

**Kvalita ambulantní péče
měřená prostřednictvím spokojenosti pacientů**

Simona Karbusová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Simona Karbusová

Osobní číslo: H11624

Studijní program: B5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: kombinovaná

**Téma práce: Kvalita ambulantní péče měřená prostřednictvím
spokojenosti pacientů**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury, včetně projektu Kvalita očima pacientů.
Vymezení základních pojmů a teoretických východisek – kvalita péče, dimenze ambulantní
péče, marketing ve zdravotnictví, zásady komunikace, prostředí a orientační systém
nemocnic, spokojenost pacientů.**

Metodologie projektu Kvalita očima pacientů.

Realizace výzkumného šetření v ambulancích.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. Strategický marketing zdravotnických zařízení. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.
GLADKIJ, Ivan, Leoš HEGER a Ladislav STRNAD. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.
ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent - Orion, 2003. ISBN 80-7172-741-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

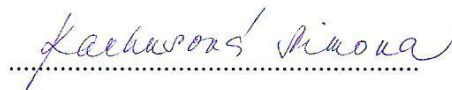
Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 14. 2. 2014



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Teoretická část bakalářské práce podává informace o projektu „Kvalita očima pacientů“ jako prostředku k měření kvality zdravotní péče. Charakterizuje kvalitu péče a popisuje strategie marketingu, které transformují nemocnici v moderní prostředí. Práce dále uvádí faktory ovlivňující spokojenost pacientů přicházejících na ambulantní vyšetření. Praktická část analyzuje standardizovaný dotazník zaměřený na zjišťování názorů a potřeb pacientů na neinvazivní kardiologii v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně, jehož autorem je RNDr. Tomáš Raiter, řešitel projektu „Kvalita očima pacientů“.

Klíčová slova: pacient, kvalita, zdravotní péče, spokojenost, standardizovaný dotazník.

ABSTRACT

The theoretical part of the Bachelor thesis provides information about project „The Health care quality from view of patients“, as a medium used for detecting quality of health care. It characterizes the quality of care and describes marketing strategy, which transforms hospitals in modern surroundings. Thesis specifies the factors, which have influence on satisfaction of patients, who come to outpatient examinations. The practical part analyses a standardized questionnaire focus on survey of opinions and needs of patients on non-invasive cardiology in the the Regional Hospital of Tomáš Baťa, a.s. Zlin, written by RNDr. Tomas Raiter as a leader of the project „The Health care quality from view of patients“.

Key words: patient, quality, health care, satisfaction, standardized questionnaire.

„Jestliže se vůbec zamýšlíme nad svou prací, pak tak máme činit jen tehdy, chceme-li ji zlepšit, opravit, zdokonalit.“

prof. MUDr. Jiří Syllaba, DrSc.

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Zlatici Dorkové, PhD., za její odborné vedení, vstřícnost a ochotu, kterou mi věnovala a svým přístupem podporovala ve zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také RNDr. Tomáši Raiterovi, za umožnění šetření v autorizovaném projektu „Kvalita očima pacientů“, i všem pacientům, za výbornou spolupráci při vyplňování dotazníku.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROJEKT „KVALITA OČIMA PACIENTŮ“	13
1.1 AMBULANTNÍ PÉČE VE VZTAHU K PROJEKTU	14
1.2 DIMENZE AMBULANTNÍ PÉČE	15
1.3 METODICKÝ MANUÁL STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU	16
2 KVALITA AMBULANTNÍ PÉČE	18
2.1 MĚŘENÍ KVALITY AMBULANTNÍ PÉČE.....	19
2.2 DEFINICE KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	20
2.3 POSUZOVÁNÍ KVALITY PÉČE PACIENTEM.....	21
2.4 KVALITA DIAGNOSTIKY NEINVAZIVNÍ KARDIOLOGIE	21
3 STRATEGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ	24
3.1 SMYSL TVORBY STRATEGIE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	24
3.2 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ	25
3.3 STRATEGICKÁ KOMUNIKACE	26
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU AMBULANTNÍ PÉČE	28
4.1 SPOKOJENOST PACIENTŮ	28
4.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A ÚLOHA SESTRY	30
4.3 LÉČEBNÁ PÉČE A ÚLOHA LÉKAŘE	33
4.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍSTUP K PACIENTŮM	36
5 PROSTŘEDÍ INTERNÍ KLINIKY KNTB, a.s.	38
5.1 VYBAVENÍ AMBULANCÍ NEINVAZIVNÍ KARDIOLOGIE.....	38
5.2 PROSTŘEDÍ A POTŘEBY ČEKÁRNY	39
5.3 ORIENTAČNÍ SYSTÉM.....	19
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
6 METODIKA PRÁCE	44
6.1 CÍL PRŮZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
6.2 POPIS ZKOUMANÉHO PROSTŘEDÍ	45
6.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	45
6.4 METODA PRŮZKUMU	45
6.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	46
7 DISTRIBUCE A SBĚR DAT	48
7.1 INFORMOVANOST PERSONÁLU.....	48
7.2 SBĚRNÉ SCHRÁNKY	48
7.3 OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ	48
7.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	49

