalizuje přijetí nemoci, postižený jedinec uvažuje, že příznaky jsou dostatečně závažné pro přijetí (asumpce) choroby a může vyhledat lékařskou pomoc, v této fázi jedinec zpravidla je vystrašený a je schopen se zřici určitých činností
3. stádium kontaktu s lékařskou péčí: jedinci vyhledávají odbornou lékařskou pomoc z vlastní iniciativy či z iniciativy svých blízkých. V tomto stádiu jedinci vyžadují tři typy informací:
 - a) potvrzení svého onemocnění
 - b) vysvětlení svých příznaků
 - c) ujištění, že se opět uzdraví
4. stádium role závislého nemocného:
 - odborník potvrdí, že je jedinec nemocný a stává se závislý na jeho pomoci
 - zavazující role (matka samoživitelka) ztěžují rozhodnutí zřici se samostatnosti
 - většina lidí se však smíří se svojí závislostí na lékaři, ale i přesto se snaží zachovat si kontrolu nad vlastním životem
 - v této fázi se ve větší míře nemocní stávají tzv. pasivními příjemci

5. stádium uzdravení nebo rehabilitace: v této fázi se pacient učí vzdát se role nemocného a vrátit se k předchozím rolím a funkcím

- *pacienti s akutním onemocněním*- tato role je krátká a proces uzdravení bývá rychlý
- *pacienti s chronickým onemocněním*- musí se přizpůsobit novému životnímu stylu a mohou pokládat proces uzdravování za náročnější

1.2.3.4 Negativní stránky života pacienta

Negativní stránky života hospitalizovaného pacienta lze velkou měrou ovlivnit naplněním kritérií, které pacient očekává v době hospitalizace od zdravotního personálu.

A co očekává pacient jako klient od zdravotnického personálu?

- profesionální chování- při prvním setkání vzájemné představení se, nebudit dojem uspěchanosti, netrpělivosti, korektní oslovení pacienta, schopnost a ochota komunikovat, schopnost a ochota vyslechnout pacienta a následně podpořit celou osobnost pacienta, který očekává respekt lidské důstojnosti, soukromí a práv pacientů, potřebuje cítit empatii, uvítá dotek a úsměv
- pacient si přeje být chápán ne jen na úrovni medicínské, ale i lidské
- pacient musí cítit oporu a potřebuje získávat pravdivé odpovědi na své otázky

1.2.3.5 Následky hospitalizace

Nemocný pacient často mění své chování. Změny jsou ještě více umocněny hospitalizací. Důsledkem hospitalizace je narušení soukromí, autonomie, způsobu života a mění se i v neposlední řadě ekonomická situace.

Tyto důsledky se netýkají pouze nemocného, ale dopadají i na jeho rodinné příslušníky a blízké. Závisí zde především na postavení pacienta v rodině, pokud jde o dlouhodobou nemoc či do jaké míry závažnou. Změny tedy postihují celé rodinné zázemí a mezi změny patří:

- změna role
- stresové situace z následků nemoci
- přerozdělení úloh v rodině
- osamělost
- změna společenského a ekonomického postavení

1.2.3.6 Prostředí oddělení jako léčebný činitel

Léčba prostředím vychází z poznatků o subjektivním prožívání nemoci, vztazích nemocných a personálu, vznik, vývoj, léčba a prevence nemocí.

V léčbě prostředím se zaměřujeme na dva hlavní cíle:

- 1) vytvořit co možná nejvíce kladných vlivů prostředí
- 2) odstranit vlivy rušivé a psychicky zatěžující

V tomto případě zde hraje důležitou roli několik faktorů. Např. orientace na oddělení, estetická úprava oddělení, jednání a chování zdravotnického personálu, osvětlení oddělení, pachy a hluk na oddělení, strava a způsob stolování, vztahy mezi personálem a pacienty, zaměstnání pacientů, návštěvy, denní řád na oddělení.

1.2.3.7 Klid na lůžku a zaměstnávání nemocných

Dlouhodobý klid na lůžku ať už z jakéhokoli důvodu klade značné nároky na trpělivost nemocných. Fyziologicky lze sledovat pokles cévní reaktivity, problémy se zažíváním, zvýšenou unavitelnost, svalovou atrofii...apod. Pokud jde o psychiku nemocného, lze pozorovat až úzkost a agresivitu.

Zaměstnávání nemocných je buď součástí vlastní terapie a obnovy funkce nemocného systému- např. rehabilitace, nebo má podpůrný význam, i když velmi důležitý a může se jednat o zaměstnání např. dlouhodobě nemocných. Zcela určitě v obou případech se jedná o velmi pozitivní vliv na celkovou léčbu, kdy nám zaměstnávání nemocných pomáhá udržet stereotypy, odvádí pozornost od obtíží, obav a starostí, tlumí patologické projevy nemoci, vyplňuje volný čas.

Druhy činností léčby, které se uplatňují v průběhu hospitalizace je ergoterapie, arteterapie, sportovní a pohybová léčba, společenské hry.

1.3 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je vědou a uměním zároveň. Vyznačuje se specifickými znalostmi a dovednostmi, které jsou charakteristické pro tuto disciplínu. Staví na poznacích a technikách, které vycházejí z humanitních věd, sociologie, z biologie, fyziologie, medicíny atd.

1.3.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces- myšlenkový algoritmus sestry při plánování ošetřovatelských aktivit a systém postupů, které využívá sestra při ošetřování nemocných. Ošetřovatelský proces je stromová metoda řešení problémů pacienta, která se skládá z 5-ti fází.

Tato péče je nejefektivnější, pokud se uskutečňuje v sérii následujících kroků: 1. fáze posouzení, 2. fáze ošetřovatelská diagnostika, 3. fáze plánování ošetřovatelské péče, 4. fáze realizace péče podle plánu, 5. fáze vyhodnocení výsledků ošetřovatelské péče.

1.3.1.1 Principy ošetřovatelského procesu

- zajišťování potřeb jednotlivce, rodiny, skupiny nebo komunity a zjištění potřebných a dostupných zdrojů, kterými tyto potřeby mohou být uspokojeny
- identifikace potřeb, které mohou být nejvhodnějším a nejefektivnějším způsobem uspokojeny ošetřovatelskou péčí
- vytvoření stupnice prioritních potřeb
- naplánování a poskytování potřebné ošetřovatelské péče
- zapojení jednotlivce do všech aspektů péče
- dokumentace všech fází ošetřovatelského procesu
- aplikace přijatelných a vhodných kulturních, etických a profesních standardů

1.4 Zdravotní sestra

Zdravotní sestra je osoba, která byla formálně přijata do studijního programu ošetřovatelství (obor všeobecná sestra), předepsané studium úspěšně dokončila a získala profesní kvalifikaci. Na území svého státu je uznávána, registrovaná a vlastní licenci (zákonné povolení) pro poskytování ošetřovatelské péče.

Sestry přijímají odpovědnost za přímé poskytování ošetřovatelské péče a jsou v tomto směru výhradní autoritou. Pracují zcela samostatně a za poskytovanou ošetřovatelskou péči plně odpovídají. Zároveň je každá zdravotní sestra odpovědná za svoji odbornou úroveň a za způsob svého dalšího vzdělávání se.

Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují.

1.4.1 Profesionální přístup sester

„Profesionální přístup sester- je charakterizován tím, že:

- s klientem/ pacientem budou jednat nebo o něm rozhodovat s úctou a respektem, bez ohledu na jeho sociální a ekonomický stav, vzdělání, kulturu, rasu, pohlaví, náboženské vyznání, typ nebo trvání choroby a handicapu
- klientovi/ pacientovi budou poskytovat správné informace a respektovat jeho pohled a názor
- klienta/ pacienta budou motivovat, aby převzal a nesl odpovědnost za základní sebek péči a léčení
- při vstupu do soukromí klienta/ pacienta nebo při tělesném kontaktu budou respektovat jeho důstojnost
- v zájmu klienta/ pacienta budou dodržovat přísnou mlčenlivost o věcech, o kterých se dověděly
- v zájmu zlepšování kvality péče a rozvoje nových poznatků se budou podílet o své profesionální znalosti a zkušenosti (Mastiliaková, 2005, str.55, 56)“.

1.5 Potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče

Pacient je zpravidla umístěn do zdravotnického zařízení z důvodu diagnostického či z důvodu léčebného. Společným cílem pacienta a zdravotníků je bezesporu brzký návrat ke zdraví. Na celkové léčbě se nepodílí pouze medikamentózní léčba, ale je nezbytné zajistit všem pacientům bez výhrady přiměřenou odpovídající stravu, dostatek spánku, vhodná sociální zařízení a nemalou měrou přispívá i psychická pohoda samotného nemocného. S biologickými potřebami by měl pacient mít uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, úcty, sociálního kontaktu atd.

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestra se zabývá člověkem jako celkem, jako bio- psycho- sociální, holistickou bytostí.

Potřeby pacientů jsou hodnoceny dvojím způsobem. Objektivní hodnocení je především ze strany personálu, který je schopen, na základě laboratorních testů či jiných měření, na základě získaných informací objektivně zhodnotit stav. Subjektivní hodnocení ve větší míře slyšíme z úst samotného pacienta, který popisuje své pocity z dostatečně či nedostatečně uspokojených potřeb. Těmito způsoby hodnotíme především fyziologické potřeby. Psychologická potřeba je především subjektivním hodnocením.

1.5.1 Pojem potřeba

Potřeby člověka- život člověka je neustále doprovázen různými potřebami s různým stupněm jejich naplňování. Dělíme je na:

- a) *základní životní potřeby-* aby člověk v této oblasti nestrádal, pak je tedy nutné, aby byly uspokojovány v určité přiměřené míře
- b) *potřeby vyšší-* odráží individualitu každého jedince a dle míry uspokojení jsme schopni prožívat radost, pohodu a další příjemné pocity

Potřeba je projevem určitého nedostatku a je nezbytně nutná pro život a vývoj každého jedince. Pokud se dostaví takový nedostatek, pak tedy ovlivňuje psychickou činnost člověka a tím zásadně mění myšlení, emoce, pozornost a volní procesy jedince.

Každý jedinec svým způsobem vyjadřuje a následně uspokojuje své potřeby, které se v průběhu života vyvíjí a kultivují a tím se mění co do kvality a kvantity.

Význam pojmu potřeba:

- a) *biologický význam*- potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy), např. potřeba vápníku, vitamínů, nemají psychickou odezvu
- b) *ekonomický význam*- potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost či žádost vlastnit a užívat určitý objekt, např. byt, boty, šatstvo apod.,
- c) *psychologický význam*- je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek

1.5.1.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Nejčastěji užívaná klasifikace potřeb je Maslowova hierarchie potřeb, která je uspořádaná do trojúhelníku, v níž vyšší potřeby mohou být uspokojeny tehdy, pokud jsou uspokojeny potřeby základní.

Z hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa vyplývají tyto potřeby v oblastech:

potřeba seberealizace- stát se tím, čím se mohu stát, naplnit své možnosti růstu a vývoje

potřeba úcty- být sám sebou kladně hodnocen, být druhými vážen a ceněn

potřeba lásky a společnosti- patřit někomu a někam, být milován a přijímám

potřeba bezpečí a jistoty- odklonit neznámé, hrozivé, hledání jistoty

fyziologické potřeby- potrava, dýchání, vyměšování, teplo, necítit bolest, rozmnožovat se

Tabulka č.1: Maslowova klasifikace potřeb

vyšší potřeby	potřeby seberealizace potřeby uznání potřeby sounáležitosti	potřeby růstu- metapotřeby (poznání, porozumění, harmonie, individualita, hravost)
nižší potřeby	potřeby bezpečí fyziologické potřeby	nedostatkové potřeby

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje (Maslow)“.

1.5.1.2 Proces uspokojování potřeb člověka

Proces uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jehož součástí je vytváření a utváření potřeb. Objektivní nedostatek nebo přebytek něčeho uvnitř nebo kolem nás vede k uvědomění si potřeby a nutnosti ji uspokojit. Tento stav v nás vyvolává nelibý pocit a vede nás k motivaci uspokojení potřeb a po dosažení uspokojení dosáhneme pocitu libosti. Uspokojování potřeb lze uskutečnit dvěma způsoby:

- a) *žádoucí způsob*- neškodí jedinci ani okolí, je v souladu se sociálně-kulturními hodnotami jedince a jsou v mezích zákona
- b) *nežádoucí způsob*- škodí jedinci či okolí, není v souladu se sociálně-kulturními hodnotami jedince a nejsou v mezích zákona

Pokud dosáhneme dlouhodobého stavu nelibosti a nepohody, dostáváme se do frustrace. Je to stav, který vzniká u člověka s překážkou (nemoc) bránící uspokojení potřeb. Frustrace pak tedy významnou měrou ovlivňuje průběh nemoci a její prožívání.

Proces uspokojování potřeb je ovlivňován:

- obecné faktory (pohlaví, věk, tělesné a psychické dispozice)
- individuální osobnostní faktory (vzdělání, výchova, rodinné poměry a ekonomická úroveň)
- společenské faktory (životní standard)
- patologické stavy (horečka, imobilita, bolest,..)

1.5.1.3 Faktory, které modifikují uspokojování potřeb pacienta

Faktorů, které modifikují uspokojování potřeb nemocného je velká řada. Jsou to faktory, které mohou uspokojování potřeb člověka znesnadnit, znemožnit či narušit.

Mezi tyto faktory řadíme:

- *nemoc*- modifikuje způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování, v první fázi se pacient zaměřuje především na uspokojení potřeb nižších a s ústupem obtíží se větší měrou zaměřuje na potřeby vyšší úrovně a hledá pocit jistoty a bezpečí
- *osobnost*- individualita člověka, kdy osobnostní vlastnosti ovlivňují způsob identifikace, vyjádření a uspokojení potřeb s následnou psychickou odezvou. Zde je rozhodující typologie člověka, labilita a odolnost proti zátěži. Lidé s poškozenou sebekoncepcí nejsou zpravidla schopni sami samostatně uspokojit své potřeby
- *mezilidské vztahy*- v tomto případě se jedná zejména o vztahy s blízkými a příbuznými, které silně ovlivňují celý proces uzdravení se a při jejich narušení dochází k prodloužené délce hospitalizace. Zde je důležitá role zdravotníků, kteří jsou v blízkém vztahu k pacientovi a mohou být významně nápomocni pacientovi, aby si uvědomil své potřeby a navodil zdravý způsob jejich uspokojení
- *vývojové stadium člověka*- modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb s následnou psychickou odezvou. Je důležité si uvědomit, že děti a staří lidé nemají dostatek výrazových prostředků k signalizaci svých potřeb
- *okolnosti, za kterých nemoc vzniká*- pacient bude vyjadřovat a následně uspokojovat své potřeby pokud jde o onemocnění v domácím prostředí či je-li nutná hospitalizace, dále jedná- li se o první nebo recidivující onemocnění, akutní či chronické a také zda člověk onemocní mimo domov, v zahraničí, apod.

1.5.1.4 Využití poznatků o potřebách lidí v práci sestry

- „Poznání a pochopení sama sebe tím uspokojování svých vlastních potřeb.
- Pochopením potřeb druhých lidí lépe posuzujeme a hodnotíme jejich chování. Porozumíme příčinám chování (např. opakované použití signalizačního zařízení).
- Poznatky o základních potřebách tvoří teoretický podklad pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci v nemocnici i v domácí péči. Hodnocení potřeb je základem pro hodnocení nemocného, zařazení problémů do priorit a plánování ošetrovatelských zásahů.
- Teoretické znalosti lidských potřeb, faktorů a situací, vlivem kterých se potřeby mění umožňují sestře přiměřenou intervenci u stresového pacienta.
- Sestra může znalostí o lidských potřebách využít při edukaci nemocného, podpořit nemocného v jeho seberealizaci (může napomoci pochopit nemocnému, co se s ním děje, najít způsob, jak situaci čelit, udržovat jeho identitu a sebeúctu, pomoci mu přijmout nevyhnutelné, pomoci uklidnit se a ocenit sebe sama). (Trachtová, 2005, str. 17)“.

1.6 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita péče- péče poskytovaná pacientům, která je založena na profesionálním přístupu sester. Kvalitu péče lze měřit, hodnotit různými technikami, nejčastěji metodou dotazníku a odráží spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Pojetí termínu kvalita ošetrovatelské péče je dána kulturními a sociálními aspekty ve společnosti. Kvalita nepředstavuje pouze metody, techniky a pracovní postupy, ale je

vnímána jako filozofie, která je úzce spjata s faktory, jako jsou chování, hodnoty a postoje zaměstnanců.

WHO definuje kvalitu jako stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje.

Aby nemocnice mohly poskytovat pacientům nejvyšší kvalitu ošetrovatelské péče je nezbytné hodnotit tu stávající ošetrovatelskou péči.

„Kvalitní ošetrovatelská péče v praxi je charakterizována těmito znaky:

- v zemi i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu
- péče je odvozena od potřeb pacienta
- práce ošetrovatelského personálu je týmová
- ošetrovatelský personál je dobře monitorován a odborně připraven
- ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex
- praxe /poskytovaná péče je vědecky podložená
- do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti/ klienti
- existuje účinná mezioborová spolupráce (Jarošová, D., 2000, str.74)“

1.6.1 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče

„ Zajišťování kvality ošetrovatelské péče se řídí základními podmínkami, které musí být plněny k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče a těmi jsou:

- stanovení jasných cílů a profesionálních hodnot
- definice požadované kvality
- vypracování ošetrovatelských standardů, jejichž dodržování požadovanou kvalitu zaručí
- vypracování systému kontroly dodržování standardů

- zajištění organizačních a personálních faktorů, které jsou nezbytné pro dosažení standardní práce
- stanovení způsobů hodnocení dosaženého efektu

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče je proces zahrnující tři významné kroky:

- 1) Monitorování skutečné praxe a odstraňování problémů tak, aby praxe odpovídala dohodnuté normě.
- 2) Stanovení konkrétních kroků v systému zajištění kvality péče (ošetrovatelský audit).
- 3) Vytváření specifických ošetrovatelských standardů (Jarošová, D., 2000, str. 75)“.

1.6.2 Posouzení kvality ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče může být posuzována podle několika kritérií v závislosti na tom, kdo posuzuje ošetrovatelskou péči. Posuzuje- li:

- *lékař-* hodnotí především z hlediska plnění diagnosticko- terapeutického plánu, hodnotí tedy plnění lékařských ordinací
- *pacient-* hodnotí ošetrovatelskou péči především subjektivně a o něco méně objektivně. Na posouzení kvality poskytované ošetrovatelské péče má vliv hlavně jeho strádání v době nemoci, dále empatie a všímavost sester, adekvátnost reakce sester na jeho potřeby a v neposlední řadě vystupování, kultivovanost a upravenost sester
- *sestra-* zde významnou roli hrají profesionalita sestry a její ztotožnění se se svojí profesí a přístupem k ošetrovatelskému procesu. Pokud sestra preferuje holistický přístup, pak její kritéria kvality se stávají širší

1.6.3 Důležité vlastnosti indikátorů kvality

- jsou smysluplné, pomáhají nám zvyšovat kvalitu
- indikátor je vždy kvantita, která nám něco říká o kvalitě
- indikátor je vždy číslo
- jsou to výstražné signály, které nás mohou varovat, že něco není v pořádku
- nejsou neomylné
- mohou být zaměřeny na pozitivní či negativní jevy
- mohou být zaměřeny na lékaře, sestry, ošetrovatelský proces, klinickou událost či systém
- výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní porovnat “něco s něčím“. Bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou, ne nástrojem rozvíjení kvality (Škrlovi, 2003)“

1.7 Pojem kvantitativní výzkumné šetření v ošetrovatelství

Kvantitativní výzkumné šetření je založeno na ověřování platnosti teorií. Úkolem kvantitativního výzkumného šetření je popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Většinou se pracuje s velkým souborem respondentů. Nejpoužívanější metodami jsou dotazník, polostandardizovaný a polostrukturovaný rozhovor. V oboru ošetrovatelství se zkoumají především vyskytující se ošetrovatelské jevy, jejich intenzita, míra, frekvence a proces jejich vývoje.

1.7.1 Oblasti výzkumného šetření v ošetřovatelství

Ošetřovatelství jako humanistická věda s holistickou orientací na člověka, která má svá specifika vědeckého poznání. Středem zájmu je zde člověk.