8	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	50
8.1	SOCIO-DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY RESPONDENTŮ	50
8.2	PŘED NÁVŠTĚVOU AMBULANCE	54
8.3	DOBA V ČEKÁRNĚ	56
8.4	PROSTŘEDÍ A ORIENTACE	59
8.5	NÁVŠTĚVA LÉKAŘE	60
8.6	VŠEOBECNĚ K NÁVŠTĚVĚ	64
8.7	VYŠETŘENÍ A LÉČBA	68
8.8	UKONČENÍ NÁVŠTĚVY	71
8.9	INFORMOVANOST PACIENTŮ	74
8.10	CELKOVÝ DOJEM Z AMBULANTNÍHO VYŠETŘENÍ	76
8.11	OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY	80
8.12	INTERPRETACE VZAHŮ MEZI ZJIŠTĚNÝMI VÝSLEDKY	81
9	DISKUSE	89
10	NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ	98
	ZÁVĚR	99
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	105
	SEZNAM GRAFŮ	106
	SEZNAM TABULEK	108
	SEZNAM PŘÍLOH	110

ÚVOD

Kvalitní a efektivní zdravotní péče je v dnešní době jedním z nejdůležitějších cílů ošetrovatelství i oblastí, která má být pravidelně hodnocena. V ambulantní části zdravotní péče se odehrává většina diagnostických i terapeutických výkonů. Přesto je pozornost odborníků, kteří se věnují problematice spokojenosti pacientů, trvale soustředěna především na lůžkovou část péče. Úroveň ambulantní péče, především vstřícné chování, komunikační dovednosti personálu a přívětivé prostředí zdravotnického zařízení, přitom rozhodují o tom, co si občané myslí o zdravotnictví jako celku.

Téma zabývající se problematikou kvality ambulantní péče, jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila z toho důvodu, že pracuji na pozici všeobecné sestry v ošetrovatelském týmu na interní klinice Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s., ve Zlíně na pracovišti neinvazivních kardiologických ambulancí. Na našem úseku zajišťujeme odborná vyšetření osm hodin denně a každý den se tak dostávám do styku s pacienty přicházejícími na ambulantní vyšetření. Naší pracovní náplní není pouze ošetrovatelský výkon, asistence lékařům, obsluha přístrojů a dodržování platných postupů, ale také udržování kvality zdravotní péče a trvalá snaha o její zlepšování, neboť nároky pacientů na zdravotní péči neustále narůstají. Usilujeme o to, aby naši klienti byli spokojeni, protože již samotný výraz spokojeného pacienta nás vede k pracovnímu uspokojení, vytváření vzájemné důvěry a spolupráce. Vzhledem ke skutečnosti, že hodnocení ambulantní péče na našem pracovišti nebylo doposud provedeno, využila jsem možnosti průzkumu, abych tak měla možnost ověřit si, zdali tuto snahu pacienti pocítují. Chtěla bych svou práci vyjádřit, že kvalita ve zdravotnictví je nejenom široký pojem zahrnující celou řadu postupů z oblasti standardizace a akreditace, ale také zdůraznit důležitou složku, kterou je snaha a potřeba zaměřovat pohled na zkušenost pacienta s navštíveným zdravotnickým zařízením. Jedinečnou příležitostí pro toto vyjádření vnímám projekt na monitoring spokojenosti pacientů „Kvalita očima pacientů“, kterým se v práci zabývám a blíže popisuji.