V zahraničí již v 80. letech byly přijaty priority výzkumu v ošetřovatelství pro 21. století. Tyto stanovené priority se staly i vodítkem v České republice k rozvoji výzkumu v ošetřovatelství.

Schválené priority výzkumu pro 21. století se týkají nejen ošetřovatelské praxe, ale i vzdělávání sester a jsou formulována takto:

1. „Podpora zdraví, tělesné a duševní pohody a schopnosti pečovat o jedince všech věkových, sociálních a kulturních skupin.
2. Minimalizace a prevence vzniku zdravotních problémů, které jsou způsobeny nezdravým prostředím, a poruch chování, které kompromitují život a obecně snižují produktivitu.
3. Snižování negativních účinků nových zdravotnických technologií na adaptační schopnosti jednotlivce nebo rodin s akutními nebo chronickými zdravotními problémy.
4. Zajištění péče efektivním a přijatelným způsobem ohroženým skupinám, např. starým lidem, dětem s vrozenými vadami, jiným kulturním a etnickým skupinám, mentálně postiženým a chudým lidem.
5. Klasifikace fenoménů ošetřovatelské praxe.
6. Ochrana principů etiky, kterým se řídí výzkum v ošetřovatelství.
7. Vývoj nástrojů pro měření výsledků ošetřovatelské péče.
8. Vývoj integrujících metodologií výzkumu z hlediska holistického pojetí člověka, jeho rodiny a životního stylu.
9. Projektování a ověřování různých modelů pro poskytování péče o zdraví a jejich řízení, aby byly schopné udržet vysokou kvalitu ošetřovatelské péče a efektivitu vložených nákladů.

10. Ověřování efektivity různých přístupů ve výuce ošetrovatelství pro profesionální způsob práce, který vyžaduje rozsáhlé vědomosti a široký rozsah dovedností.
11. Identifikace a analýza historických a současných faktorů, které ovlivňují profesionální růst sester (Bártlová, S. a kol., 2005, s. 22, 23)“.

Nemalou měrou je velkým přínosem mezioborová spolupráce, která přináší vyšší kvalitu výzkumu a to z důvodu větší produktivity několika oborů než jednooborová činnost. Spolupráce několika oborů je velmi ocenitelná, protože dosáhneme širšího pojetí zkoumaného problému a tím se nám dostane širší a všestrannější úhel pohledu dané situace či jevu. Toto tvrzení je zcela platné i pro obor ošetrovatelství.

1.8 Koncepce rozvoje OLÚ Albertinum Žamberk na léta 2006-2015

1.8.1 Základní definice činnosti ústavu

„Základní činností ústavu je odborná lékařská a ošetrovatelská péče o chronicky a dlouhodobě nemocné širokého spádového území mnohdy přesahující hranice jednoho kraje v několika vyjmenovaných odbornostech za použití pomocných diagnosticko-terapeutických medicínských pracovišť a technických provozů.

Péče OLÚ je obecně vymezena oproti akutní péči v nemocnicích a následné ambulantní péče *následnou lůžkovou péčí*. Oproti lázeňským zařízením je vymezena *lůžkovou ošetrovatelskou péčí, možností diagnostiky onemocnění a léčení subakutních stavů*. Tam kde lázně se svými možnostmi péče o chronického pacienta s respirační chorobou končí, tam se teprve uplatní pracovní náplň OLÚ TRN, psychiatrie a LDN vymezena definovaným onemocněním jednoho systému a typickou *polymorbiditou nemocných*, vzájemně se ovlivňujících nemocí a komplikujících léčebnou rehabilitaci, která je jen částí *komplexní odborné péče cílené na základní onemocnění*.

1.8.2 Definice vycházející z Koncepce oboru TRN

Definice vycházející z formulace Koncepce oboru TRN pro náplň činnosti odborných léčebných ústavů zní:

Odborné léčebné ústavy zajišťují lůžkovou léčebnou, ošetrovatelskou, rehabilitační, popř. diagnostickou činnost u všech onemocnění dýchacího ústrojí a u všech lokalizací tuberkulózy, se zvláštním zaměřením na dlouhodobou a následnou oborově specifickou péči. V oblasti s nedostatkem nemocničních lůžek oboru TRN zajišťují také akutní pneumofyziologickou péči. Kromě lůžkové péče mohou poskytovat také péči ambulantní. Podílí se na postgraduálním vzdělávání.

1.8.3 Definice vycházející z Koncepce oboru geriatric

V Koncepci oboru geriatric se uvádí, že léčebny dlouhodobě nemocných jsou stále podstatnou částí lůžkové baze oboru geriatric. Jejich činnost a ostatní zdravotnické služby realizované v rámci oboru geriatric byly jednoznačně vyhodnoceny jako činnosti splňující parametry služeb zdravotnických. Následná péče tak v oboru geriatric existuje ve dvou formách- v léčebnách dlouhodobě nemocných a na ošetrovatelských lůžkách. Délka pobytu je v LDN limitovaná, cílem je obnova soběstačnosti či ústupu závislosti, s propuštěním do domácího prostředí. Spočívá v rehabilitaci, rekondici a rekonvalescenci.

1.8.4 Definice vycházející z Koncepce oboru psychiatrie

Koncepce oboru psychiatrie pro náplň činnosti odborných léčebných ústavů zní: Úkolem psychiatrických léčen je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií. Zároveň zatím plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena, nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V léčebnách se uskutečňuje ústavní ochranné léčení podle stanovené rajonizace. Pro akutní psychiatrickou péči jsou zde

vyčleněna zvláštní lůžka, pro něž platí normativy, určené pro psychiatrická oddělení nemocnic. Předpokládá se, že v budoucnu převezmou akutní psychiatrickou péči od léčeben psychiatrická oddělení nemocnic. Psychiatrické léčebny přijímají převážně nemocné ze svého stanoveného spádového území, včetně těch, kteří jsou přijímáni bez svého souhlasu. Vytvářejí podmínky pro diferenciovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení typu pracovišť příjmových, doléčovacích, rehabilitačních, psychoterapeutických, psychogeriatrických, pro léčbu závislostí, dětských a adolescentních, pro ochranné léčení, sexuologických, somatických aj. pro své nemocné zajišťují péči odborníků dalších medicínských oborů. Psychiatrické léčebny hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně- posudkové účely. Psychiatrické léčebny trvale usilují o zlepšování léčebného prostředí a o naplňování stavebních, hygienických, společenských a etických norem hospitalizace.

Lze také vycházet z další definice následné lůžkové péče:

Následná lůžková péče je poskytována zejména jako léčebná péče, ošetrovatelská péče a léčebná rehabilitace. Následnou lůžkovou péčí se rozumí poskytování zdravotní péče na lůžku, pokud pominuly zdravotní důvody k poskytování ambulantní či akutní lůžkové péče, pacientům

- a) u kterých došlo ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci ohrožující životní funkce, a nebo
- b) jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, kdy nelze očekávat zvrát zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, a nebo
- c) jejichž zdravotní stav je ovlivněn povinností se léčit, nutností izolace, či soudem uloženým ochranným léčením, a nebo
- d) jejichž zdravotní stav chronické nemoci není stabilizován

1.8.5 Sedm základních parametrů určujících rozvoj ústavu

- 1) Ucelený komplex lůžkového a ambulantního zdravotnického zařízení (několik oddělení s různými odbornostmi, komplement, konsiliární péče, hospodářsko-technický komplex) je výhodný pro kvalitu péče i ekonomiku provozu.
- 2) Vzájemně na sebe navazující jednotlivá oddělení ústavu se společnou charakteristikou svých onemocnění: jde převážně o kombinaci onemocnění vyššího věku s polymorbiditou.
- 3) Plicní oddělení (TRN) není v okolí ani v žádné nemocnici ve třech okolních okresech Pardubického a Královehradeckého kraje, pro diagnostiku a péči je zde tradiční a přirozená spádová oblast tří čtvrtin bývalého Východočeského kraje (Pardubický, Královehradecký). Psychiatrické oddělení není ve dvou okresech v žádné nemocnici. Léčebna dlouhodobě nemocných slouží pro „horní a centrální“ část okresu v návaznosti na okresní nemocnici v Ústí nad Orlicí a část okresu Rychnov nad Kněžnou.
- 4) Budování nových kapacit v nemocnicích by bylo zbytečné, nákladné a zdravotní pojištění zatěžující.
- 5) Umístění na polovině cesty mezi dvěma okresními nemocnicemi (Ústí nad Orlicí a Rychnov nad Kněžnou) je velmi výhodné z geografického hlediska a může koncentrovat nemocné z obou spádových oblastí. Poloha ústavu ve městě Žamberk je vhodná i pro ambulantní služby (díky dobré dostupnosti).
- 6) Nelze opomenout skutečnost, že jde o příhraniční oblast (Euroregion Glacensis) s potřebou dostupnosti služeb a zaměstnanosti v této oblasti.
- 7) Zkušenosti a tradice.

1.8.6 Nástin rozvoje ústavu na léta 2006- 2015

Do příštích let předpokládáme rozvoj péče o dlouhodobě a chronicky nemocné oboru TRN, psychiatrie (gerontopsychiatrie) a léčebny dlouhodobě nemocných (geriatrie). Vedou nás k tomu naše zkušenosti a vybavení.

Pro rozvoj služeb v oboru TRN to znamená péče především o tuberkulózní nemocné, nemocné s chronickou obstrukční nemocí plic, astmatem a rakovinou plic. Naší snahou je rozšíření onkologické péče v rámci kraje.

V oboru psychiatrie péče o schizoafektivní nemocné, gerontopsychiatrické (podpora péče o nemocné s Alzheimerovou nemocí), rozvoj resocializace nemocných.

Na LDN je to rozvoj především směrem k intenzivní ošetrovatelské péči, rehabilitace specifické pro staré a polymorbidní nemocné, hospicový způsob péče o umírající, zřízení geriatrické ambulance a poradny.

Při vzájemné spolupráci v současnosti existujících oddělení (PSY+LDN) budeme usilovat o rozšíření lůžek pro oddělení gerontopsychiatrických nemocných, případně o geriatrický a psychiatrický denní nebo týdenní stacionář. Tato oddělení by mohla být rovněž specializovaným stacionářem pro nemocné s Alzheimerovou demencí. Již nyní směřuje vývoj ústavu k těmto výše uvedeným aktivitám, směřuje k tomu výchova nových odborníků a prohlubování kvality a charakteru péče. Podporou tohoto úmyslu jsou známá fakta o prodlužování průměrné délky života, přibývání starých občanů, přibývání počtu chronicky nemocných a již v tomto čase celorepubliková potřeba těchto následných lůžek.

Pro celý ústav a péče o naše pacienty bude prospěšné rozšíření služeb fyzioterapie včetně její ambulantní péče a zřízení geriatrické a interní ambulance, logopedické, rehabilitační a neurologické ambulance.

Jako doplněk k výše uvedené stěžejní práci je nutné pečovat i o malé procento akutních a subakutních nemocných. Je to podmíněno skutečností, že personál jednotlivých oddělení musí být stále udržován ve schopnosti takového nemocného identifikovat (diagnostikovat) a ošetřit, protože u chronické nemoci často dochází k manifestaci subakutní nebo akutní exacerbace, ke zhoršení. Tu je potom nutné fundovaně a dobře diagnostikovat a ošetřit, byť by to mělo být mnohdy „jen“ přípravou nemocného pro přepravu na akutní lůžko nemocnice.

K tomu, aby vůbec lékař a sestra poznali, že se u nemocného jedná o změnu stavu na subakutní a akutní stádium nemoci, je stále nutná stálá kontrola a monitorování probíhající léčby a stavu nemocného. K tomu je neustále potřebné mít okamžitě k dispozici základní komplement a dostupné základní vyšetřovací metody. Kromě výše uvedených potřeb slouží volné kapacity komplementu širokému okolí terénních praktických a odborných lékařů. Opět k prohloubení rutiny personálu komplementu, na druhé straně poslouží k lepšímu hospodaření provozu.

Pro plné využití personální a přístrojové kapacity ústavu jsou provozované ambulance při lůžkovém zařízení vysoce hospodárné. Ústav je umístěn prakticky ve městě, není nijak dislokován, takže dostupnost ambulancí je výborná.

Ústav bude nadále provozovat přepravní dopravní zdravotní službu pro její efektivitu a vysokou potřebnost. (Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk. Koncepce rozvoje ústavu, březen 2006)“.

2 Empirická část

2.1 Výzkumný problém, proměnné

Stanovila jsem deskriptivní (popisný) výzkumný problém. „Jsou pacienti hospitalizovaní na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení v OLÚ Albertinum Žamberk spokojeni se saturací potřeb během přijímání ošetrovatelské péče?“

Z výzkumného problému vyplývá, že pacienti, hospitalizace a ošetrovatelská péče jsou nezávislé proměnné. Spokojenost je závislá proměnná.

2.2 Úkol výzkumného šetření

Úkolem výzkumného šetření je zhodnotit kvalitu a spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ve zdravotnickém lůžkovém zařízení v OLÚ Albertinum Žamberk..

2.3 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je mapovat saturaci potřeb hospitalizovaných pacientů na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení během přijímání ošetrovatelské péče.

2.4 Hypotézy výzkumného šetření

2.4.1 Východisková hypotéza

Východisková hypotéza zní:

H- Pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk.

2.4.2 Pracovní hypotézy

h1- Předpokládám, že většina pacientů ze všech tří typů oddělení by dala přednost hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, před jiným zdravotnickým zařízením, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

h2- Předpokládám, že většina pacientů ze všech tří typů oddělení by doporučila hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým, pokud by to vyžadoval jejich zdravotní stav, než menšina pacientů, kteří by nedoporučovali hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým.

h3- Předpokládám, že většina pacientů ze všech tří typů oddělení oznámkuje celkovou spokojenost s nynější hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk známkou 2, než menšina pacientů ze všech tří typů oddělení, kteří oznámkuje spokojenost s nynější hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk známkou 1.

h4- Pacienti z plicního a geriatrického oddělení jsou spokojenější s prostředím na oddělení než pacienti z psychiatrického oddělení.

h5- Pacienti z geriatrického oddělení jsou více spokojeni s chutností a množstvím stravy než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

h6- Pacienti z geriatrického oddělení považují častěji soukromí za dostatečné, než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

h7- Pacienti z geriatrického oddělení by uvítali více nabízených činností ze strany personálu k vyplnění volného času, než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

h8- Pacienti hospitalizovaní na plicním oddělení si méně častěji stěžují na rušení nočního klidu na oddělení, než pacienti z geriatrického a psychiatrického oddělení.

h9- Pacienti z geriatrického oddělení častěji navštěvují konané bohoslužby v areálu OLÚ Albertinum Žamberk, než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

h10- Pacienti z plicního a psychiatrického oddělení jsou více spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, než pacienti z geriatrického oddělení.

2.5 Metodika výzkumného šetření

2.5.1 Vymezení výzkumné metody

Vzhledem k tomu, že výzkumné šetření bude probíhat na geriatrickém, plicním a psychiatrickém oddělení, přičemž každé oddělení má svá specifika, je velmi důležité, aby stanovená kritéria odpovídala všem třem typům oddělení a bylo tak možné získat validní informace. Prostudovala jsem literaturu se zaměřením na specifika jednotlivých oddělení a osobně jsem všechna oddělení navštívila. Seznámila jsem se za pomoci vrchních sester oddělení se strukturou pacientů, dále jsem se zaměřila na průměrné délky hospitalizací a nejčastější diagnózy. Tímto jsem si ověřila stanovená kritéria pro výběrový soubor.

Kritéria pro výběrový soubor:

- 1) pacienti hospitalizovaní na daném oddělení s minimální délkou 3 dnů
- 2) pacienti hospitalizovaní na daném oddělení, kteří nejsou v akutní fázi svého onemocnění (pacienti, kteří nejsou schopni reálně vnímat realitu a tím zhodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, např. horečka, astmatický záchvat, dušnost, delirium třemene, apod.)
- 3) pacienti hospitalizovaní na daném oddělení, kteří netrpí kognitivní poruchou (porucha paměti, myšlení, chování, pozornosti, učení, soustředění, orientace, sebepoznání)
- 4) nutné získat slovně vyjádřený souhlas klienta s výzkumným šetřením

- 5) pokud by se zde nacházel pacient s omezenou svéprávností, či by byl zcela nesvéprávný, v takovém případě by bylo třeba získat souhlas od jeho právního zástupce

V průběhu výzkumného šetření nacházel-li by se pacient s omezenou svéprávností na některém z daných oddělení, v takovém případě by byl osloven jeho právní zástupce a pokud by on udělil souhlas s účastí a sám pacient by vyhovoval kritériím pro výběrový soubor, pak by byl tento pacient zařazen do výzkumného šetření. Další požadavky na výběrový soubor nejsou, protože hospitalizace v OLÚ Albertinum Žamberk je určena starším 18- ti let.

Po zvážení všech možností metod výzkumného šetření a po osobní návštěvě jednotlivých oddělení jsem si zvolila formu polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru probíhá na základě předem připravených otázek s jasnou formulací a s připojením variant odpovědí ze kterých si respondent volí tu „správnou“ a je dodržováno dané pořadí otázek. Této metodě jsem dala přednost i z jiného důvodu. Je zde velký předpoklad, že poměrná část respondentů může trpět poruchami zraku, sluchu, jemné motoriky a mohou se zde naskytnout i dalších možné bariéry, které by měly velký vliv na validitu získaných dat a mohly by dokonce tyto bariéry pacientovi znemožňovaly účast na výzkumném šetření.

Rozhovor jako přirozený lidský způsob komunikace je řazen k nejčastějším způsobům získávání informací. Jako výzkumná metoda má své specifické vlastnosti. Jde zde nejen o pouhá fakta, ale nabízí nám hlubší pohled k názorům a postojům respondentů. Umožňuje navázat osobní kontakt s respondentem a další výhodou je možnost otázky zopakovat či je přeformulovat a pružně reagovat na vzniklé situace.

„Rozhovor jako výzkumná metoda se liší od běžného rozhovoru tím, že výzkumník klade záměrné otázky respondentovi s cílem vyřešit výzkumný problém. Mezi další aspekty rozhovoru jako výzkumné metody patří:

- má jasné odborné zacílení, výzkumný cíl
- obsahuje standardizované otázky, které jsou zaměřené na definované oblasti
- uskutečňuje se za standardních podmínek
- interpretace údajů je odborná, kvantitativní i kvalitativní
- uskutečňuje ji výzkumník, který je odborně vyškolený na vedení rozhovoru (Žiaková,K. a kol. 2003, str. 180)“.

2.5.2 Výzkumná technika- polostrukturovaný rozhovor

2.5.2.1 Role výzkumníka v rozhovoru

Role výzkumníka při sběru dat hraje klíčovou roli a má přímý vliv na validitu získaných dat. Je důležité, aby se nedopouštěl chyb, např. v podobě chybného záznamu a interpretace odpovědí, neprofesionálním přístupem k respondentovi, nepřiměřené neverbální projevy komunikace, manipulace apod.

„Nedílnou součástí rozhovoru jsou pravidla chování výzkumníka k respondentovi, které spočívají v:

- a) trpělivé přátelské a kritické naslouchání
- b) neprojevat mocenské sklony
- c) nedávat rady a nedomlouvat respondentovi
- d) nevybočovat od daného problému a nedohadovat se s respondentem
- e) hovoří, nebo klade otázky pokud je třeba respondentovi pomoci vyjádřit se, odstranit napětí a obavy, pokud je třeba se vrátit k otázkám, které se vynechali, či respondenta pochválit, že přesně vyjadřuje své myšlenky a city (Žiaková,K. a kol. 2003, str. 184)“.

2.5.2.2 Role respondenta v rozhovoru

Obsah výpovědí respondenta nezávisí pouze na jeho ochotě odpovídat, ale každý výzkumník by měl mít vždy na paměti, že má před sebou osobnost, kdy záleží na její míře schopnosti vyjadřování se, na slovní zásobě a schopnosti komunitovat vůbec.

2.5.2.3 Průběh polostrukturovaného rozhovoru s respondentem ve výzkumném šetření

Průběh polostrukturovaného rozhovoru s respondentem probíhal ve třech fázích.