V empirické části bakalářské práce stejnou metodikou, která je součástí projektu, pomocí standardizovaného dotazníku, provádím hodnocení ambulantní péče na našem pracovišti neinvazivní kardiologie. Průzkumem zjišťuji potřeby našich pacientů, co je pro ně důležité s ohledem na jednotlivé dimenze ambulantní péče. Ptám se na otázky - jaké jsou potřeby a názory na naši poskytovanou zdravotní péči? Ve kterých oblastech jsou pacienti nejvíce spokojeni, nebo které nedostatky je potřeba změnit?

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROJEKT „KVALITA OČIMA PACIENTŮ“

Projekt „Kvalita Očima Pacientů“ vznikl, jako reakce na projekt WHO „Zdraví 21“, i ze zájmu České republiky, z důvodu začleňování se a na základě požadavku - zavádět systém kontinuálního rozvoje kvality do Evropské unie. Projekt „Kvalita Očima Pacientů“ se stal součástí Národní politiky podpory jakosti¹.

Počátky projektu, jsou datovány od roku 2001, kdy se objevila na půdě sdružení fakultních nemocnic iniciativa, jejímž cílem bylo sjednotit monitoring spokojenosti pacientů na společnou platformu a vyvinout profesionální metodické nástroje k provádění šetření kvality zdravotní péče srovnatelnou s mezinárodními kritérii a standardy. Projekt sleduje odděleně kvalitu v lůžkové a ambulantní péči.

Prvotní metodika pro monitoring lůžkové péče vyšla v roce 2008. Pacienti na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení (dále jen ZZ) hodnotí oblasti kvality péče, mezi které patří zejména - přijetí pacienta do zařízení, informace a komunikace s pacientem, tělesné pohodlí a citová opora, zapojení rodiny a blízkých do léčby a propuštění pacienta ze zařízení.

Později, a to v roce 2011, vyšla metodika, kterou se v této bakalářské práci zabýváme, pro měření kvality prostřednictvím spokojenosti pacientů v ambulantní péči. Hlavním řešitelem a zakládajícím členem projektu je bývalý prezident asociace předních agentur pro výzkum trhu působících v ČR a zakladatel výzkumné společnosti STEM/MARK RNDr. Tomáš Raiter, který se dvacet let věnuje sociologickému a marketingovému výzkumu. Na základě svých zkušeností se zastupováním v MZ ČR v pracovní skupině OECD - Indikátory kvality zdravotní péči, svoji pozornost, od roku 2001, zaměřuje na problematiku měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů a pracovníků ve zdravotnictví². Smyslem a základní myšlenkou projektu je standardizované měření kvality péče, založené na shodné metodice sběru a zpracování dat o zkušenostech pacientů, které umožňuje ko-

¹ Usnesení vlády České republiky č.458/2000, 10. květen 2000.

² INSTITUT PRO VEŘEJNOU DISKUSI. Zdravotní služby v ČR: Jak jsme na tom? [online]. ©2012 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z: <<http://www.ivd.cz/cs/zdravotnictvi.html>>.

rektní a statisticky průkazné srovnání kvality jednotlivých ZZ. Dalším významem projektu je poskytování informací o kvalitě zdravotní péče veřejnosti, které významně přispívá ke zvyšování povědomí o odpovědnosti občanů za své zdraví³.

1.1 Ambulantní péče ve vztahu k projektu

Ambulantní péče je jednou z částí, kterými se projekt „Kvalita očima pacientů“ a bakalářská práce zabývá, neboť zahrnuje široké spektrum způsobů a druhů poskytování služeb. V ambulantní sféře dochází k prvnímu a většině všech kontaktů lékař - sestra - pacient, které zásadním způsobem ovlivňují funkčnost a efektivitu celého zdravotního systému. V poslední době dochází k neustálému nárůstu objemu ambulantních pacientů. Tato současná situace je dána nynějším trendem v medicíně, zahrnující přesun pacientů a některých zdravotnických výkonů, ze složky nemocniční do ambulantní péče. Z těchto důvodů se zvyšují nároky na ambulantní ZZ, především ve smyslu kvality poskytovaných služeb. Ve srovnání s hodnocením kvality péče na lůžkovém zařízení máme často jen omezené informace. Haškovcová a Pavlicová (2013, s. 9) píše „*ambulantní složka bývá opomíjena, neboť hlavní důraz je kladen na lůžkovou péči, což není „spravedlivé“, protože v ambulantní péči je vyšetřena a vyléčena nemalá část pacientů.*“

Hodnocení kvality v oblasti ambulantní péče je dosud v ČR nejednotné, a není ji věnována dostatečná pozornost. Tato situace neumožňuje dostatečně validní srovnávání kvality ambulantních zdravotních služeb. Z popsáných trendů vyplývá, že do budoucna bude potřeba věnovat stejnou pozornost všem pacientům (nejenom hospitalizovaným, ale i ambulantním), získávat více informací o vnímání zdravotní péče, sledovat i analyzovat spokojenost a iniciovat systémy hodnocení kvality v ambulantních zařízeních⁴. Proto pro každé zdra-

³ HODNOCENÍ NEMOCNIC. O projektu: *Kvalita očima pacientů* [online]. ©2010 [cit. 2013-12-09].

Dostupné z: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>>.

⁴ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Bezpečí pacientů v ambulantních zdravotnických zařízeních*. [online]. ©2008 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/bezpeci-pacientu-v-ambulantnich-zdravotnickych-zarizenich.html>>.

votnické zařízení by měl být samozřejmostí vnitřní systém kontroly kvality, kdy výsledné informace z hodnocení kvality péče budou pacientům, kteří věnují svůj čas ve prospěch průzkumu spokojenosti, poskytovat možnost svobodné volby při výběru zařízení, jak je zakotveno v kodexu práv pacientů (viz. Příloha D).

Informace o výsledcích průzkumu by měly být dostupné kromě pacientů i vedení ZZ, patientským organizacím, personálu ZZ a veřejnosti. Na základě uvědomění z těchto výsledků by mělo být vedení ZZ zapojeno do stanovení priorit zlepšování péče a tvorby akčních plánů respektujících závěry šetření (Exner et al., 2005, s. 161).

1.2 Dimenze ambulantní péče

Kvalitu zdravotní péče lze hodnotit z mnoha různých úhlů neboli dimenzí. Dimenze kvality zdravotní péče jsou v podstatě definované oblasti péče o pacienta, podle kterých je hodnocena. Pacient z žádných z těchto dimenzí nehodnotí vlastní medicínský výkon nýbrž jen to, k čemu je schopen se vyjadřovat. V projektu „Kvalita očima pacientů“ jsou pro ambulantní péči určeny a vymezeny priority těchto dimenzí:

- 1. Dostupnost péče**
- 2. Čekárna a prostředí**
- 3. Návštěva lékaře/zdravotního odborníka**
- 4. Přístup personálu k pacientovi**
- 5. Informace o vyšetření a léčbě**
- 6. Informace o lécích**
- 7. Následná péče**
- 8. Celkový dojem z návštěvy ambulance**

Jmenované hodnotící dimenze, se v jednotlivých projektech či šetření různí. Záleží na tom, na které oblasti má být pozornost zaměřena a jakých cílů má být dosaženo⁵. I když jsou sytící otázky daných oblastí velmi obsáhlé a odpovídají na kvalitu péče a přístupu personá-

⁵ HODNOCENÍ NEMOCNIC. O projektu: *Kvalita očima pacientů* [online]. ©2010 [cit. 2013-17-12]. Dostupné z <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Mereni-kvality-ambulantni-pece.html>>.

lu ambulantního ZZ, odpovězme si na otázku - proč není v projektu zahrnuta samostatná dimenze, věnována aktuálnímu problému ambulancí, kterým je orientační systém ZZ?