V úvodní fázi jsem se představila respondentovi celým jménem, zmínila jsem studium na vysoké škole a seznámila jsem se s respondentem. Již od první chvíle setkání jsem se snažila získat důvěru a vzájemný kontakt uvést k pozitivnímu naladění, které bylo nesmírně důležité pro získání spolupráce s osloveným respondentem. Respondenta jsem seznámila s cílem mé návštěvy, s důvodem realizace výzkumného šetření a se způsobem uveřejnění výsledků. Zmínila jsem průběh a délku rozhovoru. Zdůraznila jsem anonymitu výzkumného šetření a získala jsem (popřípadě nezískala) slovní souhlas s výzkumným šetřením. Jestliže mě byl udělen souhlas respondenta s účastí na výzkumném šetření, společně jsme stanovili místo a čas, kde se výzkumné šetření následně realizovalo. Někteří pacienti preferovali soukromí mimo pokoj a někteří si přáli provést výzkumné šetření přímo na pokoji bez ohledu na přítomné spolupacienty. Tato první fáze trvale nejdéle 5 minut a jejím cílem bylo získat slovní souhlas s výzkumným šetřením a nastolit profesionální a přátelský vztah.

Střední fáze zahrnovala podstatu výzkumného šetření a soustředila se na dané výzkumné problémy. Před zahájením rozhovoru jsem zaujala místo proti respondentovi tak, abychom navzájem na sebe viděli. Otázky jsem kladla podle předem připraveného schématu do kterého jsem vždy po zodpovězení jednotlivých položek zaznamenávala odpovědi respondenta. Během rozhovoru jsem pečlivě vnímala projev respondenta, projevovala jsem neustále zájem o odpovědi, podporovala jsem spontaneitu respondenta a jako důkaz naslouchání jsem krátce přitakala, parafrázovala odpovědi, popřípadě jsem

kladla doplňující či neutrální otázky. Pokud bylo nutné, pak jsem zopakovala kladené otázky a nakonec jsem vždy shrnula projev respondenta abych si ověřila správnost odpovědí. Velký důraz jsem kladla na to, abych se nedopouštěla chyb, které by vedli ke zkreslení výsledků. Mezi chyby by se řadila sugesce, dále přerušování respondenta během odpovídání ve větě, předčasné závěry, haló efekt, projev netrpělivosti a uspěchanosti a změna role výzkumník x respondent. Po celou dobu kontaktu jsem udržovala plynulost rozhovoru.

V závěrečné fázi rozhovoru jsem měla vhodnou příležitost pro poděkování za účast a k přátelskému ukončení rozhovoru takovým způsobem, aby v respondentovi byl zanechán co možná nejkladnější dojem z výzkumného šetření. Snažila jsem se, aby respondenti cítili užitečnost výzkumného šetření, aby měli pocit, že poskytnuté informace mají velký význam, jsou důležité a užitečné. Malou odměnou každému respondentovi se stala propisovací tužka, za kterou mnozí velmi děkovali a využili ji nejen k luštění křížovek. Při odchodu jsem zrekapitulovala způsob uveřejnění výsledků a jakým způsobem budou dostupné pro respondenty. Přesvědčila jsem se, zda respondent nemá již žádné dotazy a připomínky a s poděkováním jsem se rozloučila. Tato třetí fáze rozhovoru měla délku 15- 20 minut.

Celková délka rozhovoru činila maximálně 30 minut.

2.5.3 Východiska konstrukce nástroje dat

Polostrukturovaný rozhovor čítá celkem 16 položek, přičemž položka č.1- 5 má obecný, identifikační charakter a položky č.6- 16 jsou zaměřeny přímo na výzkumný problém. V polostrukturovaném rozhovoru byly použity tyto druhy otázek:

- a) uzavřené otázky
- b) polouzavřené otázky
- c) otevřené (volné) otázky
- d) filtrační otázky

- 1. položka- pohlaví** (uzavřená otázka)
- 2. položka- věk** (uzavřená otázka)
- 3. položka- charakter hospitalizace** (uzavřená otázka)
- 4. položka- typ oddělení** (uzavřená otázka)
- 5. položka- délka hospitalizace** (uzavřená otázka)
- 6. položka- prostředí oddělení** (filtrační otázka)
- 7. položka- strava** (uzavřená otázka)
- 8. položka- soukromí** (polouzavřená otázka)
- 9. položka- volný čas** (polouzavřená otázka)
- 10. položka- noční klid** (filtrační otázka)
- 11. položka- náboženství** (filtrační otázka)
- 12. položka- celková spokojenost s ošetřovatelskou péčí** (filtrační otázka)
- 13. položka- volba opakované hospitalizace** (uzavřená otázka)
- 14. položka- doporučení hospitalizace blízkým** (uzavřená otázka)
- 15. položka- klasifikace známkou celkové spokojenosti s hospitalizací** (uzavřená otázka)
- 16. položka- libovolný projev pacienta** (otevřená otázka)

Z přehledu vyplývá následující schéma:

a) uzavřené otázky- položky č. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 15

b) polozavřené otázky- položky č. 8, 9

c) otevřené (volné) otázky- položka č. 16

d) filtrační otázky- položky č. 6, 10, 11, 12

2.5.4 Časový plán výzkumného šetření

Časový plán výzkumného šetření jsem si stanovila na měsíc leden/ únor 2008 s předpokládanou délkou sběru dat 3 týdny.

Zvažovala jsem pořadí jednotlivých oddělení která postupně navštívím a po úvaze jsem se rozhodla, že prvním oddělením které navštívím bude plicní oddělení. Je to oddělení, které má nejvíce lůžek a předpokládala jsem, že zde bude největší počet hospitalizovaných pacientů, kteří se budou moci účastnit výzkumného šetření. Druhé oddělení v pořadí jsem si zvolila geriatrické oddělení a následně psychiatrické oddělení.

Předpokládala jsem délku výzkumného šetření na 1 typu oddělení na 1 týden (5 pracovních dní). Denní dobu jsem zvažovala a došla jsem k závěru, že vhodné bude pacienty navštěvovat v časovém rozmezí 12.30- 17.00, kdy zpravidla nemají naplánovaná vyšetření, rehabilitace a další léčebné aktivity a předpokládám, že uvítají využití volného času.

Zahájení výzkumného šetření jsem si stanovila na 15.1. 2008 po domluvě s hlavní sestrou OLÚ Albertinum Žamberk, která mi předem poskytla písemný souhlas s realizací výzkumného šetření.

O předpokládaném časovém harmonogramu výzkumného šetření hlavní sestra informovala vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení.

Tabulka č.2: Časový plán výzkumného šetření

Oddělení	Datum	Časové rozmezí
Plicní odd.	15.1.- 18.1., 21.1. 2008	12.30- 17.00
Geriatrické odd.	22.1- 25.1., 28.1. 2008	12.30- 17.00
Psychiatrické odd.	29.1.- 1.2., 4.2. 2008	12.30- 17.00

2.5.5 Charakteristika vzorku

Klienti, kteří se účastnili výzkumného šetření byli ze tří typů oddělení. Standardní lůžková kapacita jednotlivých oddělení je: plicní oddělení 106 lůžek, geriatrické oddělení 70 lůžek a psychiatrické oddělení 39 lůžek.

Základní soubor k datu 15.1. 2008 činil: plicní oddělení 69 hospitalizovaných pacientů, geriatrické oddělení 67 hospitalizovaných pacientů a psychiatrické oddělení 37 hospitalizovaných pacientů. Ze základního souboru jsem stanovila výběrový soubor.

Tabulka č.3: Charakteristika výzkumného souboru

Oddělení	Maximální kapacita odd.	Celkem hospitalizovaní Základní soubor	Výběrový soubor
Plicní odd.	106	69	41
Geriatrické odd.	70	67	32
Psychiatrické odd.	39	37	17
Celkem	215	173	90

2.5.6 Technika sběru dat

Po domluvě s vrchními sestrami daných oddělení jsem postupně navštívila jednotlivá oddělení. Oslovila jsem výběrový soubor respondentů a po získání jejich slovního souhlasu s výzkumným šetřením jsem zahájila polostrukturovaný rozhovor. Pro jednotlivého respondenta jsem měla stanovenou maximální délku rozhovoru na 30 minut. Výzkumné šetření probíhalo v odpoledních hodinách, v rozmezí 12.30- 16.30.

Registrace získaných informací probíhal písemnou formou do sestaveného polostrukturovaného rozhovoru, který jsem vždy opatřila datem a časem realizace rozhovoru.

2.5.7 Předvýzkumné šetření

Předvýzkumného šetření jsem využila k otestování sestaveného nástroje sběru dat. Soustředila jsem se především na srozumitelnost pokládaných otázek, na reakce hospitalizovaných pacientů a kladla jsem důraz na dané možnosti odpovědí. Také jsem sledovala předpokládanou 30- ti minutovou délku rozhovoru, která v předvýzkumném šetření činila v průměru 25,5 minut.

Na každém oddělení jsem si zvolila dva hospitalizované pacienty, za předpokladu splnění daných kritérií pro průběh výzkumného šetření, kteří měli v plánu propuštění do 15.1 2008 a to z důvodu, abych při vlastním výzkumném šetření získala co možná nejvíce možných respondentů. Předvýzkumné šetření jsem realizovala ve dnech 9.1. a 10.1. 2008.

Tabulka č.4: Průměrná délka polostrukturovaného rozhovoru

Oddělení	Pacient č.1	Pacient č.2	Celková délka rozhovoru	Ø délka rozhovoru
Plicní odd.	25 min	23 min	48 min	24 min
Geriatrické odd.	28 min	30 min	58 min	29 min
Psychiatrické odd	22 min	25 min	47 min	23,5 min
Celkem	75 min	78 min	153 min	25,5 min

V předvýzkumném šetření se mi sestavený výzkumný nástroj neosvědčil a bylo třeba úprav ve třech položkách.

V položce č. 8, která mapuje soukromí hospitalizovaných pacientů jsem v odpovědi b) nedostačující v oblasti: doplnila odpověď v průběhu návštěv. Další změnu jsem provedla v položce č.9, kde jsem doplnila v odpovědi a) odpověď hraji společenské hry se spolupacienty. Poslední úpravu jsem provedla v položce č.11 v části b) odpověď uvítal/ a bych osobní kontakt s knězem u lůžka.

Velkým přínosem pro mě byla i ta skutečnost, že hospitalizovaní pacienti kladli velký důraz na vzájemné představení se, nezbytnou součástí se stala vizitka se jménem mé osoby a identifikací vysoké školy, sami aktivně žádali informace o důvodu výzkumného šetření a velmi si všímali mé upravenosti a jistoty vystupování.

Předvýzkumné šetření považuji za nedílnou součást vlastního výzkumného šetření, které mě přineslo velmi mnoho užitečných informací a byla jsem schopna se co nejlépe připravit na rozhovory a lépe předpokládat reakce dotazovaných pacientů.

2.5.8 Průběh výzkumného šetření

Jak jsem již zmínila, výzkumné šetření jsem zahájila 15.1. 2008 na plicním oddělení. Výběrový soubor jsem konzultovala s vrchní sestrou a staničnými sestrami oddělení. Byly mi nápomocni při výběru pacientů, kdy na základě požadavků na výběrový soubor hospitalizovaných pacientů jsem stanovila výběrový soubor, který činil 41 hospitalizovaných pacientů z celkových 69 hospitalizovaných pacientů.

Z celkem 41 možných pacientů se výzkumného šetření zúčastnilo 40 (58%) hospitalizovaných pacientů, protože 1 (1%) pacient odmítl účast na výzkumném šetření. Celkem 28 (41%) pacientů nebylo zařazeno do výzkumného šetření.

Tabulka č.5: Struktura pacientů- plicní odd. (N=69)

Účast/ neúčast na výzkumném šetření	Celkový počet pacientů	Celkem v %
Účastnilo se výzkumného šetření	40	58
Pacienti, kteří nebyli zařazeni	28	41
Pacientů odmítlo	1	1
Celkem	69	100

Zde na plicním oddělení probíhal sběr dat v období 15.1.- 17.1. a 21.1.- 22.1. 2008, tj. 5 pracovních dní, přičemž za 1 den jsem zrealizovala 8 rozhovorů v časovém období od 12.30 do 17.00.

Druhé oddělení, které jsem navštívila bylo geriatrické oddělení. I zde za spolupráce vrchní sestry a staničních sester jsem stanovila výběrový soubor, který činil 32 hospitalizovaných pacientů z celkových 67 hospitalizovaných pacientů. Pacientů, kteří nebyli zařazeni do výzkumného šetření bylo 35 (53%). Z celkem 32 možných pacientů se výzkumného šetření zúčastnilo 29 (43%) hospitalizovaných pacientů a 3 (4%) pacienti odmítli účast na výzkumném šetření.

Tabulka č.6: Struktura pacientů- geriatrické odd. (N=67)

Účast/ neúčast na výzkumném šetření	Celkový počet pacientů	Celkem v %
Účastnilo se výzkumného šetření	29	43
Pacienti, kteří nebyli zařazeni	35	53
Pacientů odmítlo	3	4
Celkem	67	100

Zde na geriatrickém oddělení probíhal sběr dat v období 23.1.- 25.1. a 28.1.- 29.1. 2008, tj. 5 pracovních dní, přičemž po 4 dny jsem realizovala 6 rozhovorů a 5. den jsem zrealizovala 5 rozhovorů v časovém období od 12.30 do 17.00.

Na psychiatrickém oddělení po konzultaci s vrchní sestrou a primářem oddělení jsem stanovila dle kritérií výběrový soubor, který činil 17 hospitalizovaných pacientů z celkových 37 pacientů. Pacientů, kteří nebyli zařazeni do výzkumného šetření bylo 20 (54%). Z celkem 17 možných pacientů se výzkumného šetření zúčastnilo 16 (43%) hospitalizovaných pacientů a 1 (3%) pacient odmítl účast na výzkumném šetření.

Tabulka č.7: Struktura pacientů- psychiatrické odd. (N=37)

Účast/ neúčast na výzkumném šetření	Celkový počet pacientů	Celkem v %
Účastnilo se výzkumného šetření	16	43
Pacienti, kteří nebyli zařazeni	20	54
Pacientů odmítlo	1	3
Celkem	37	100

Zde na psychiatrickém oddělení probíhal sběr dat v období 30.1.- 1.2. 2008, tj. 3 pracovní dny, přičemž po 2 dny jsem realizovala 6 rozhovorů a 3. den jsem uskutečnila 4 rozhovory v časovém období od 13.00 do 17.00.

2.5.9 Zpracování dat

V období od 15.1. do 1.2. 2008 probíhalo kvantitativního výzkumného šetření na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení.

Po ukončení výzkumného šetření jsem roztřídila jednotlivá oddělení a provedla registraci odpovědí písemnou formou. Tato část mě zabrala 4 dny.

Dále jsem získaná data po dvojí kontrole zpracovala v programu Microsoft Office Excel 2003 do tabulek a vytvořila jsem grafové znázornění položek s porovnáním jednotlivých oddělení tak, abych získala odpovědi na pracovní hypotézy, které jsem si stanovila.

Pro přehlednost výsledků výzkumného šetření jsem si zvolila dva typy grafů. Pro vyhodnocení struktury výběrového souboru, položek č.1- 5 jsem zvolila výsečové (koláčové) grafy a pro vyhodnocení položek č.6- 16, které mapovaly výzkumné problémy jsem zvolila formu sloupcových grafů s prostorovým efektem, které lépe umožňují přehledné srovnání jednotlivých oddělení.

Tato fáze zpracování dat mě zabrala 12 dní. Celková doba vyhodnocení výzkumného šetření činila 30 dní.

Tabulka č.8: Délka zpracování dat

Zpracování dat		
Forma práce	Datové ohraničení	Celkem dní
Časové období sběru dat	15.1- 1.2. 2008	14 dní
Časové období třídění informací	4.-7.2. 2008	4 dny
Práce v programu Microsoft Excel 2003	11.- 15.2., 18.-22.2., 25.-26.2. 2008	12 dní
Celkem	15.1.- 26.2. 2008	30 dní

2.6 Vyhodnocení výsledků

2.6.1 Struktura výběrového souboru

2.6.1.1 Vyhodnocení položky č. 1

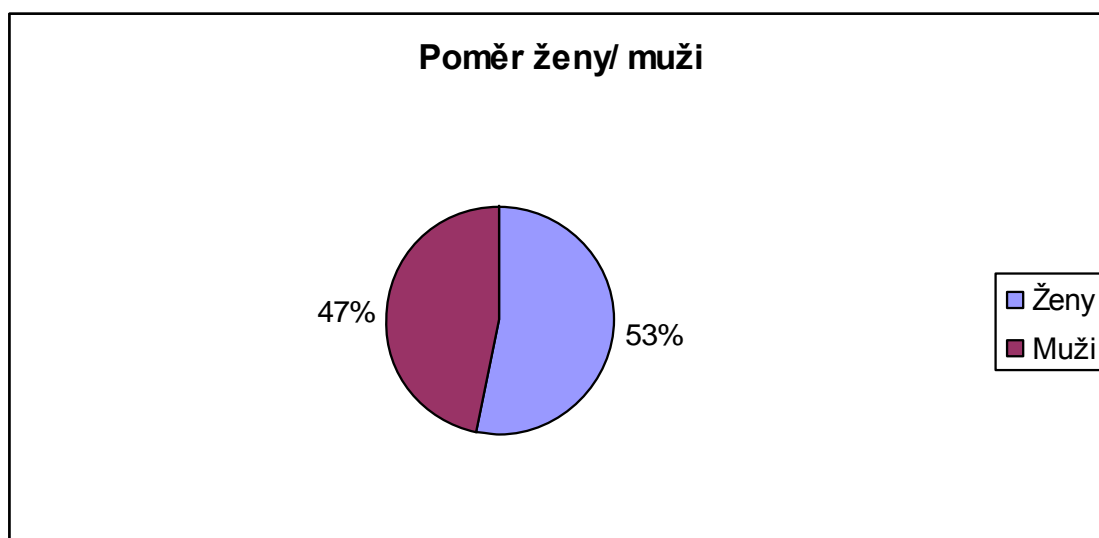
1.	Pohlaví: a) žena b) muž
----	-------------------------

Výzkumného šetření ze všech tří typů oddělení se zúčastnilo celkem 45 (53%) žen a 40 (47%) mužů.

Tabulka č.9: Poměr ženy/ muži (N=85)

Poměr ženy/ muži		
Pohlaví	počet respondentů	počet respondentů v %
Ženy	45	53
Muži	40	47
Celkem	85	100

Graf č. 1. Poměr ženy/ muži



2.6.1.2 Vyhodnocení položky č. 2

2.	Váš věk je:	a) 18- 29 let	b) 30- 39 let
		c) 40- 49 let	d) 50- 59 let
		e) 60- 69 let	f) 70 a více let

Celkové věkové rozložení je nejvíce zastoupeno ve věku 70 a více let u 35 (42%) pacientů, 60- 69 let zastupuje 23 (27%) pacientů, 50- 59 let zastupuje 13 (15%) pacientů, celkem 6 (7%) pacientů se nachází ve věkové skupině 40- 49 let, 30- 39 let je zastoupeno 7 (8%) pacienty a 18- 29 let zastupuje 1 (1%) pacient z celkového počtu dotázaných.

Tabulka č.10: Věkové kategorie výběrového souboru (N=85)

Věkové kategorie výběrového souboru		
Věkové kategorie	celkem pacientů	celkem pacientů v %
18- 29 let	1	1
30- 39 let	7	8
40- 49 let	6	7
50- 59 let	13	15
60- 69 let	23	27
70 a více let	35	42
Celkem	85	100

Graf č. 2. Věkové kategorie výběrového souboru

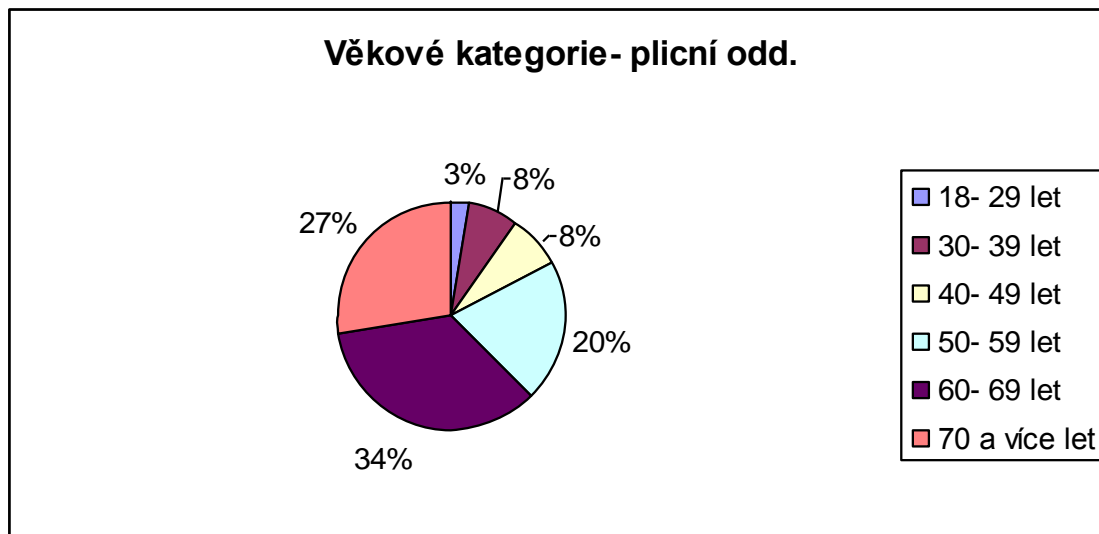


Věkového zastoupení dle typu oddělení: na plicním oddělení bylo nejvíce zastoupeno věkové rozmezí 60- 69 let a to 14 (34%) pacientů. Na druhé příčce se umístila věková skupina 70 a více let s 11 (27%) pacienty, další nejpočetnější skupinou je věková kategorie 50- 59 let s 8 (20%) pacienty. Věkové skupiny 40- 49 let a 30- 39 let jsou shodně zastoupeny po 3 (8%) pacientech a pouze 1 (3%) pacient zastupuje věkovou kategorii 18- 29 let.