1.3 Metodický manuál standardizovaného dotazníku

Cílem Ministerstva zdravotnictví, které v roce 2010 metodický manuál vydalo a stalo se jejím předkladatelem, je snaha poskytnout všem subjektům ve zdravotnickém systému jednotnou a univerzálně použitelnou metodiku pro hodnocení spokojenosti ambulantních pacientů s kvalitou péče. Tehdejší 1. náměstek ministerstva zdravotnictví Pavelka (2010), potvrzoval, že „*nutnou podmínkou pro efektivní využití této metodiky je její shodné použití ve všech srovnávaných zařízeních*“⁶. Neboli aby se metodický manuál mohl správně podle pokynů využít v praxi, je potřeba porozumět několika uvedeným definovaným pojmům zahrnutým v dotazníku. Ve věštníku MZ ČR⁷ manuál zahrnuje vysvětlení pojmů, jakými jsou:

- **Výzkumný nástroj** - tímto pojmem se rozumí standardizovaný dotazník, který má předepsaný obsah i formát brožury A4. Titulní strana dotazníku musí obsahovat označení měřeného ambulantního pracoviště, základní informace pro respondenta o cílech šetření, o anonymitě a dobrovolnosti zapojení respondenta do šetření.
- **Ambulance** - o ambulantním pracovišti ZZ mluvíme, je-li tvořeno jednou ordinací nebo odbornou poradnou, případně více ordinacemi či odbornými poradnami charakterizovanými jednou odborností.

⁶ Metodický manuál vydaný Ministerstvem zdravotnictví Čj.: MZDR 49634/2010. V Praze dne 24. 11. 2010.

⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věštník MZ ČR: *Metodický návod pro distribuci a sběr dotazníků pro měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů v ambulantní péči*. [online]. ©2008 [cit. 2013-12-09].

Dostupné z<<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/METODICKY-NAVOD-Vestnik.pdf>>.

- **Ordinace nebo odborná poradna** - je jedno ambulantní pracoviště, kde lékař nebo jiný ambulantní specialista provádí vyšetření a stanovení postupu léčení.
- **Stanovení ambulantní jednotky se samostatným sběrem** - nejmenší organizační jednotka k vyhodnocení je taková, do níž přichází, na vyšetření denně nejméně 4 a nejvíce 50 ošetřených pacientů.
- **Měřené ambulantní pracoviště** - se rozumí ordinace, odborná poradna nebo ambulance, která má být samostatně vyhodnocena ve výsledcích výzkumu.
- **Respondent** - pro potřeby metodického návodu je respondentem pacient/návštěvník ambulantního pracoviště. Pacient, kterému byl nabídnut dotazník k vyplnění, a který jej následně odevzdal ke zpracování v souladu s metodikou.
- **Kritéria respondenta** - dotazník předáváme všem pacientům, kteří přicházejí na vyšetření. Výjimku tvoří pacienti v akutním zdravotním stavu, nebo nejsou-schopni dotazník vyplnit bez asistence. Dotazník se nepředává pacientům, pokud neovládají český jazyk (cizincům).

2 KVALITA AMBULANTNÍ PÉČE

V této kapitole se, s ohledem na základní téma bakalářské práce, zaměřím na vymezení fenoménu kvality.

Kvalita ve zdravotnictví je v současnosti velmi užívaným pojmem. Gladkij a Heger (1999, s. 3-4) uvádějí, že kvalita zdravotní péče patří mezi nejpřednější tradiční hodnoty zdravotní péče. V důsledku rozvoje nových medicínských technologií i v důsledku univerzality zdravotní péče nabývá tato hodnota nové rysy a rozměry. Dále píše, že zatímco na počátku sedmdesátých let dvacátého století, bylo zajišťování kvality považováno za specifickou otázku klinické znamenitosti či spíše ojedinělou záležitostí, v devadesátých letech dvacátého století, se stává soustavné zlepšování kvality neodmyslitelnou součástí a dokonce i předpokladem manažerské vyspělosti a kultury. Při zajišťování a řízení kvality je vyvoláváno stále více otázek, například - co rozumíme kvalitou ambulantní zdravotní péče, nebo jak může být kvalita měřena a kdo má kvalitu měřit?

Ambulantní péče je koordinovaná komplexní péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se ZZ, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci, čímž se zdravotničtí pracovníci stávají přirozeným rádcem v zdravém způsobu životního stylu. Ambulance je podle slovníku cizích slov uváděno jako zařízení pro docházející pacienty. Jsou místem ve zdravotním systému, kam se pacient pravidelně vrací a má s ním povětšinou důvěrný vztah.