Tabulka č.11: Věkové kategorie- plicní odd. (N=40)

Věkové kategorie- plicní odd.		
Věkové kategorie	celkem pacientů	celkem pacientů v %
18- 29 let	1	3
30- 39 let	3	8
40- 49 let	3	8
50- 59 let	8	20
60- 69 let	14	34
70 a více let	11	27
Celkem	40	100

Graf č. 3. Věkové kategorie- plicní odd.

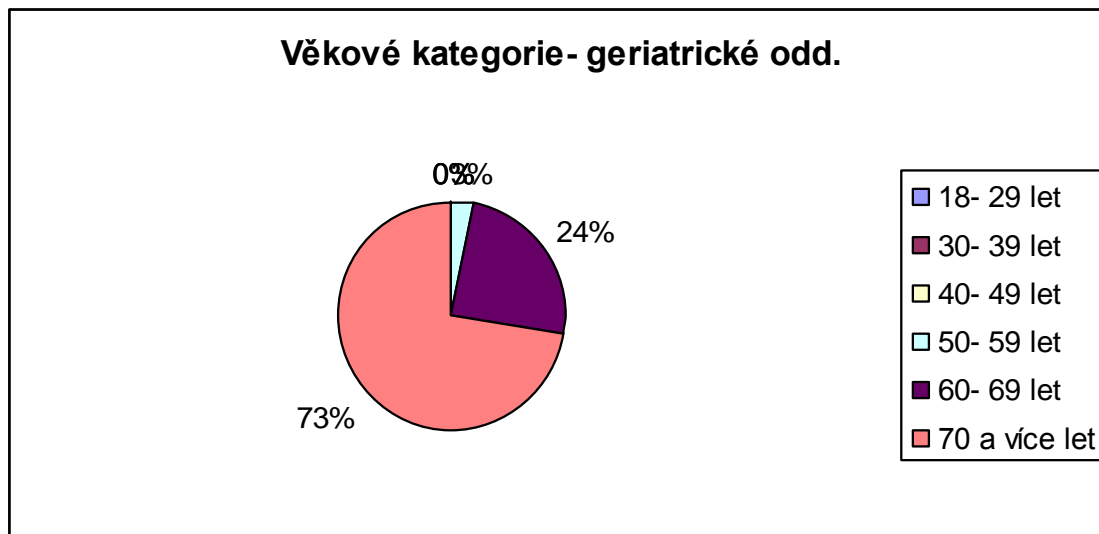


Na geriatrickém oddělení je nejvíce, dle očekávání, zastoupena nejvyšší věková kategorie 70 a více let s 21 (73%) pacienty. Druhou pozici získala věková kategorie 60-69 let se 7 (24%) pacienty a pouze 1 (3%) pacient zastupuje věkovou kategorii 50- 59 let. Další věkové kategorie zde nejsou zastoupeny, což odpovídá typu oddělení.

Tabulka č.12: Věkové kategorie- geriatrické odd. (N=29)

Věkové kategorie- geriatrické odd.		
Věkové kategorie	celkem pacientů	celkem pacientů v %
18- 29 let	0	0
30- 39 let	0	0
40- 49 let	0	0
50- 59 let	1	3
60- 69 let	7	24
70 a více let	21	73
Celkem	29	100

Graf č. 4. Věkové kategorie- geriatrické odd.

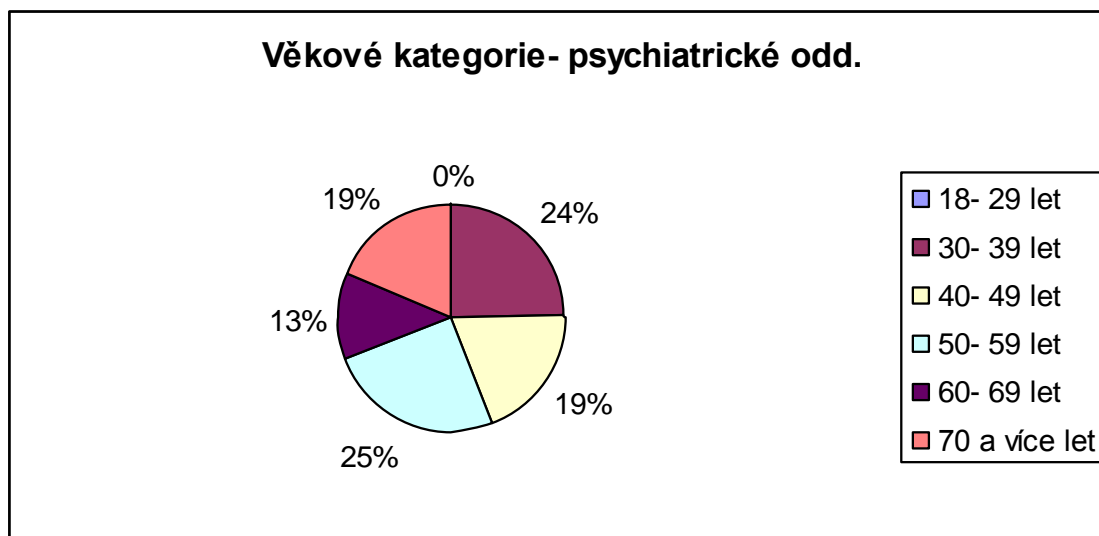


Na psychiatrickém oddělení je nejpočetněji zastoupena věková kategorie 50- 59 let u 4 (25 %) pacientů, téměř shodně věková kategorie 30- 39 let, 4 (24%) pacientů. Shodný počet pacientů- 3 (19%) získala věková kategorie 40- 49 let a 70 a více let. Nejméně je zastoupena věková kategorie 60- 69 let, do které se umístili pouze 2 (13%) pacienti. Zde tedy na jediném oddělení došlo téměř k vyváženému počtu respondentů.

Tabulka č.13: Věkové kategorie- psychiatrické odd. (N=16)

Věkové kategorie- psychiatrické odd.		
Věkové kategorie	celkem pacientů	celkem pacientů v %
18- 29 let	0	0
30- 39 let	4	24
40- 49 let	3	19
50- 59 let	4	25
60- 69 let	2	13
70 a více let	3	19
Celkem	16	100

Graf č. 5. Věkové kategorie- psychiatrické odd.



2.6.1.3 Vyhodnocení položky č. 3

3.	V OLÚ Albertinum Žamberk jste hospitalizován/ a:	
	a) poprvé	b) opakovaně

Pokud se zaměříme, zda jde o hospitalizaci první či opakovanou, pak tedy z výběrového souboru plyne ta skutečnost, že z 85 dotázaných pacientů je zde v OLÚ Albertinum Žamberk 39 (46%) pacientů poprvé hospitalizováno a u 46 (54%) pacientů se jedná o opakovanou hospitalizaci.

Tabulka č.14: Celková četnost hospitalizací (N=85)

Celková četnost hospitalizací		
Hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
První	39	46
Opakovaná	46	54
Celkem	85	100

Graf č. 6. Celková četnost hospitalizací



Pokud se dále zaměříme na jednotlivá oddělení, pak tedy na plicním oddělení se jedná o přesnou polovinu, kdy 20 (50%) pacientů je zde hospitalizováno poprvé a 20 (50%) pacientů opakovaně.

Tabulka č.15: Četnost hospitalizací- plicní odd.

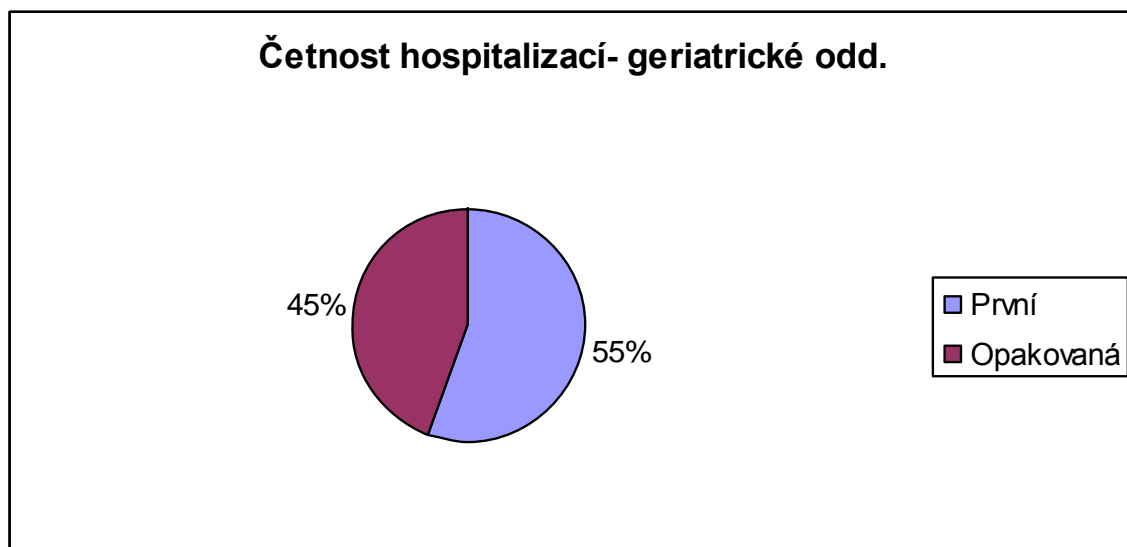
Četnost hospitalizací- plicní odd.		
Hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
První	20	50
Opakovaná	20	50
Celkem	40	100

Na geriatrickém oddělení je 16 (55%) pacientů v OLÚ Albertinum Žamberk hospitalizováno poprvé a 13 (45%) pacientů je zde hospitalizováno opakovaně.

Tabulka č.16: Četnost hospitalizací- geriatrické odd.

Četnost hospitalizací- geriatrické odd.		
Hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
První	16	55
Opakovaná	13	45
Celkem	29	100

Graf č. 7. Četnost hospitalizací- geriatrické odd.

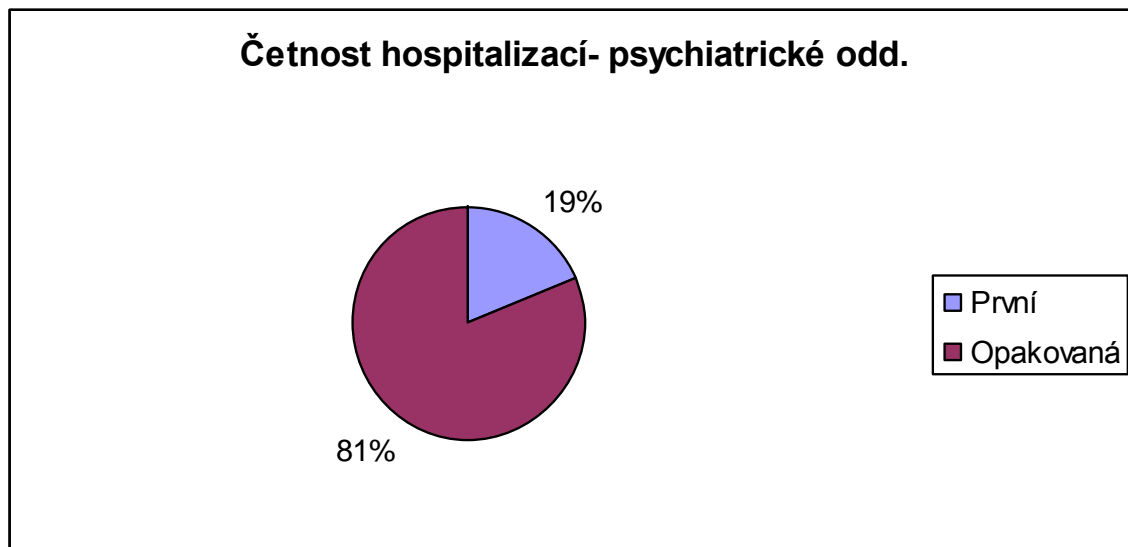


Na psychiatrickém oddělení se jedná u 3 (19%) hospitalizovaných pacientů o první hospitalizaci a u 13 (81%) hospitalizovaných pacientů o opakovanou hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk.

Tabulka č.17: Četnost hospitalizací- psychiatrické odd.

Četnost hospitalizací- psychiatrické odd.		
Hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
První	3	19
Opakovaná	13	81
Celkem	16	100

Graf č. 8. Četnost hospitalizací- psychiatrické odd.



2.6.1.4 Vyhodnocení položky č. 4

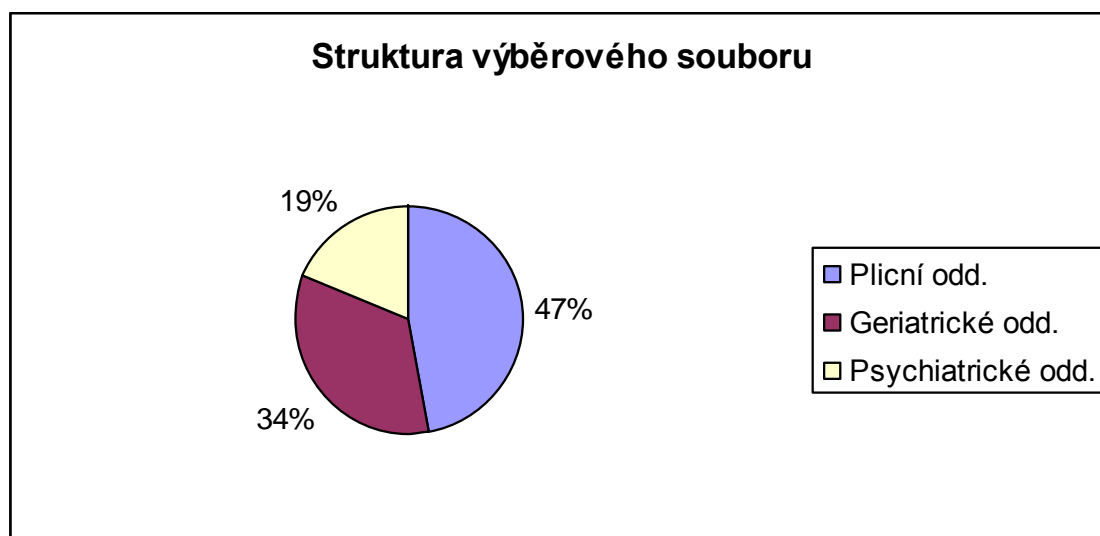
4.	Nyní jste hospitalizován/ a na oddělení:	a) plicní oddělení
		b) geriatrické oddělení
		c) psychiatrické oddělení

Výběrový soubor čítal celkem 85 respondentů. Z plicního oddělení se účastnilo 40 (47%) pacientů, z geriatrického oddělení celkem 29 (34%) pacientů a z psychiatrického oddělení 16 (19%) pacientů.

Tabulka č.18: Struktura výběrového souboru (N=85)

Struktura výběrového souboru		
Oddělení	počet pacientů	počet pacientů v %
Plicní odd.	40	47
Geriatrické odd.	29	34
Psychiatrické odd.	16	19
Celkem	85	100

Graf č. 9. Struktura výběrového souboru



2.6.1.5 Vyhodnocení položky č. 5

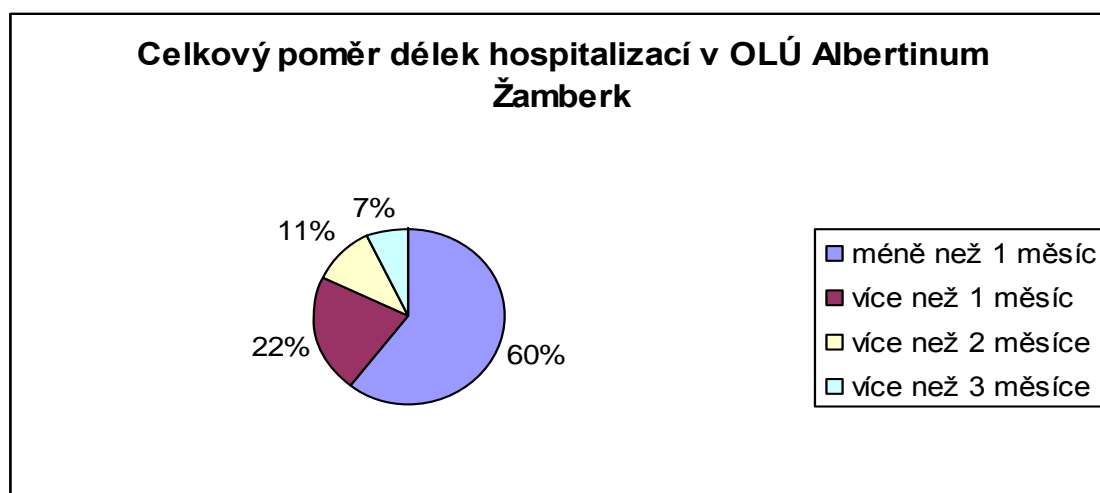
5.	Délka Vaší nynější hospitalizace je:	a) méně než 1 měsíc
		b) déle jak 1 měsíc
		c) déle jak 2 měsíce
		d) déle jak 3 měsíce

Jde-li o délku hospitalizace, pak z výběrového souboru pacientů je zde 51 (60%) pacientů méně než 1 měsíc, více než 1 měsíc je zde hospitalizováno 19 (22%) pacientů, více než 2 měsíce 9 (11%) pacientů a celkem 6 (7%) pacientů je zde hospitalizováno déle než 3 měsíce v OLÚ Albertinum Žamberk.

Tabulka č.19: Celkový poměr délek hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk

Celkový poměr délek hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk		
Délka hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
méně než 1 měsíc	51	60
více než 1 měsíc	19	22
více než 2 měsíce	9	11
více než 3 měsíce	6	7
Celkem	85	100

Graf č. 10. Celkový poměr délek hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk

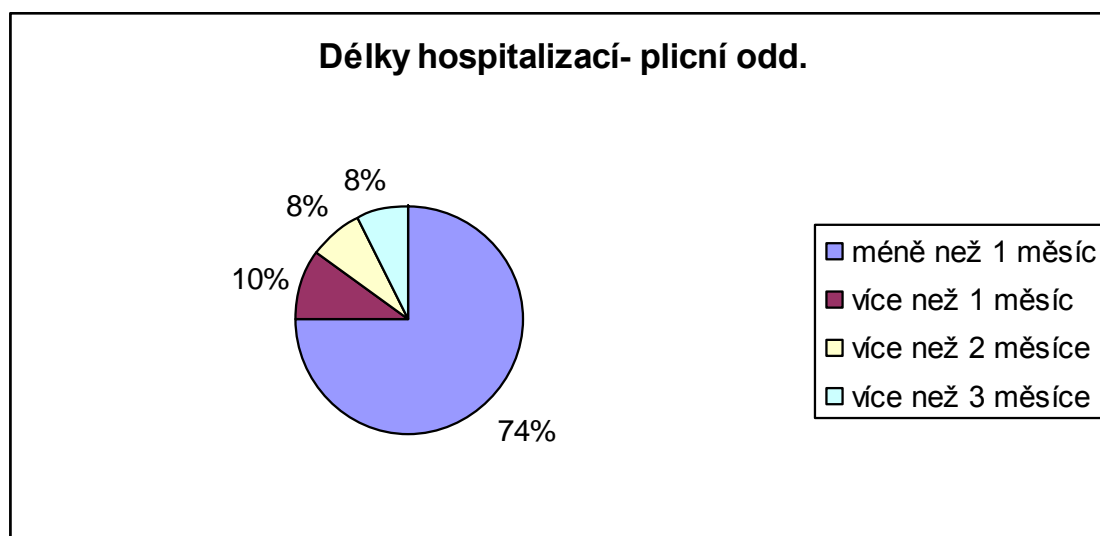


Pokud se zaměříme na jednotlivá oddělení, pak tedy na plicním oddělení spolehlivě vede položka méně než 1 měsíc u 30 (74%) hospitalizovaných pacientů. Další položky jsou téměř v rovnováze.

Tabulka č.20: Délky hospitalizací- plicní odd. (N=40)

Délky hospitalizací- plicní odd.		
Délka hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
méně než 1 měsíc	30	74
více než 1 měsíc	4	10
více než 2 měsíce	3	8
více než 3 měsíce	3	8
Celkem	40	100

Graf č. 11. Délky hospitalizací- plicní odd.

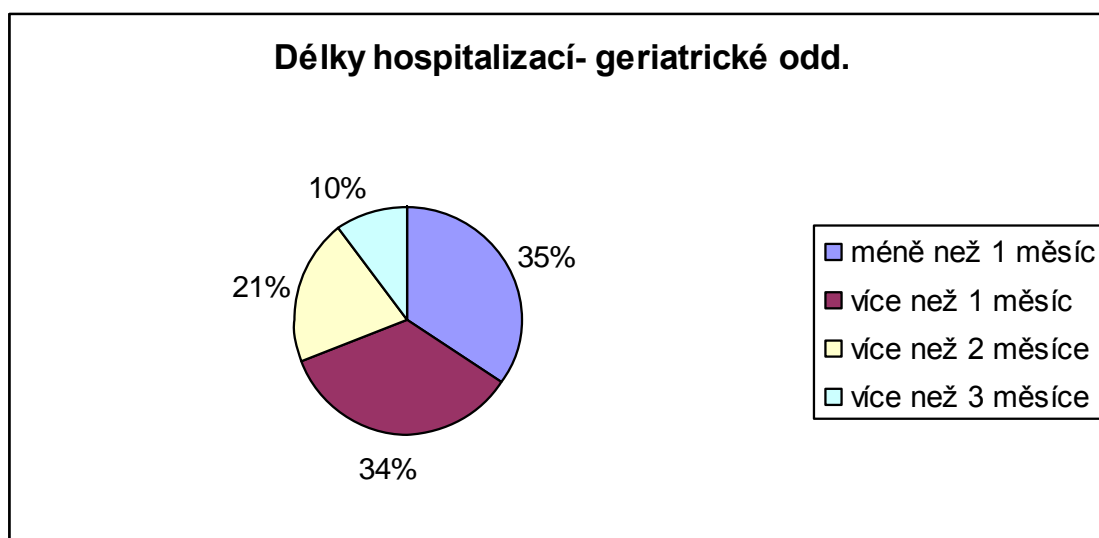


Na geriatrickém oddělení jsou ve shodně položky méně než 1 měsíc a více než jeden měsíc po 10 (35%) hospitalizovaných pacientech. S menším počtem se umístila položka více než 2 měsíce a to u 6 (21%) pacientů a 3 (10%) hospitalizovaní pacienti uvedli položku více jak 3 měsíce.

Tabulka č.21: Délky hospitalizací- geriatrické odd. (N=29)

Délky hospitalizací- geriatrické odd.		
Délka hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
méně než 1 měsíc	10	35
více než 1 měsíc	10	34
více než 2 měsíce	6	21
více než 3 měsíce	3	10
Celkem	29	100

Graf č. 12. Délky hospitalizací- geriatrické odd.

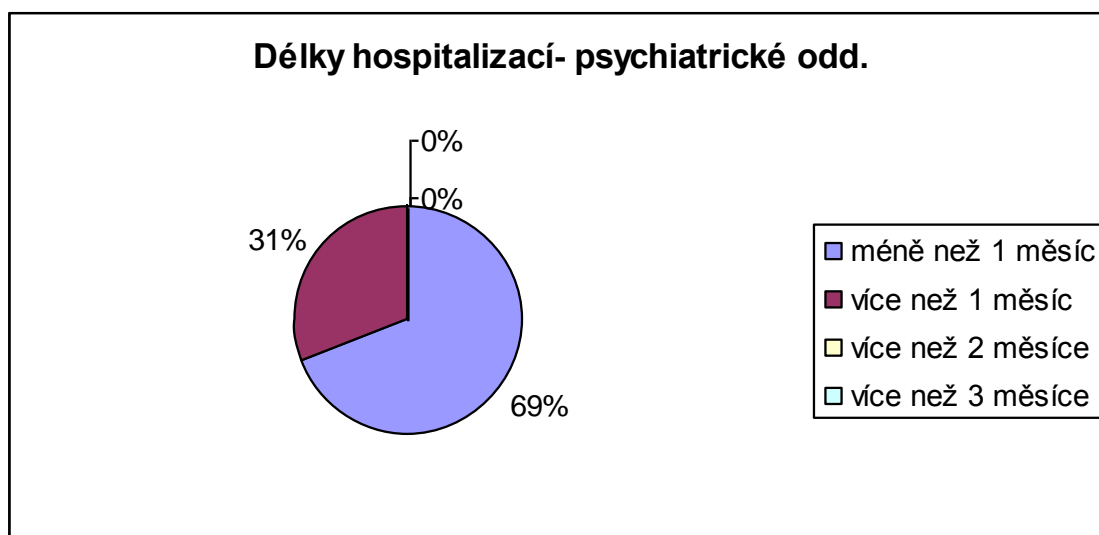


Na psychiatrickém oddělení vede položka méně než 1 měsíc, kterou uvedlo 11 (69%) hospitalizovaných pacientů. Zbýlých 5 (31%) hospitalizovaných pacientů uvedlo položku více než 1 měsíc. Delší doba hospitalizace zde na psychiatrickém oddělení nebyla zaznamenána.

Tabulka č.22: Délky hospitalizací- psychiatrické odd. (N=16)

Délky hospitalizací- psychiatrické odd.		
Délka hospitalizace	celkem pacientů	celkem pacientů v %
méně než 1 měsíc	11	69
více než 1 měsíc	5	31
více než 2 měsíce	0	0
více než 3 měsíce	0	0
Celkem	16	100

Graf č. 13. Délky hospitalizací- psychiatrické odd



2.6.2 Vyhodnocení položek mapující saturaci potřeb

2.6.2.1 Vyhodnocení položky č. 6

6.	Zhodnoťte prosím Váš celkový dojem , jak na Vás působí prostředí oddělení:
	a) jsem zcela spokojen/ a
	b) jsem nespokojen
	pokud nejste spokojen/ a, prosím uveďte s čím: (libovolný počet odpovědí
	<input type="checkbox"/> neútlunost
	<input type="checkbox"/> nečistota
	<input type="checkbox"/> nedostatek květin, výzdoby
	<input type="checkbox"/> nedostatek úložného prostoru pro osobní věci
	<input type="checkbox"/> zastaralé vybavení oddělení
	<input type="checkbox"/> nevýrazné, malé orientační nápisy
<input type="checkbox"/> jiné	

Tabulka č.23: Spokojenost pacientů s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

Srovnání spokojenosti s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.		
a) <u>jsem zcela spokojen/ a, vyhovuje mi</u>		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	30	75,00
Geriatrické odd.	27	93,10
Psychiatrické odd.	11	68,75
Celková průměrná spokojenost pacientů	-----	Ø 78,95
Celkový počet spokojených pacientů	68	80,00

Z vyhodnocené položky č.6 vyplývá, že nejspokojenější s prostředím na oddělení jsou pacienti z geriatrického oddělení a to 27 (93,10%) pacientů. Tento údaj odpovídá nově zrekonstruované budově geriatric. Jeden (3,45%) pacient by si přál více úložného prostoru a jeden (3,45%) pacient by si přál více výzdoby a květin.

Tabulka č.24: Nespokojenost pacientů s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

b) nejsem spokojen			
<u>pokud nejste spokojen/ a, prosím uveďte s čím:</u> (libovolný počet odpovědí)			
	Plicní odd.	Geriatrické odd.	Psychiatrické odd.
absolutní četnosti	10	2	5
relativní četnosti [%]	25,00	6,90	31,25
<input type="checkbox"/> nečistota			
<input type="checkbox"/> nedostatek květin, výzdoby	•	•	
<input type="checkbox"/> nedostatek úložného prostoru pro osobní věci	•	•	
<input type="checkbox"/> zastaralé vybavení oddělení	•		•
<input type="checkbox"/> nevýrazné, malé orientační nápisy			
<input type="checkbox"/> jiné.....			•

Méně spokojeni jsou pacienti plicního oddělení a to 30 (75,00%) pacientů. Tento údaj odpovídá stáří budovy s menšími rekonstrukčními změnami, které se odráží v nespokojenosti hospitalizovaných pacientů se zastaralým vybavením a technickým uspořádáním oddělení. Na tomto oddělení je nespokojeno celkem 10 (25%) pacientů. Nespokojenost pacienti cítí především v oblasti zastaralého vybavení, nedostatku výzdoby a květin a dále pak mají nedostatek úložného prostoru pro osobní věci.

Z psychiatrického oddělení je celkem spokojeno 11 (68,75%) pacientů. Jde o budovu historickou, kde není možná kompletní rekonstrukce. Tato skutečnost odráží míru spokojenosti pacientů s prostředím na oddělení. Celkem 5 (31,25%) pacientů si stěžuje především na zastaralé vybavení oddělení a na bariérové přístupy, které je omezují či jim dokonce brání v pohybu.

Z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů je celkem 68 (80,00%) spokojeno s prostředím na oddělení. Celková průměrná spokojenost pacientů hospitalizovaných na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení s prostředím na oddělení činí 78,95%.

2.6.2.2 Vyhodnocení položky č.7

7.	Zhodnoťte prosím celkově stravu: (jedna odpověď, která převažuje)
	a) jsem spokojen/ a s chutností a množstvím stravy
	b) jsem spokojen/ a s chutností stravy, ale porce považuji za nedostatečné
	c) jsem nespokojen/ a s chutností a množstvím stravy

Tabulka č.25: Spokojenost pacientů s chutností a množstvím stravy na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

Celkové srovnání spokojenosti s chutností a množstvím stravy na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.		
a) <u>jsem spokojen/ a s chutností a množstvím stravy</u>		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	32	80,00
Geriatrické odd.	29	100,00
Psychiatrické odd.	16	100,00
Celková průměrná spokojenost pacientů	-----	Ø 93,33
Celkový počet spokojených pacientů	77	90,59

Na geriatrickém a psychiatrickém oddělení jsou všichni pacienti stoprocentně spokojeni s chutností a množstvím stravy.

Na plicním oddělení je 32 (80,00%) pacientů spokojeno s chutností a množstvím stravy, 7 (17,50%) pacientů uvedlo, že jsou spokojeni s chutností stravy, ale porce považují za nedostateční. Pouhý 1 (2,50%) pacient je nespokojen s chutností a množstvím stravy.

Z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů je celkem 77 (90,59%) spokojeno s množstvím a chutností stravy. Celková průměrná spokojenost pacientů hospitalizovaných na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení s chutností a množstvím stravy činí 93,33 %.

2.6.2.3 Vyhodnocení položky č. 8

8.	Soukromí během celkové hospitalizace považují za:
	a) zcela dostačující
	b) nedostačující v oblasti: (libovolný počet odpovědí)
	<input type="checkbox"/> hygieny
	<input type="checkbox"/> vyprazdňování
	<input type="checkbox"/> oblékání
	<input type="checkbox"/> spánku
	<input type="checkbox"/> v průběhu ošetřování
	<input type="checkbox"/> v průběhu návštěv
<input type="checkbox"/> jiné	

Tabulka č.26: Celkové porovnání spokojenosti pacientů s mírou soukromí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

Celková spokojenost pacientů s mírou soukromí během hospitalizace na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.		
a) zcela dostačující		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	29	72,50
Geriatrické odd.	25	86,21
Psychiatrické odd.	10	62,50
Celková průměrná spokojenost pacientů	-----	Ø 73,74
Celkový počet spokojených pacientů	64	75,29

Na geriatrickém oddělení považuje 25 (86,21%) pacientů soukromí za zcela dostačující. Celkem 4 (13,79%) pacienti si stěžují na nedostatečné soukromí během oblékání, hygieny, spánku, vyprazdňování a v průběhu ošetřování a návštěv.

Na plicním oddělení považuje 29 (72,50%) pacientů soukromí za zcela dostačující. Zbýlých 11 (27,50%) pacientů cítí nedostatek soukromí v oblastech oblékání, hygieny, spánku, vyprazdňování a v průběhu návštěv.

Z psychiatrického oddělení považuje 10 (62,50%) pacientů soukromí za zcela dostačující. Celkem 6 (37,50%) pacientů považuje soukromí za nedostačující v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání a v průběhu návštěv.

Tabulka č.27: Nespokojenost pacientů s mírou soukromí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

b) <u>nedostačující v oblasti:</u>			
<u>pokud nejste spokojen/ a, prosím uveďte s čím:</u> (libovolný počet odpovědí)			
	Plicní odd.	Geriatrické odd.	Psychiatrické odd.
absolutní četnosti	11	4	6
relativní četnost fi [%]	27,50	13,79	37,50
<input type="checkbox"/> hygieny	•	•	•
<input type="checkbox"/> vyprazdňování	•	•	•
<input type="checkbox"/> oblékání	•	•	•
<input type="checkbox"/> spánku	•	•	
<input type="checkbox"/> v průběhu ošetřování		•	
<input type="checkbox"/> v průběhu návštěv	•	•	•
<input type="checkbox"/> jiné			

Z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů je celkem 64 (75,29%) spokojeno s mírou soukromí v době hospitalizace. Celková průměrná spokojenost pacientů hospitalizovaných na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení s mírou soukromí činí 73,74 %.

2.6.2.4 Vyhodnocení položky č. 9

9.	Jak trávíte volný čas v době hospitalizace?
	a) zabavím se: (libovolný počet odpovědí)
	<input type="checkbox"/> spánkem <input type="checkbox"/> četbou knih/ časopisů <input type="checkbox"/> sledováním TV
	<input type="checkbox"/> poslech rádia <input type="checkbox"/> procházkami <input type="checkbox"/> návštěvami
	<input type="checkbox"/> luštěním křížovek <input type="checkbox"/> ručními pracemi <input type="checkbox"/> využívám pracovní dílny
	<input type="checkbox"/> hraji společenské hry se spolupacienty <input type="checkbox"/> jiné.....
	b) nemám o nic zájem, nic mě nebaví, nechci se zabavit
c) nijak, nudím se, uvítal bych více nabízených činností ze strany personálu, např.....	

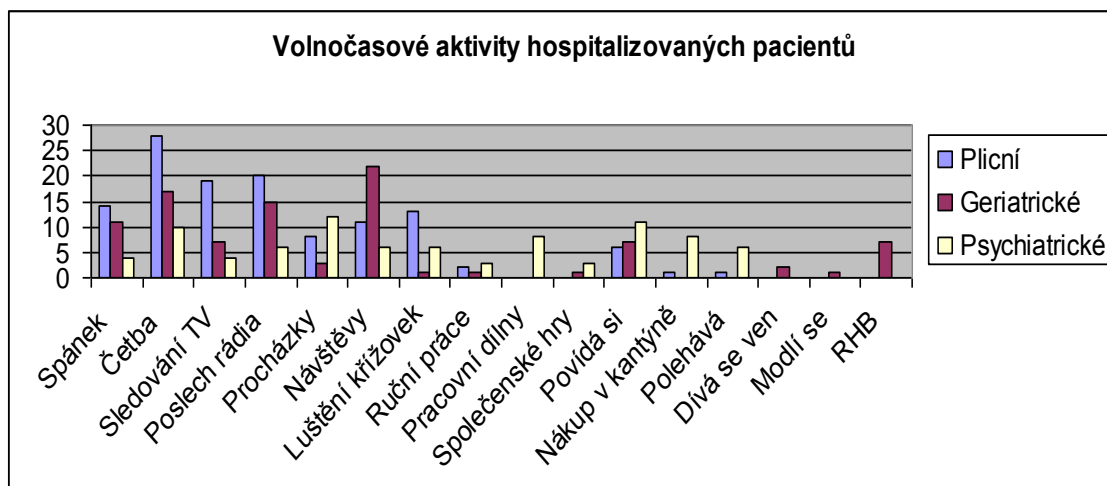
Tabulka č.28: Spokojenost pacientů s využitím volného času v době hospitalizace na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

Celkové zhodnocení spokojenosti pacientů zabavení se a využití volného času v době hospitalizace na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.		
a) <u>zabavím se</u>		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	40	100,00
Geriatrické odd.	29	100,00
Psychiatrické odd.	15	93,75
Celková průměrná spokojenost pacientů	-----	Ø 97,92
Celkový počet spokojených pacientů	84	98,82

Na plicním a geriatrickém oddělení se všichni pacienti umí zabavit a využít volný čas. Zde si pacienti nejraději čtou, sledují TV, poslouchají rádio a vítají návštěvy. Na psychiatrickém oddělení 15 (93,75%) umí zabavit a pouze 1 (6,25%) pacientka nemá o nic zájem a nechce se zabavit. Zde si pacienti nejraději povídají a chodí na procházky.

Z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů celkem 84 (98,82%) se umí zabavit a využít volný čas, žádný oslovený pacient nemá potřebu žádat personál o pomoc při zabavení se a 1 (1,18%) pacientka ze všech oslovených pacientů nemá o nic zájem a nechce se zabavit. Celková průměrná hodnota saturace potřeb v oblasti volného času tak činí 97,92% spokojenosti dotázaných.

Graf č. 14. Přehled nejoblíbenějších volnočasových aktivit dle typu oddělení



2.6.2.5 Vyhodnocení položky č. 10

10.	Zhodnoťte prosím noční klid na oddělení po dobu Vaší hospitalizace:
	(odpověď, která převažuje): a) nejsem rušen/ a nikým a ničím
	b) jsem rušen/ a
	pokud jste rušen/ a, uveďte čím: <input type="checkbox"/> zdravotnický personál
	<input type="checkbox"/> spolupacienti
	<input type="checkbox"/> dění na oddělení
<input type="checkbox"/> jiné	

Tabulka č.29: Spokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

Celková spokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení		
a) <u>nejsem rušen/ a nikým a ničím</u>		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	30	75,00
Geriatrické odd.	24	82,76
Psychiatrické odd.	15	93,75
Celková průměrná spokojenost pacientů	-----	Ø 83,84
Celkový počet spokojených pacientů	69	81,18

Tabulka č.30: Nespokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

b) <u>jsem rušen/ a:</u> pokud jste rušen/ a, uveďte s čím: (libovolný počet odpovědí)			
	Plicní odd.	Geriatrické odd.	Psychiatrické odd.
absolutní četnost ni	10	5	1
relativní četnost fi [%]	25,00	17,24	6,25
<input type="checkbox"/> zdravotnický personál			
<input type="checkbox"/> spolupacienti	•	•	•
<input type="checkbox"/> dění na oddělení		•	
<input type="checkbox"/> jiné			

V této položce jsou nejspokojenější pacienti z psychiatrického oddělení, kdy 15 (93,75%) pacientů není během nočního klidu nikým a ničím rušeno. Pouze 1 (6,25%) pacient je rušen spolupacientem.

Na geriatrickém oddělení není nikým a ničím rušeno celkem 24 (82,76%) pacientů. Spolupacienty jsou rušeni 3 (10,34%) pacienti a dění na oddělení ruší celkem 2 (6,90%) pacienty.

Na plicním oddělení je nejnižší spokojenost s nočním klidem na oddělení. Zde je spokojeno 30 (75,00%) pacientů. A 10 (25,00%) pacientů si stěžuje na rušení nočního klidu spolupacienty. Tento fakt je dán především velkými pokoji, kde se nachází více jak tři pacienti a navzájem se ruší svými zdravotními potížemi.

Z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů je celkem 69 (81,18%) oslovených pacientů spokojeno s nočním klidem na oddělení. Celková průměrná spokojenost pacientů hospitalizovaných na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení s mírou nočního klidu na oddělení činí 83,84 %.