„Kvalita ambulantní péče je garantována odpovídajícími poskytovateli - odborníky s udělenou licenci. Podmínkou jejího udělení je i odpovídající zázemí středních zdravotnických pracovníků, odpovídající vybavení a splnění hygienických kritérií pro provoz zdravotnického zařízení.“ (Košta, 2013, s. 43). Kvalitní ambulantní péče nabízí výhodu možnosti komplexní, provázané péče, kdy je více odborností na jednom místě. Odborné konzultace, poradenství prostřednictvím lékaře, jehož přínosem pro pacienta je zajištěná více preventivní, diagnostická a léčebná péče udržující pacienta ve svém zdraví.

Kvalitu ambulantní péče ovlivňuje celá řada faktorů. Jsou to např. počet všeobecných sester a jejich pracovní motivace, organizace práce, mezilidské vztahy zdravotnického týmu i technické vybavení potřebné k ošetrovatelské péči (Gladkij et al., 1999, s. 31).

„Cílem ambulantní péče je zajišťování dostupnosti, různorodosti medicínských služeb, metod léčby, partnerského přístupu ke klientům a spokojenosti pacientů.“ (Košta, 2013, s. 52).

Ambulantní zdravotní péče bývá podceňována, neboť si zdravotníci myslí, že docházejícím pacientům bude nejnemom pomozeno, že se v krátkém čase vrátí do svého plnohodnotného života a vše nakonec dobře dopadne, neboť nejsou-li upoutáni na lůžku „*nejde-li o život, nejde o nic.*“ (Haškovcová, Pavlicová, 2013, s. 17).

Představme si ZZ více než jen pouhé fyzické prostředí, ale jakousi filosofii, která se snaží u pacientů podpořit pocit pokoje, naděje, klidu a zároveň touhu po uzdravení.

2.1 Měření kvality ambulantní péče

Chceme-li soustavně zlepšovat kvalitu péče, je nezbytné tyto skutečnosti v pravidelných intervalech měřit a vyhodnocovat (Gladkij et al., 1999, s. 24). K měření nemocnice je možno využívat několika prostředků. Pokud je výzkum účinnosti kvality měřen prostřednictvím hodnocení celé instituce, mluvíme o sebehodnocení, akreditaci nebo také o zdravotnickém auditu. Tyto procesy představují systematickou kritickou analýzu zdravotní péče a zpětné vazby o správnosti počínání, při němž odborníci vyhodnocují svoji práci. (Škrála, Škrlová, 2008, s. 35).

Právě zdravotnický audit, v poslední době, zaměřuje svoji mimořádnou pozornost nejvíce na spokojenost pacientů (Gladkij et al., 1999, s. 40).

Věnujme se podrobněji a zdůrazněme způsob měření výsledků, který ve své práci uvádíme, metodou dotazníku. I když tato metoda není nejvalidnější, je pro nemocnice nejlevnější a s nejmenší námahou získaný zdroj informací o názorech pacientů, i o tom, jak vyjít jejich potřebám vstříc (Gladkij et al., 1999, s. 26).

Bártlová a Hnilicová (2000, s. 75) v kapitole knihy *Vybrané metody a techniky výzkumu* uvádí, že „*situace by byla jednodušší, kdybychom měli k dispozici standardizovaný dotazník, který by byl ověřený a zhodnocený z hlediska spolehlivosti a validity a byla vypracovaná jednotná metodika zpracování a vyhodnocení dat. Tak tomu však není. I když určitá práce v tomto směru již byla u nás učiněna, je potřebné na této věci dále soustavně pracovat. Do jisté míry je potěšující, že ani v mezinárodním měřítku nemá sledování spokojenosti pacientů příliš dlouhou tradici, a používání standardizovaných postupů není zcela běžné. Velmi často se požívají narychlo připravené dotazníky, které se v průběhu šetření teprve ověřují a validizují.*“

Dotazník, který jsem si vybrala pro svoji aktuálnost, představuje tento zmiňovaný standardizovaný soubor otázek, umožňující měření spokojenosti ambulantních pacientů v několika tematicky definovaných oblastech neboli dimenzích péče (Exner et al., 2005, s. 140).