2.6.2.6 Vyhodnocení položky č. 11

11.	Víra:a) nejsem věřící
	b) jsem věřící, římskokatolické vyznání
	pokud jste věřící: (vyberte jednu odpověď)
	<input type="checkbox"/> nemám potřebu víry ve zdravotnickém zařízení
	<input type="checkbox"/> uvítal/ a bych osobní kontakt kněze u lůžka
	<input type="checkbox"/> bohoslužby konané 2x týdně považuji za dostačující
	<input type="checkbox"/> bohoslužby konané 2x týdně považuji za nedostačující, přála bych si bohoslužby ... x týdně
	<input type="checkbox"/> jiné
c) jsem věřící jiného vyznání a přál/ a bych si.....	

Tabulka č.31: Spokojenost pacientů se saturací potřeb v oblasti náboženství-
plicní odd.

Četnost návštěv plicních, geriatrických a psychiatrických pacientů na konaných bohoslužbách v OLÚ Albertinum Žamberk		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	0	0,00
Geriatrické odd.	6	20,69
Psychiatrické odd.	1	6,25
Návštěvnost pacientů na bohoslužbách	7	8,24

Největší zastoupení 6 (20,69%) pacientů, kteří navštěvují bohoslužby konané v OLÚ Albertinum Žamberk, jsou pacienti, dle očekávání, z geriatrického oddělení. Na psychiatrickém oddělení se nacházel pouze 1 (6,25%) pacient a z plicního oddělení nenavštěvoval žádný pacient bohoslužby.

Na plicním oddělení je 18 (45,00%) pacientů, kteří jsou nevěřící, stejný počet pacientů je věřících bez potřeby víry ve zdravotnickém zařízení a 4 (10,00%) pacienti uznávají jiné náboženství a nemají potřebu víry ve zdravotnickém zařízení.

Na geriatrickém oddělení celkem 4 (13,79%) pacienti jsou bez vyzvání, 19 (65,52%) pacientů je věřících bez potřeby víry ve zdravotnickém zařízení. Pacienti jiného náboženského vyznání se zde nenacházejí.

Psychiatrické oddělení je zastoupeno 10 (62,50%) pacienty, kteří jsou bez náboženského vyzvání. Celkem 5 (31,25%) pacientů je věřících bez potřeby víry ve zdravotnickém zařízení. Pacienti jiného náboženského vyznání se zde nenacházejí.

Celková četnost návštěv bohoslužeb konaných v OLÚ Albertinum Žamberk činí 7(8,24%) hospitalizovaných pacientů z výběrového souboru 85-ti pacientů.

Tabulka č.32: Saturace potřeb v oblasti náboženství

Spokojenost pacientů se saturací potřeb v oblasti náboženství			
Víra:	Plicní odd.	Geriatrické odd.	Psychiatrické odd.
a) nejsem věřící			
absolutní četnost ni	18	4	10
relativní četnost fi [%]	45,00	13,79	62,50
b) jsem věřící, římskokatolické vyznání a nemá potřebu víry ve zdr. zařízení			
absolutní četnost ni	18	19	5
relativní četnost fi [%]	45,00	65,52	31,25
c) jsem věřící jiného vyznání a přál/ a bych si			
absolutní četnost ni	4	-----	-----
relativní četnost fi [%]	10,00	-----	-----

2.6.2.7 Vyhodnocení položky č. 12

	Zhodnoťte prosím celkovou spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí během Vaší hospitalizace:
12.	a) jsem zcela spokojen/ a
	b) nejsem spokojen/ a
	pokud nejste spokojen/ a, uveďte prosím s čím: (libovolný počet odpovědí)
	<input type="checkbox"/> personál tráví nedostatek času s pacienty
	<input type="checkbox"/> nebyly plněny Vaše potřeby, jak jste potřeboval/ a
	<input type="checkbox"/> nevyhovující přístup personálu k pacientům
	<input type="checkbox"/> nedostatek informací o
	<input type="checkbox"/> cítím nedůvěru k personálu
	<input type="checkbox"/> jiné

Tabulka č.33: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

Celkový poměr spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na daných odděleních		
a) jsem zcela spokojen/ a		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	39	97,50
Geriatrické odd.	27	93,10
Psychiatrické odd.	15	93,75
Celková průměrná spokojenost pacientů	-----	Ø 94,78
Celkový počet spokojených pacientů	81	95,29

Tabulka č.34: Nespokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.

b) <u>jsm nespokojen/ a:</u>			
<u>pokud nejste spokojen/ a, uveďte prosím s čím:</u> (libovolný počet odpovědí)			
	Plicní odd.	Geriatrické odd.	Psychiatrické odd.
absolutní četnosti	1	2	1
relativní četnosti [%]	2,50	6,90	6,25
<input type="checkbox"/> personál tráví nedostatek času s pacienty		•	•
<input type="checkbox"/> nebyly plněny Vaše potřeby, jak jste potřeboval/ a			
<input type="checkbox"/> nevyhovující přístup personálu k pacientům			
<input type="checkbox"/> nedostatek informací o	•		
<input type="checkbox"/> cítím nedůvěru k personálu			
<input type="checkbox"/> jiné			

Na psychiatrickém oddělení je 15 (93,75%) pacientů spokojeno s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Jeden (6,25%) pacient by uvítal více času stráveného s personálem.

Pacienti na plicním oddělení obsadili druhou příčku spokojenosti. Zde kladně odpovědělo 39 (97,50%) pacientů a 1 (2,50%) pacient udává nespokojenost v oblasti informací o průběhu hospitalizace.

Na geriatrickém oddělení uvádí spokojenost 27 (93,10%) pacientů. Nespokojeni jsou 2 (6,90%) pacienti, kteří cítí deficit ve společně stráveném času s personálem. Přáli by si více kontaktu a více možností k pohovoru.

Z výběrového souboru 85-ti pacientů je celkem 81 (95,29%) oslovených pacientů spokojeno s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Průměrná spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí činí 94,78%.

2.6.2.8 Vyhodnocení položky č. 13

13.	Pokud by si Váš zdravotní stav žádal další hospitalizaci:
	a) zvolil/ a bych si opět OLÚ Albertinum Žamberk
	b) rozmyslel/ a bych, zda si opět zvolím OLÚ Albertinum Žamberk
	c) nezvolila bych si opět OLÚ Albertinum Žamberk

Tabulka č.35: Opakovaná volba zdravotnického zařízení

Celkové vyhodnocení volby opakované hospitalizace pacientů z daných odd.		
a) zvolil/ a bych si opět OLÚ Albertinum Žamberk		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	31	77,50
Geriatrické odd.	23	79,31
Psychiatrické odd.	16	100,00
Pacienti, kteří by si opět zvolili OLÚ Albertinum	70	82,35

Tabulka č.36: Pacienti, kteří by zvažovali hospitalizaci opět v OLÚ Albertinum

Celkové vyhodnocení volby opakované hospitalizace pacientů z daných odd.		
b) rozmyslel/ a bych, zda si opět zvolím OLÚ Albertinum Žamberk		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	9	22,50
Geriatrické odd.	4	13,79
Psychiatrické odd.	0	0
Celkem/ průměr	13	15,29

Na psychiatrickém oddělení by si opět všichni pacienti ve stoprocentech zvolili hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

Celkem 23 (79,31%) pacientů z geriatrického oddělení by si opět zvolila hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal. Zbylý 4 (13,79%) pacienti by rozmýšleli a 2 (6,90 %) pacienti by si už nezvolili hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, i přesto, že by si to jejich zdravotní stav žádal a dali by přednost jinému zdravotnickému zařízení.

Na plicním oddělení by si 31 (77,50%) pacientů opět zvolilo hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal. Zbylých 9 (22,50%) pacientů by rozmýšlelo, zda si opět zvolí hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal. Zde se nenachází žádný pacient, který by si zcela určitě nezvolil hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jeho zdravotní stav žádal.

Celkem z výběrového souboru by si opět 70 (82,35%) hospitalizovaných pacientů zvolilo OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal. Dalších 13 (15,29%) hospitalizovaných pacientů by se rozmýšlelo, zda si opět zvolí OLÚ Albertinum Žamberk a zbylý 2 (2,35%) hospitalizovaní pacienti by si již nikdy nezvolili OLÚ Albertinum Žamberk, i přesto, že by si to jejich zdravotní stav žádal.

2.6.2.9 Vyhodnocení položky č. 14

14.	Pokud by byla nutná hospitalizace Vašich blízkých na některém z našich oddělení:
	a) doporučil/ a bych jim OLÚ Albertinum Žamberk
	b) váhal/ a bych, zda jim doporučím OLÚ Albertinum Žamberk
	c) nedoporučila bych jim OLÚ Albertinum Žamberk

Tabulka č.37: Doporučení OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým

Celkové vyhodnocení doporučení pacientů hospitalizace svým blízkým v OLÚ Albertinum Žamberk		
a) <u>doporučil/ a bych jim OLÚ Albertinum Žamberk</u>		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	35	87,50
Geriatrické odd.	23	79,31
Psychiatrické odd.	14	87,50
Celkem pacientů by doporučilo	72	84,77

Tabulka č.38: Doporučení OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým

Celkové vyhodnocení doporučení pacientů hospitalizace svým blízkým v OLÚ Albertinum Žamberk		
b) <u>Váhal/ a bych, zda jim doporučím OLÚ Albertinum Žamberk</u>		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	5	12,50
Geriatrické odd.	4	13,79
Psychiatrické odd.	2	12,50
Celkem pacientů by váhalo	11	12,94

Na plicním oddělení celkem 35 (87,50%) pacientů by doporučilo a 5 (12,50%) pacientů by váhalo, zda doporučí svým blízkým hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

Na geriatrickém oddělení by 23 (79,31%) pacientů doporučilo, 4 (13,79%) pacientů by váhalo a 2 (6,90%) pacienti by dokonce nedoporučily svým blízkým hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

Na psychiatrickém oddělení by 14 (87,50%) pacientů doporučilo a 2 (12,50%) pacienti by váhali, zda doporučí svým blízkým hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, pokud by si to jeho zdravotní stav žádal.

Celkem z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů by doporučilo 72 (84,77%) hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým. Dalších 11 (12,94%) hospitalizovaných pacientů by váhalo, zda doporučí hospitalizaci a dokonce zbylý 2 (2,35%) hospitalizovaní pacienti by nedoporučili hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým vůbec.

2.6.2.10 Vyhodnocení položky č. 15

15.	Zhodnoťte prosím známkou jako ve škole Vaší celkovou spokojenost s nynější hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk:
	1- výborný
	2- chvalitebný
	3- dobrý
	4- dostatečný
	5- nedostatečný

Tabulka č.39: Klasifikace známkou 1

Klasifikace známkou 1 na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	21	52,50
Geriatrické odd.	17	58,62
Psychiatrické odd.	10	62,50
Celkem by klasifikovalo známkou 1	48	56,47

Tabulka č.40: Klasifikace známkou 2

Klasifikace známkou 2 na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.		
Oddělení	absolutní četnost ni	relativní četnost fi [%]
Plicní odd.	16	40,00
Geriatrické odd.	10	34,48
Psychiatrické odd.	6	37,50
Celkem by klasifikovalo známkou 2	32	37,65

Na plicním oddělení celkem 21 (52,50%) pacientů klasifikovalo celkovou spokojenost s hospitalizací známkou 1. Známkou 2 klasifikovalo celkem 16 (40,00%) pacientů. Známkou 3 zvolili 2 (5,00%) a známku 4 by zvolil 1 (2,50%) pacient. Známkou 5 by neklasifikoval žádný pacient.

Na geriatrickém oddělení celkem 17 (58,62%) pacientů klasifikovalo spokojenost s hospitalizací známkou 1. Známkou 2 klasifikovalo celkem 10 (34,48%) pacientů. Známkou 3 klasifikoval 1 (3,45%) pacient a známku 4 dal také 1 (3,45%) pacient.

Na psychiatrickém oddělení známkou 1 ohodnotilo spokojenost s nynější hospitalizací celkem 10 (62,50%) pacientů a známku 2 zvolilo 6 (37,50%) pacientů. Horší známka zde nenašla své umístění.

Z výběrového souboru 85-ti hospitalizovaných pacientů 48 (56,47%) udělilo známku 1, celkem 32 (37,65%) hospitalizovaných pacientů udělilo známku 2. Další 3 (3,53%) hospitalizovaní klasifikovali známkou 3 a zbylí 2 (2,35%) hospitalizovaní pacienti klasifikovali známkou 4. Známkou 5 žádný pacient nehodnotil ošetrovatelskou péčí.

2.6.2.11 Vyhodnocení položky č. 16

16. Dodal/ a by jste něco, o čem jsme nehovořili?.....

V této položce měli pacienti volný prostor ke komunikaci a měli možnost hovořit o všem, co nebylo zmíněno v polostrukturovaném rozhovoru.

Tabulka č.41: Přehled dodatečných informací, které pacienti v závěru rozhovoru doplnili

Přehled dodatečných informací, které pacienti v závěru rozhovoru doplnili:			
Oddělení	Plicní odd.	Geriatrické odd.	Psychiatrické odd.
Dodatečné informace			
Větší šatní skříň		•	
Rádio na pokoji		•	
TV na pokoji		•	
Pojízdná kantýna	•	•	•
Teplejší strava			
Menší porce jídla		•	
Větší výběr společenských her		•	
Lampička u lůžka	•		
Noční malé světlo	•		
Více zásuvek lépe umístěných	•		
Zrcadla umístěna mimo umyvadel	•		
Zajistit světla nad lůžky	•		
Větší kapacita sociálních zařízení	•		
Pracovní terapie v odpoledních hodinách			•
Menší pokoje s méně pacienty	•		
Paraván k zajištění soukromí	•		
Více barev	•		
Novější postele	•		•
Více možností pohovorů s personálem			•
Modernizace sociálních zařízení	•		•
Lepší pracovní podmínky pro zdravotní sestry	•		•

2.7 Vyhodnocení hypotéz

2.7.1 Hlavní, východisková hypotéza

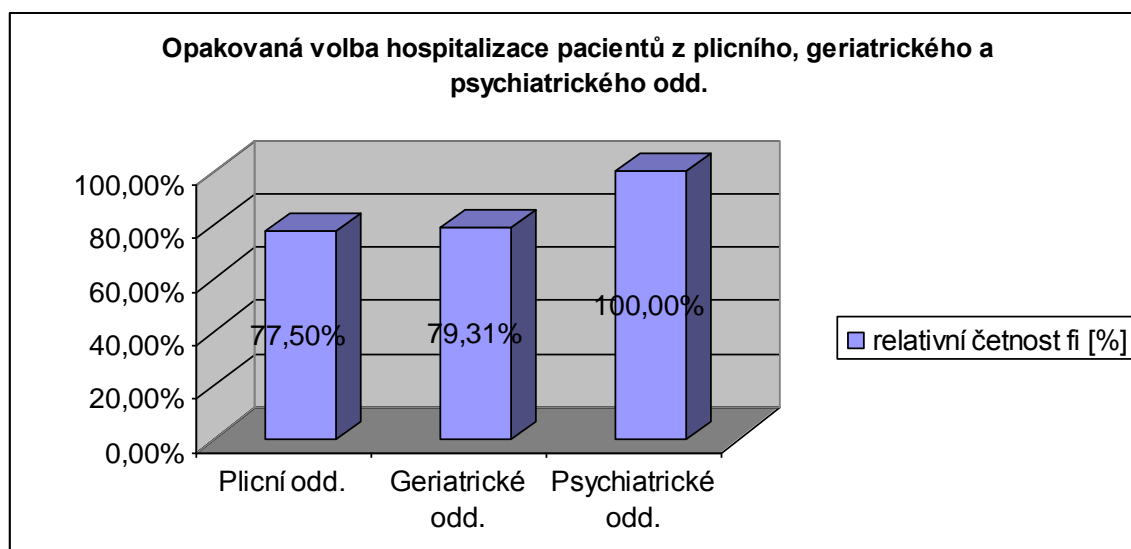
H- Pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk.

Východisková hypotéza se mi potvrdila. Pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk.

2.7.2 Pracovní hypotézy

h₁- Předpokládám, že většina pacientů ze všech tří typů oddělení by dala přednost hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk, před jiným zdravotnickým zařízením, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

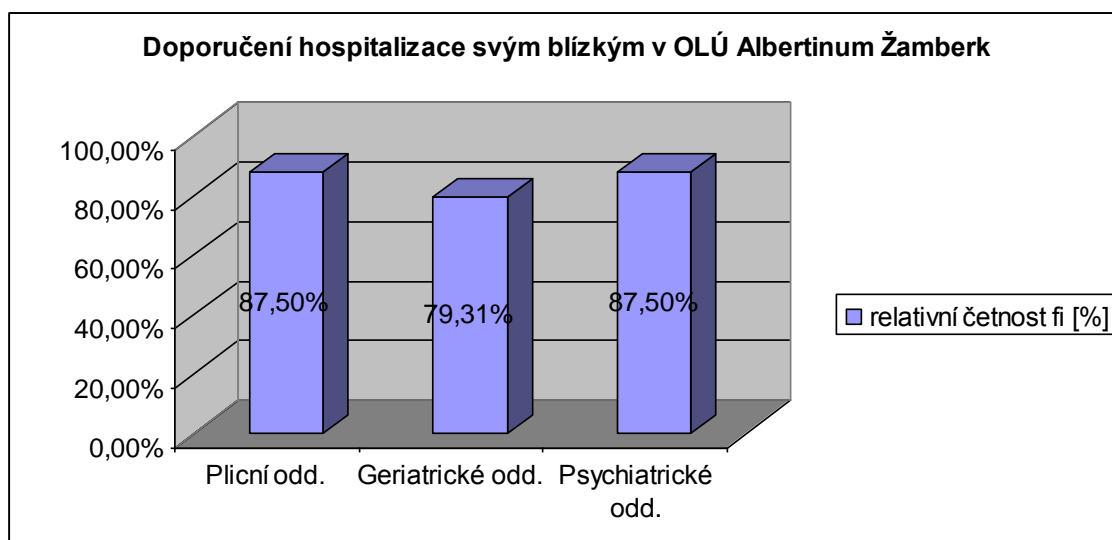
Graf č. 15. Opakovaná volba hospitalizace pacientů z plicního, geriatrického a psychiatrického odd.



Tato hypotéza se mi potvrdila. Z plicního oddělení by se tak rozhodlo 31 (77,50%) pacientů, z geriatrického oddělení 23 (79,31%) pacientů a z psychiatrického oddělení 16 (100,00%) pacientů.

h2- Předpokládám, že většina pacientů ze všech tří typů oddělení by doporučila hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým, pokud by to vyžadoval jejich zdravotní stav, než menšina pacientů, kteří by nedoporučovali hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým.

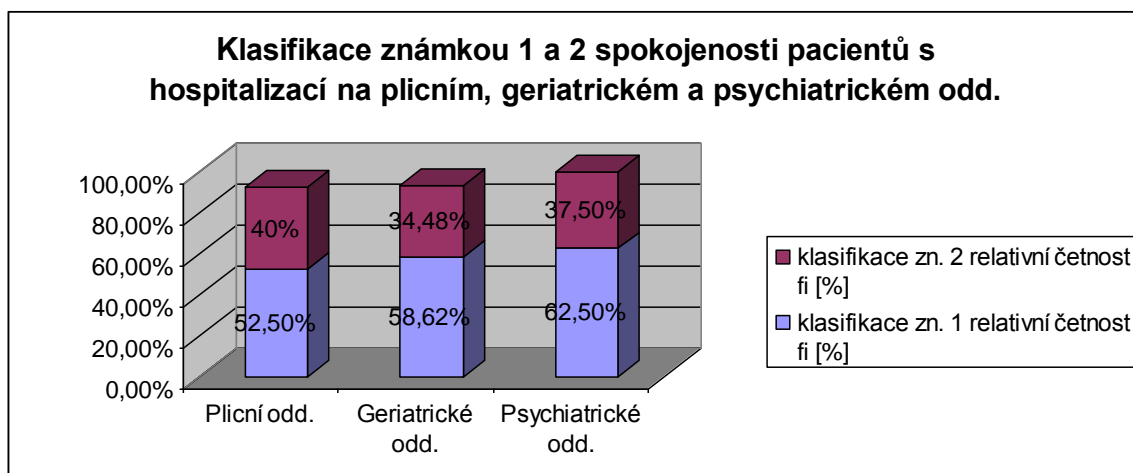
Graf č. 16. Doporučení hospitalizace svým blízkým v OLÚ Albertinum Žamberk



Tato hypotéza se mi potvrdila. Z plicního oddělení by doporučilo 35 (87,50%) pacientů, z geriatrického oddělení by doporučilo 23 (79,31%) pacientů a z psychiatrického oddělení by doporučilo 14 (87,50%) pacientů svým blízkým hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk..

h3- Předpokládám, že většina pacientů ze všech tří typů oddělení oznámkuje celkovou spokojenost s nynější hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk známkou 2, než menšina pacientů ze všech tří typů oddělení, kteří oznámkuje spokojenost s nynější hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk známkou 1.

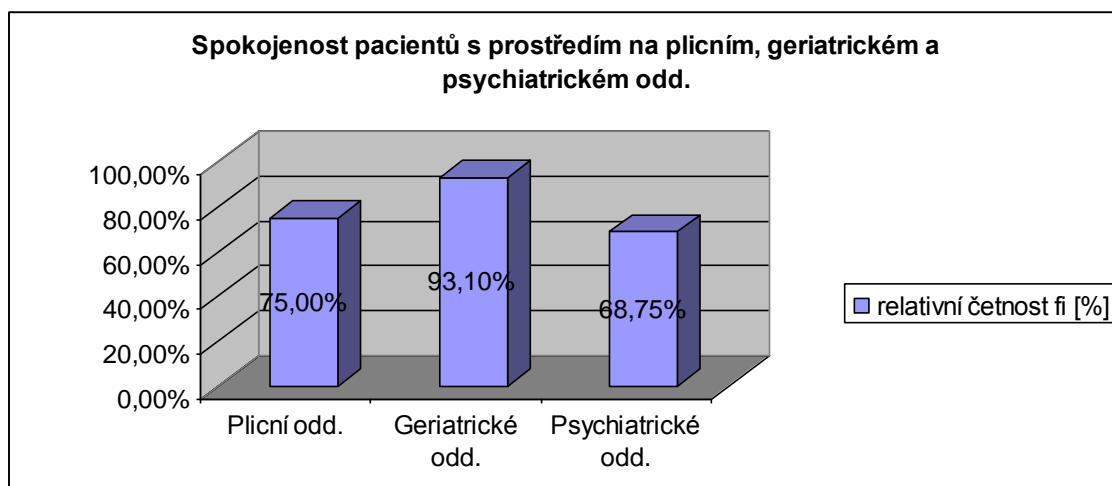
Graf č. 17. Klasifikace známkou 1 a 2 spokojenosti pacientů s hospitalizací na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.



Tato hypotéza se mi nepotvrdila. K naší velké spokojenosti většina pacientů klasifikovala spokojenost s hospitalizací známkou 1. Pacienti z plicního oddělení klasifikovali známkou 1 ve 21 (52,50%) případech a známkou 2 v 16 (40,00%) případech. Celkem 17 (58,62%) pacientů z geriatrického oddělení udělilo známkou 1 a známkou 2 udělilo 10 (34,48%) pacientů. Celkem 10 (62,50%) pacientů z psychiatrického oddělení udělilo známkou 1 a 6 (37,50%) pacientů udělilo známkou 2.

h4- Pacienti z plicního a geriatrického oddělení jsou spokojenější s prostředím na oddělení než pacienti z psychiatrického oddělení.

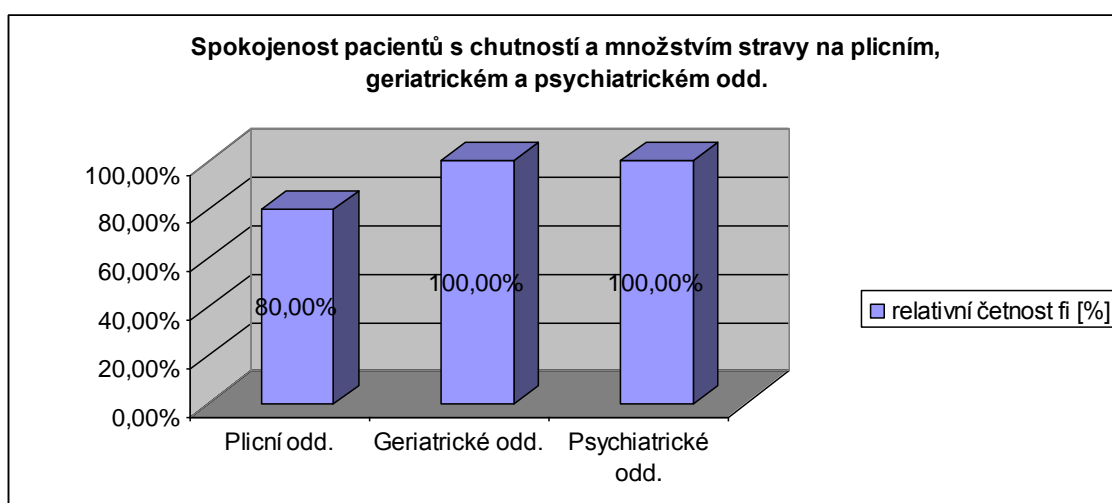
Graf č. 18. Spokojenost pacientů s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.



Tato hypotéza se mi potvrdila. Celkem 30 (75,00%) pacientů z plicního oddělení a 27 (93,10%) pacientů z geriatrického oddělení je spokojeno s prostředím na oddělení. Na psychiatrickém oddělení je celkem 11 (68,75%) pacientů spokojeno s prostředím na oddělení.

h5- Pacienti z geriatrického oddělení jsou více spokojeni s chutností a množstvím stravy než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

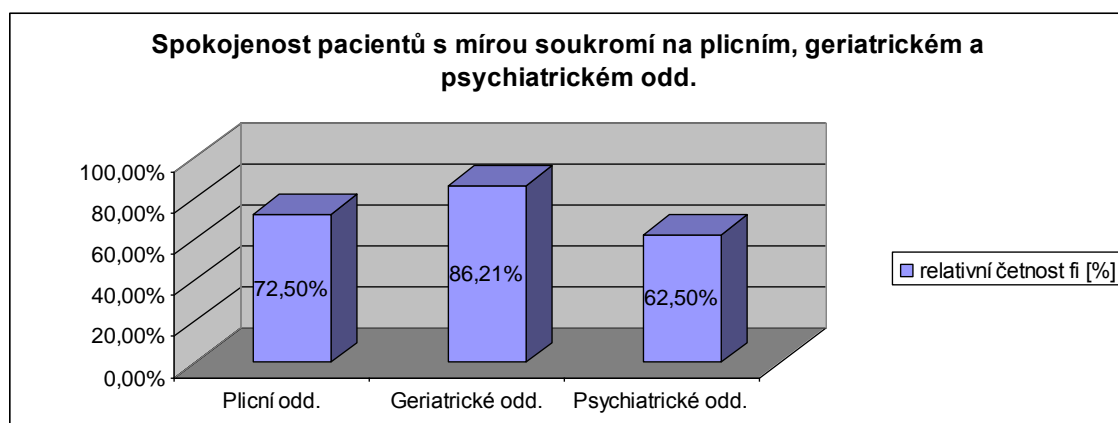
Graf č. 19. Spokojenost pacientů s chutností a množstvím stravy na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.



Tato hypotéza se mi potvrdila částečně. Stoprocentní spokojenost s chutností a množstvím stravy udávají pacienti z geriatrického, ale i z psychiatrického oddělení. Celkem 30 (80,00%) pacientů z plicního oddělení je spokojeno s chutností a množstvím stravy.

h₆- Pacienti z geriatrického oddělení považují častěji soukromí za dostatečné, než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

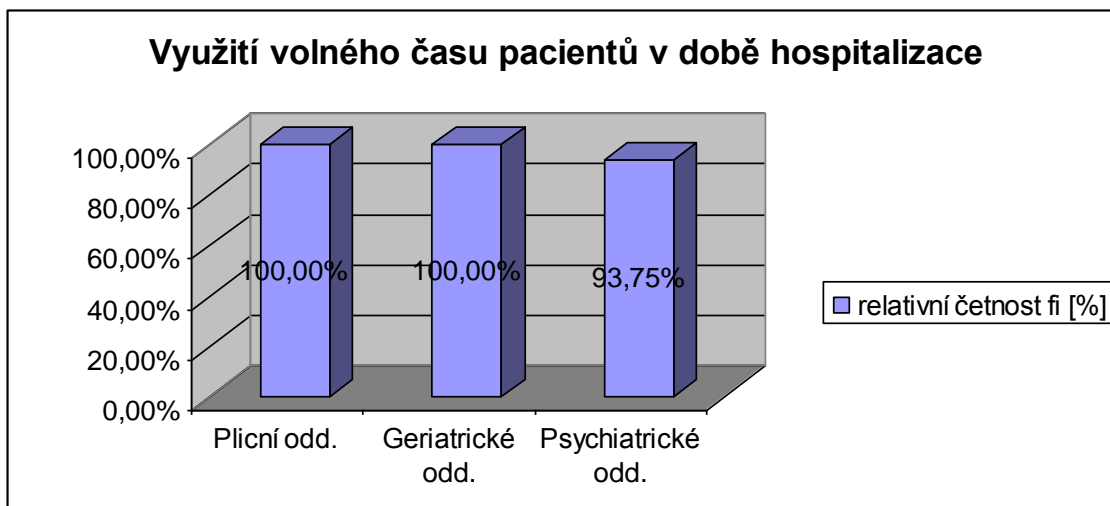
Graf č. 20. Spokojenost pacientů s mírou soukromí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.



Tato hypotéza se mi potvrdila. Celkem 25 (86,21%) pacientů z geriatrického oddělení považují soukromí za zcela dostačující. Z plicního oddělení 29 (72,50%) pacientů a z psychiatrického oddělení 10 (62,50%) pacientů považují soukromí za zcela dostatečné.

h7- Pacienti z geriatrického oddělení by uvítali více nabízených činností ze strany personálu k vyplnění volného času, než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

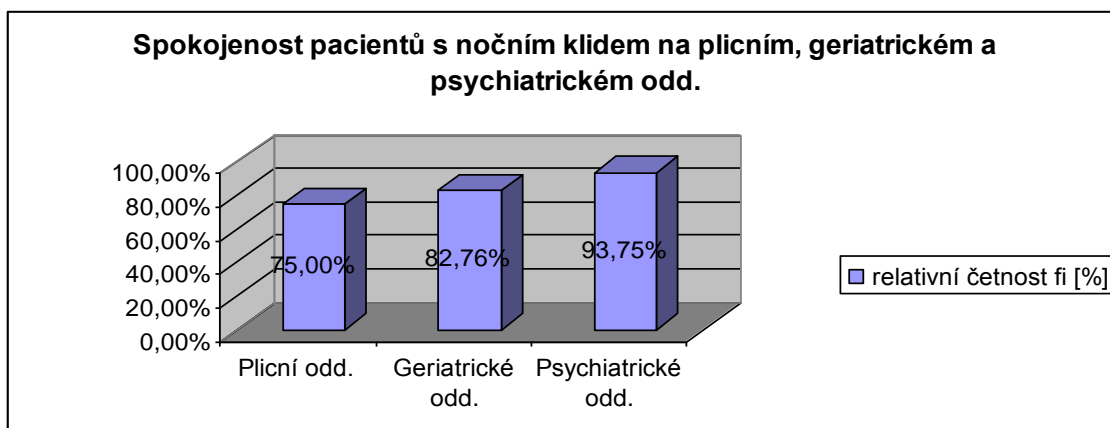
Graf č. 21. Využití volného času pacientů v době hospitalizace



Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Pacienti z geriatrického a současně z plicního oddělení se ve stoprocentech umí zabavit a využít volný čas. Na psychiatrickém oddělení se pouze 1 (6,25%) pacientka neumí zabavit a nemá o nic zájem, nic jí nebaví.

h8- Pacienti hospitalizovaní na plicním oddělení si méně často stěžují na rušení nočního klidu na oddělení, než pacienti z geriatrického a psychiatrického oddělení.

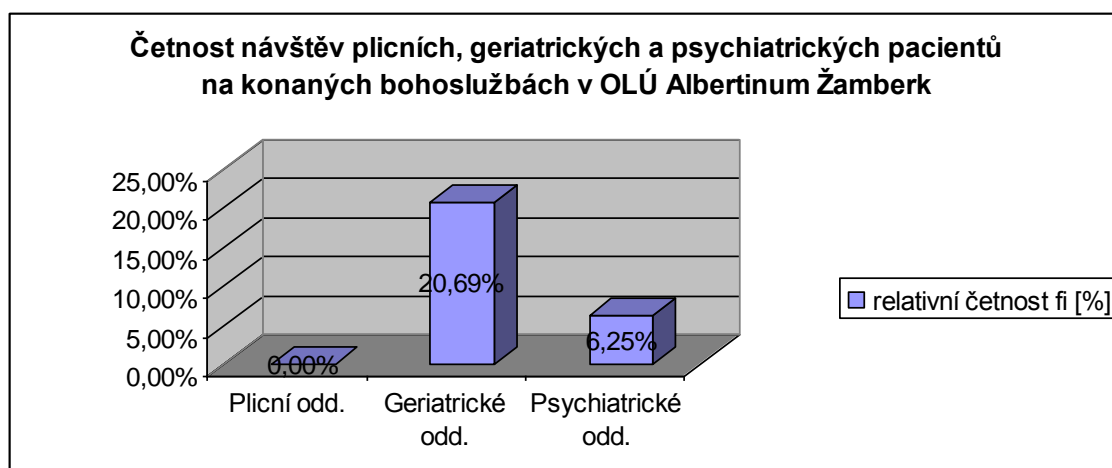
Graf č. 22. Spokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.



Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Nejméně často jsou rušeni pacienti z psychiatrického oddělení a to uvedlo celkem 15 (93,75%) pacientů. Celkem 24 (82,76%) pacientů z geriatrického a 30 (75,00%) pacientů z plicního oddělení jsou spokojeni s nočním klidem na oddělení.

h9- Pacienti z geriatrického oddělení častěji navštěvují konané bohoslužby v areálu OLÚ Albertinum Žamberk, než pacienti z plicního a psychiatrického oddělení.

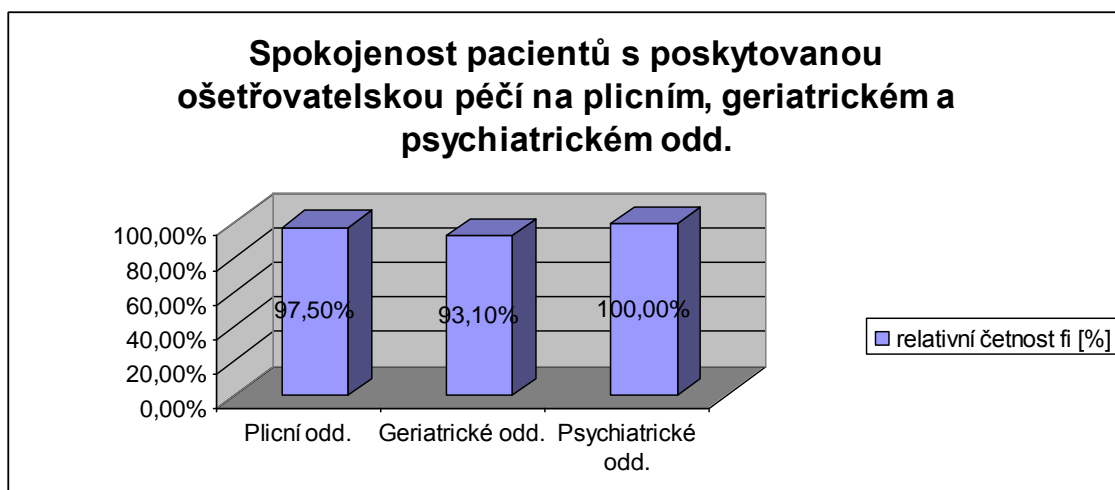
Graf č. 23. Četnost návštěv plicních, geriatrických a psychiatrických pacientů na konaných bohoslužbách v OLÚ Albertinum Žamberk



Tato hypotéza se mi potvrdila. Celkem 6 (20,69%) pacientů z plicního oddělení a pouhý 1 (6,25%) z psychiatrického oddělení navštěvuje konané bohoslužby. Z plicního oddělení nenavštěvuje žádný pacient bohoslužby konané v areálu v OLÚ Albertinum Žamberk.

h10- Pacienti z plicního a psychiatrického oddělení jsou více spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, než pacienti z geriatrického oddělení.

Graf č. 24. Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení



Tato hypotéza se mi potvrdila. Stoprocentní spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí udává psychiatrické oddělení. Další pozici zaujímá plicní oddělení, kde je 39 (97,50%) pacientů spokojeno a nejmenší spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí má geriatrické oddělení, kde tuto skutečnost uvedlo 27 (93,10%) pacientů.

2.8 Závěr výzkumného šetření

Průběh výzkumného šetření probíhal přísně dle předem stanovených kritérií a dle předepsaných požadavků přímo k osobě výzkumníka samotného. Kritériem mého výzkumného šetření bylo získat validní informace a tím závěr výzkumného šetření se stal skutečně objektivní.

Cílem výzkumného šetření bylo mapovat saturaci potřeb hospitalizovaných pacientů během přijímání ošetrovatelské péče. Východisková hypotéza zněla: Pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk. Východisková hypotéza se mi potvrdila a skutečně pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Pracovních hypotéz jsem si stanovila celkem deset. Pracovní hypotézy č. 1, 2, 4, 6 a 9 se mi potvrdily, hypotézy č. 3, 7, 8 a 10 se mi nepotvrdily a hypotéza č. 5 se potvrdila částečně. Cíl výzkumného šetření byl splněn, byla zmapována saturace potřeb pacientů na jmenovaných odděleních.

Na plicním oddělení pacienti často odhalovali nedostatky především v oblasti zastaralého vybavení a uspořádání oddělení, cítili nedostatky v saturaci potřeb v oblasti soukromí, v oblasti hygieny, vyprazdňování, oblékání, návštěv a spánku. Tento fakt je dán velkým počtem pacientů na pokoji, kde se jich nachází až osm. S poskytovanou ošetrovatelskou péčí jsou pacienti spokojeni. V oblasti stravování jsou pacienti také spokojeni, ale uvítali by větší porce jídel. Většina pacientů by si opět zvolila a doporučila by hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk

Na geriatrickém oddělení jsou pacienti spokojeni s prostředím, ale cítí deficit v oblasti soukromí, hygieny, vyprazdňování a oblékání. Tato skutečnost souvisí především s častou poruchou mobility, kdy pacienti jsou omezeni pohybem či jsou zcela upoutáni na lůžko. Nejsou schopni samostatné sebepéče a tím se stávají závislí na pomoci zdravotnického personálu. Během nočního klidu jsou pacienti rušeni nejčastěji spolupacienty a děním na oddělení, což lze předpokládat z důvodu možných poruch spánku a stavů dezorientace vzhledem ke stáří hospitalizovaných pacientů. Se stravou jsou zde pacienti velmi spokojeni, ale přáli by si menší porce a teplejší stravu. Ale i zde

na tomto oddělení by si opět většina pacientů zvolili hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk a doporučili by ji i svým blízkým, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

Na psychiatrickém oddělení pacienti často upozorňovali na zastaralé vybavení oddělení a navíc na bariérové uspořádání, které jim brání v neomezeném pohybu po budově. Je to dáno tím, že budova psychiatrie je historickou budovou uspořádanou ve vilovém stylu, odtud název „Vila“, kde je několik podlaží se schody a není možné vybudovat z památkového hlediska výtah. Se stravou a ošetrovatelskou péčí jsou všichni pacienti spokojeni. V oblasti soukromí zaznívaly nedostatky v průběhu hygieny, vyprazdňování, návštěv a oblékání. Během nočního klidu nejsou pacienti rušeni až na jednoho, který si stěžoval na zmatenost spolupacienta, což je dáno charakteristikou oddělení a tyto stavy zde lze předpokládat. Všichni pacienti by si opět zvolili hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk a to také potvrzuje položce č. 3, kde většina pacientů uvedla, že jde o opakovanou hospitalizaci. Také většina by doporučila hospitalizaci v OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým, pokud by si to jejich zdravotní stav žádal.

Shodným problémem všech tří oddělení se ukázala problematika zajišťování nákupů. Velká část pacientů nemá tu možnost zajistit si osobní potřeby a uvítali by tedy tvz. „pojízdnou kantýnu“, která by nabízela základní zboží, jako např. toaletní potřeby, nápoje, sladkosti apod.

Pokud se zaměříme na klasifikaci spokojenosti s hospitalizací, pak tedy většina pacientů klasifikovala spokojenost s nynější hospitalizací známkou 1 a menší část známkou 2. Výrazná menšina pacientů klasifikovala známkou 3 a 4 a známku 5 by neudělil ani jeden pacient. Na psychiatrickém oddělení se známkovalo pouze známkou 1 a 2. Průměrná známka pro celé zdravotnické zařízení je 1,5, což považuji za výborný výsledek.

Ráda bych závěrem vyzdvihla práci všech rehabilitačních sester, které se nemalou měrou podílí na spokojenosti pacientů. Slyšela jsem mnoho chvály na jejich práci a tímto jim také děkuji za jejich profesionalitu a kvalitní práci, kterou denně odvádí.

2.9 Přínos a doporučení pro praxi

Toto výzkumné šetření se stalo velmi přínosné pro mě jako výzkumníka, ale i pro zdravotnické zařízení, ve kterém se uskutečnilo. Protože zde nikdy nebylo uskutečněno výzkumné šetření tohoto druhu, stane se významným zdrojem informací pro management OLÚ Albertinum Žamberk.

Závěrem práce bych ráda podala doporučení pro další výzkumné šetření. Je mnoho oblastí, na která bychom se v dalších výzkumných šetřeních měli zaměřit více do hloubky. Protože na plicním a psychiatrickém oddělení zazněly připomínky ke stávajícímu provoznímu uspořádání oddělení, průběžně a nejen po rekonstrukci bych se zaměřila na spokojenost hospitalizovaných pacientů v této oblasti. Dále bych doporučovala objektivizovat spokojenost s ošetrovatelskou péčí v širším měřítku. Zvolila bych hlubší zaměření na celkový proces vstupu pacienta do ústavní léčby až po propuštění. Soustředila bych se především na celkový příjmový proces, informovanost pacienta o průběhu hospitalizace, o systému poskytování ošetrovatelské péče, seznámení se s právy pacienta, s vnitřním řádem oddělení, informovanost o průběhu plánovaných vyšetření, znalost ošetroujícího lékaře, sestry ...apod.

Oblastí výzkumného šetření v ošetrovatelství je dlouhá řada a všechny jsou velmi důležité a především pro pacienty. Tyto skutečnosti mají velký vliv na proces léčby, uzdravy a časného propuštění pacienta do domácího léčení.

Pokud bych se zaměřila na metodologii sběru dat, pak tedy jako výzkumný nástroj bych zvolila dotazník. Je to výzkumný nástroj, který je schopen získat velké množství dat v krátké časové délce a to se stává jeho velkou výhodou. Nevýhodou je však riziko neúplného či chybného vyplnění respondentem a nebo dokonce neodevzdání dotazníku vůbec. I přes tato všechna rizika a nedostatky je stále nejoblíbenějším nástrojem sběru dat ve zdravotnictví v kvantitativním výzkumném šetření, kdy je zkoumán velký počet respondentů.

Výsledky výzkumných šetření by měly být průběžně vyhodnocovány a výsledky vzájemně porovnávány takovým způsobem, aby bylo snadné hodnotit vzrůstající či případně klesající spokojenost pacientů v daných oblastech.

Závěr

Vzhledem k tomu, že v historii OLÚ Albertinum Žamberk nebylo dosud realizováno žádné výzkumné šetření, má práce se tak stala první a jedinou objektivní zkušeností s uspokojováním potřeb a celkové spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk.

Úkolem výzkumného šetření bylo zhodnotit kvalitu a spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí ve zmiňovaném zdravotnickém zařízení. Stanovila jsem si cíl, který mapoval saturaci potřeb hospitalizovaných pacientů během přijímání ošetrovatelské péče. Východisková hypotéza, která zněla: Pacienti z plicního, geriatrického a psychiatrického oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v OLÚ Albertinum Žamberk se potvrdila a skutečně pacienti z daných tří oddělení mají odlišné názory na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Celkem 10 pracovních hypotéz mi objektivizovalo saturaci potřeb pacientů během přijímání ošetrovatelské péče.

Z celkového zhodnocení poskytované ošetrovatelské péče vyplývá, že pacienti hospitalizovaní v OLÚ Albertinum Žamberk jsou spokojeni s kvalitou ošetrovatelské péče, opět by si zvolili a doporučili by i hospitalizaci v tomto zdravotnickém zařízení svým blízkým a celkově klasifikují hospitalizaci známkou 1,5.

Seznam informačních zdrojů

Seznam literatury

1. Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk. *Koncepce rozvoje ústavu*. Březen 2006.
2. Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk. *Technická zpráva ústavu*. Březen 2006.
3. BÁRTLOVÁ, S. a kol.: *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1. vyd., Brno, 2000, 118 stran. ISBN 80-7013-311-2
4. BÁRTLOVÁ, S. a kol.: *Výzkum a ošetřovatelství*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). 1. vyd., Brno, 2005. ISBN 80-70-13-416-X
5. ČECHOVÁ, V. a kol.: *Speciální psychologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1. vyd., Brno, 1997, 174 stran. ISBN 80-7013-243-4
6. *České ošetřovatelství 1. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Ediční řada- praktické příručky pro sestry. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 1998, 50 stran. ISBN 80-7013-263-9
7. *České ošetřovatelství 2. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Praktická příručka pro sestry. Ediční řada- praktické příručky pro sestry. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 47 stran. ISBN 80-7013-270-1
8. *České ošetřovatelství 6. hodnotící a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. Praktická příručka pro sestry. Ediční řada- praktické příručky pro sestry. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2001, 55 stran. ISBN 80-7013-323-6

9. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 87 stran. ISBN 80-8063-229-4, EAN 9788080632298
10. GLADKIJ, I. a kol.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1. vyd., Brno, 1999, 183 stran. ISBN 80-7013-272-8
11. HAŠKOVCOVÁ, H.: *České ošetrovatelství 5. Manuálek o etice*. 1. vyd., Brno: Institut v Brně, 2000, 46 stran. ISBN 80-7013-310-4
12. HÖSCHL, C. a kol.: *Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vyd., Praha: TIGIS, spol. s r.o., 2004, 883 stran. ISBN 80-900130-7-4
13. JAROŠOVÁ, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 stran. ISBN 80-85-866-55-2
14. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Tiskárny Havlíčkův brod, a.s., 2002, 200 stran. ISBN 80-247-0179-0
15. KOZIEROVÁ, B. a kol.: *Ošetrovatelství 1.,2..* Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
16. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, 2002, 200 stran. ISBN 80-247-0179-0
17. LEPIEŠOVÁ, M. a kol.: *Manažment v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 1996. ISBN 80-217-0352-0
18. MADAR, J. a kol.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0585-0
19. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství 1. díl, systémový přístup*. Praha: Karolinum UK, 2005. 187 stran. ISBN 80-246-0429-9
20. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (4). Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Pracovní sešit. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002, 118 stran. ISBN 80-85047-23-3
21. STRNAD, L. a kol.: *Případové studie ze sociálního lékařství, managementu zdravotnických institucí, ekonomiky zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého LF, 2003. ISBN 80-244-0777-9
22. ŠKRLOVI, P. a M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd., Praha: Advent- Orion, s.r.o., 2003, 477 stran. ISBN 80-7172-841-1

23. TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). 2. vyd., Brno, 2005, 186 stran. ISBN 80-7013-324-4
24. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003, 400 stran. ISBN 80-7178-740-X
25. ŽIAKOVÁ, K. a kol.: *Ošetrovatelstvo, teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003, 320 stran. ISBN 80-8063-131-X
26. LÁVIČKOVÁ, J.: *Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů*. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 30-31.

Seznam internetových zdrojů

- 1) *Historie a současnost OLÚ Albertinum Žamberk* [on line]. Posl. úpravy 18.12.2003. [cit. 2008-02-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.albertinum-olu.cz/historie.htm/>>
- 2) *Albertinum, odborný léčebný ústav, Žamberk*: Albertinum [on line]. Posl. úpravy 09.03.2008. [cit. 2008-09-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.albertinum-olu.cz/>>

Seznam příloh

Příloha 1 Seznam tabulek

Tabulka č.1: Maslowova klasifikace potřeb	24
Tabulka č.2: Časový plán výzkumného šetření.....	47
Tabulka č.3: Charakteristika výzkumného souboru	47
Tabulka č.4: Průměrná délka polostrukturovaného rozhovoru	49
Tabulka č.5: Struktura pacientů- plicní odd. (N=69).....	50
Tabulka č.6: Struktura pacientů- geriatrické odd. (N=67).....	51
Tabulka č.7: Struktura pacientů- psychiatrické odd. (N=37)	51
Tabulka č.8: Délka zpracování dat	52
Tabulka č.9: Poměr ženy/ muži (N=85).....	53
Tabulka č.10: Věkové kategorie výběrového souboru (N=85)	54
Tabulka č.11: Věkové kategorie- plicní odd. (N=40).....	55
Tabulka č.12: Věkové kategorie- geriatrické odd. (N=29).....	56
Tabulka č.13: Věkové kategorie- psychiatrické odd. (N=16).....	57
Tabulka č.14: Celková četnost hospitalizací (N=85).....	59
Tabulka č.15: Četnost hospitalizací- plicní odd.....	60
Tabulka č.16: Četnost hospitalizací- geriatrické odd.....	60
Tabulka č.17: Četnost hospitalizací- psychiatrické odd.....	61
Tabulka č.18: Struktura výběrového souboru (N=85).....	63
Tabulka č.19: Celkový poměr délek hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk	64
Tabulka č.20: Délky hospitalizací- plicní odd. (N=40).....	65
Tabulka č.21: Délky hospitalizací- geriatrické odd. (N=29)	66
Tabulka č.22: Délky hospitalizací- psychiatrické odd. (N=16).....	67
Tabulka č.23: Spokojenost pacientů s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	68
Tabulka č.24: Nespokojenost pacientů s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	69
Tabulka č.25: Spokojenost pacientů s chutností a množstvím stravy na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	70

Tabulka č.26: Celkové porovnání spokojenosti pacientů s mírou soukromí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	71
Tabulka č.27: Nespokojenost pacientů s mírou soukromí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	72
Tabulka č.28: Spokojenost pacientů s využitím volného času v době hospitalizace na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	73
Tabulka č.29: Spokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	75
Tabulka č.30: Nespokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	75
Tabulka č.31: Spokojenost pacientů se saturací potřeb v oblasti náboženství- plicní odd.....	77
Tabulka č.32: Saturace potřeb v oblasti náboženství.....	78
Tabulka č.33: Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	79
Tabulka č.34: Nespokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	80
Tabulka č.35: Opakovaná volba zdravotnického zařízení.....	81
Tabulka č.36: Pacienti, kteří by zvažovali hospitalizaci opět v OLÚ Albertinum.....	81
Tabulka č.37: Doporučení OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým.....	83
Tabulka č.38: Doporučení OLÚ Albertinum Žamberk svým blízkým.....	83
Tabulka č.40: Klasifikace známkou 2.....	85
Tabulka č.41: Přehled dodatečných informací, které pacienti v závěru rozhovoru doplnili.....	87

Příloha 2 Seznam grafů

Graf č. 1.	Poměr ženy/ muži.....	53
Graf č. 2.	Věkové kategorie výběrového souboru.....	55
Graf č. 3.	Věkové kategorie- plicní odd.....	56
Graf č. 4.	Věkové kategorie- geriatrické odd. (N=29).....	57
Graf č. 5.	Věkové kategorie- psychiatrické odd.....	58
Graf č. 6.	Celková četnost hospitalizací.....	59
Graf č. 7	Četnost hospitalizací- geriatrické odd.....	61
Graf č. 8.	Četnost hospitalizací- psychiatrické odd.....	62
Graf č. 9.	Struktura výběrového souboru.....	63
Graf č. 10.	Celkový poměr délek hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk.....	64
Graf č. 11.	Délky hospitalizací- plicní odd.....	65
Graf č. 12.	Délky hospitalizací- geriatrické odd.....	66
Graf č. 13.	Délky hospitalizací- psychiatrické odd.....	67
Graf č. 14.	Přehled nejoblíbenějších volnočasových aktivit dle typu oddělení	74
Graf č. 15.	Opakovaná volba hospitalizace pacientů z plicního, geriatrického a psychiatrického odd.....	88
Graf č. 16.	Doporučení hospitalizace svým blízkým v OLÚ Albertinum Žamberk..	89
Graf č. 17.	Klasifikace známkou 1 a 2 spokojenosti pacientů s hospitalizací na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	90
Graf č. 18.	Spokojenost pacientů s prostředím na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	91
Graf č. 19.	Spokojenost pacientů s chutností a množstvím stravy na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	92
Graf č. 20.	Spokojenost pacientů s mírou soukromí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	93
Graf č. 21.	Využití volného času pacientů v době hospitalizace.....	94
Graf č. 22.	Spokojenost pacientů s nočním klidem na plicním, geriatrickém a psychiatrickém odd.....	95
Graf č. 23.	Četnost návštěv plicních, geriatrických a psychiatrických pacientů na konaných bohoslužbách v OLÚ Albertinum Žamberk.....	96

Graf č. 24.	Spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení.....	97
-------------	--	----

Příloha 3 Seznam obrázků

Obrázek 1:	prof. MuDr. Eduard Albert.....	113
Obrázek 2:	Pamětní deska na Albertově vile od akad. sochaře Z. Kolářského.....	113
Obrázek 3:	Letní pavilon s jídelnou a vodoléčbou, rok 1930.....	113
Obrázek 4:	Rok 1912, nyní budova administrativy.....	113
Obrázek 5:	Albertova vila, 1918.....	114
Obrázek 6:	Pacientky s TBC na lehárně v roce 1933.....	114
Obrázek 7:	Operace plic v roce 1958 - dr. Brzek, prof. Procházka, dr. Mydlil a dr. Krejzek.....	114
Obrázek 8:	Geriatrické odd. v současnosti.....	114
Obrázek 9:	Plicní odd. v současnosti.....	115
Obrázek 10:	Nynější budova psychiatrického odd.....	115

Příloha 4 Polostrukturovaný rozhovor

1) Pohlaví: a) žena b) muž

2) Váš věk je: a) 18-29 let b) 30-39 let
c) 40- 49 let d) 50- 59 let
e) 60- 69 let f) 70 a více let

3) V OLÚ Albertinum Žamberk jste hospitalizován:

a) poprvé b) opakovaně

4) Nyní jste hospitalizován/ a na oddělení: a) plicní oddělení

b) geriatrické oddělení

c) psychiatrické oddělení

5) Délka Vaší nynější hospitalizace je: a) méně než 1 měsíc

b) déle jak 1 měsíc

c) déle jak 2 měsíce

d) déle jak 3 měsíce

6) Zhodnoťte prosím Váš celkový dojem, jak na Vás působí prostředí oddělení:

a) jsem zcela spokojen/ a, vyhovuje mi

b) jsem nespokojen/ a

pokud nejste spokojen/ a , prosím uveďte s čím: (libovolný počet odpovědí)

neútlunost

nečistota

nedostatek květin, výzdoby

nedostatek úložného prostoru pro osobní věci

zastaralé vybavení oddělení

nevýrazné, malé orientační nápisy

jiné

7) Zhodnoťte prosím celkově stravu: (jedna odpověď, která převažuje)

- a) jsem spokojen/ a s chutností a množstvím stravy
- b) jsem spokojen/ a s chutností stravy, ale porce považuji za nedostatečné
- c) jsem nespokojen/ a s chutností a množstvím stravy

8) Soukromí během celkové hospitalizace považuji za:

- a) zcela dostačující
- b) nedostačující v oblasti: (libovolný počet odpovědí)
 - hygieny
 - vyprazdňování
 - oblékání
 - spánku
 - v průběhu ošetřování
 - v průběhu návštěv
 - jiné

9) Jak trávíte volný čas v době nynější hospitalizace?

- a) zabavím se: (libovolný počet odpovědí)
 - spánkem
 - četbou knih/ časopisů
 - sledováním TV
 - poslech rádia
 - procházkami
 - návštěvami
 - luštěním křížovek
 - ručními pracemi
 - využívám pracovní dílny na odd.
 - hraji společenské hry se spolupacienty
 - jiné.....

b) nemám o nic zájem, nic mě nebaví, nechci se zabavit

c) nijak, nudím se, uvítal bych více nabízených činností ze strany personálu,
např.:

10) Zhodnoťte prosím noční klid na oddělení po dobu Vaší hospitalizace:

(odpověď, která převažuje) a) nejsem rušen/ a nikým a ničím

b) jsem rušen/ a

pokud jste rušen/ a, uveďte čím: (libovolný počet odpovědí)

- zdravotnický personál
- spolupacienti
- dění na oddělení
- jiné

11) Víra: a) nejsem věřící

b) jsem věřící, římskokatolické vyznání

pokud jste věřící: (vyberte jednu odpověď)

- nemám potřebu víry ve zdravotnickém zařízení
- uvítal/ a bych osobní kontakt s knězem u lůžka
- bohoslužby konané 2x týdně považuji za dostačující
- bohoslužby konané 2x týdně považuji za nedostačující, přála bych si bohoslužby ... x týdně
- jiné

c) jsem věřící, jiného vyznání a přála bych si

.....

12) Zhodnoťte prosím celkovou spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí

během vaší hospitalizace: a) jsem zcela spokojen/ a

b) nejsem spokojen/ a

pokud nejste spokojen/ a, uveďte prosím v čem: (libovolný počet odpovědí)

- personál tráví nedostatek času s pacienty
- nebyly plněny Vaše potřeby, jak jste potřeboval/ a
- nevyhovující přístup personálu k pacientům
- nedostatek informací o
- cítím nedůvěru k personálu
- jiné

13) Pokud by si Váš zdravotní stav žádal další hospitalizaci:

- a) zvolil/ a bych si opět OLÚ Albertinum Žamberk
- b) rozmýšlel/ a bych, zda si opět zvolím OLÚ Albertinum Žamberk
- c) nezvolil/ a bych si opět OLÚ Albertinum Žamberk

14) Pokud by byla nutná hospitalizace Vašich blízkých na některém z našich oddělení:

- a) doporučila bych jim OLÚ Albertinum Žamberk
- b) váhal/ a bych, zda jim doporučím OLÚ Albertinum Žamberk
- c) nedoporučil/ a bych jim OLÚ Albertinum Žamberk

15) Zhodnoťte prosím známkou jako ve škole Vaši celkovou spokojenost s nynější hospitalizací v OLÚ Albertinum Žamberk:

- 1- výborný
- 2- chvalitebný
- 3- dobrý
- 4- dostatečný
- 5- nedostatečný

16) Dodal/ a by jste něco, o čem jsme nehovořili?

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

Příloha 5 Obrázky



Obrázek 1: prof. MuDr. Eduard Albert



Obrázek 2: Pamětní deska na Albertově vile od akad. sochaře Z. Kolářského



Obrázek 4: Rok 1912, nyní budova administrativy



Obrázek 3: Letní pavilon s jídelnou a vodoléčbou, rok 1930



Obrázek 5: Albertova vila, 1918



Obrázek 6: Pacientky s TBC na lehárně v roce 1933

Obrázek 7: Operace plic v roce 1958 - dr. Brzek, prof. Procházka, dr. Mydlil a dr. Krejzek



Obrázek 8: Geriatrické odd. v současnosti



Obrázek 9: Plicní odd. v současnosti



Obrázek 10: Nynější budova psychiatrického odd.

Příloha 6 Souhlas vedení OLÚ Albertinum Žamberk

s výzkumným šetřením

ALBERTINUM,
Odborný léčebný ústav,
Za Kopečkem 353
564 01 Žamberk

Marcela Tomanová
studentka III. ročníku
VŠZ, o.p.s. Duškova 7,
150 00, Praha 5

Věc: Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumným šetřením

Souhlasím, aby Marcela Tomanová, studentka VŠZ v Praze, Duškova 7, o.p.s., v plánovaném období od 9.1. 2008 do 4.2. 2008 uskutečnila v OLÚ Albertinum Žamberk výzkumné šetření na plicním, geriatrickém a psychiatrickém oddělení na téma „Kvalita poskytované ošetrovatelské péče ve zdravotnickém lůžkovém zařízení“.

Souhlasím, aby získaná data výzkumného šetření byla použita ke studijním účelům do závěrečné práce ke státním závěrečným zkouškám výše jmenované studentky.

V Žamberku 7.1. 2008

.....
Marcela Tomanová

.....
hlavní sestra
OLÚ Albertinum Žamberk