2.2 Definice kvality péče

Definovat kvalitu není jednoduché. Představa, co je to kvalitní péče, může být natolik rozmanitého, že zcela jistě nedostaneme dvě shodné odpovědi ze sta. Kvalita je všeobecně vnímaný pojem, který vyžaduje přesné vymezení. V odborné literatuře nalezneme plno definic, které se od sebe svým pohledem liší.

Definice kvality je ve svých principech jedinečná. Liší se postupující dobou, současnou úrovní znalostí a technologickými vymoženostmi, také závisí na pohledu osoby, která ji definuje i společenského kontextu a organizačního prostředí. Proto se musíme ptát, z jakého pohledu na ní je nazíráno, na jakých hodnotách je založena a z jakých znalostí a zdrojů pramení (Gladkij et al., 1999, s. 13).

Zatímco lékař hodnotí kvalitu péče například podle toho, jak sestra provádí a plní jeho ordinace, sestra hodnotí nejčastěji podle koncepce ošetrovatelského procesu, kterým se řídí.

Podle definice Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, dále jen WHO) z roku 1966, je pojem kvalita uveden jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě věd a praxe.*“, zatímco o pár let později, a to v roce 1982, je termín stejnou organizací nověji definován jako „*stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalosti a technologického vývoje*“ (Gladkij, Heger a Strnad, 1999, s. 12-15).

Gladkij (2003, s. 289) ve své knize Management ve zdravotnictví definuje systém kvality „*jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují.*“

Předešlé definice jsou stejně složité jako problematika sama. Jednodušší vymezení pojmu kvalita péče předkládají autoři Škrla a Škrlová (2003, s. 36) ve znění: „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.*“

Pokud bychom shrnuly uvedené definice, mohli bychom kvalitu péče označit jako postupy, které hledají a analyzují metody, vedoucí k nejlepším výsledkům. Management ZZ se tyto postupy snaží aplikovat do široké medicínské praxe, aby došlo ke zlepšení zdraví a spokojenosti pacienta.

2.3 Posuzování kvality péče pacientem

Kvalita péče očima pacientů, je nejčastěji posuzována podle uspokojených základních potřeb pacienta v době ambulantního vyšetření. Většinou se tedy setkáváme, že kvalitu péče jednoduše pacienti charakterizují podle toho, co od nás očekávají s ohledem na svoji diagnózu. Zacharová, Šimčíková - Čížková (2011, s. 16) vyzdvihuje vnímání a pozornost pacienta na jednání se zdravotnickými pracovníky. Pacient posuzuje a hodnotí oblasti, které úzce souvisí s profesní morálkou a ovlivňují profesní chování zdravotníků k pacientům. Takové hledisko zahrnuje např. kladné vlastnosti osobnosti, dodržování Etického kodexu a práv pacientů. Haškovcová a Pavlicová (2013, s. 18) tvrdí, že právě chování sester rozhoduje o tom, zda si laická veřejnost bude kvalitu našeho zdravotnictví pochvalovat, či nikoliv.

Pacient posuzuje kvalitu péče také podle vystupování, upraveném zevnějšku, komunikace a kultivovanosti verbálního a neverbálního projevu, i podle kvalifikace zdravotnických pracovníků v daném oboru a jejich kompetencí k výkonům, které v rámci své činnosti provádí. „*Profesionalita je dána dodržováním diagnostických, terapeutických, hygienicko-epidemiologických zásad a ošetrovatelských standardů, vysokou úrovní komunikace s pacienty, ale také s kolegy uvnitř a vně zdravotnického zařízení*“ (Bártlová, Hnilicová, 2000, s. 5).

Zásadní a rozhodující význam, pro posuzování kvality péče pacientem, má tedy nepochybně kromě osobnostních předpokladů také kvalifikační úroveň lékařů, všeobecných sester a dalších zdravotnických pracovníků, kteří přicházejí do bezprostředního kontaktu s pacienty a řeší jejich konkrétní zdravotní problémy (Gladkij, 2003, s. 320).

Gladkij, Heger a Strnad (1999, s. 127) na základě hodnocení kvality péče pacientů, kteří obecně uvádějí: „*kvalita je naplnění našeho očekávání*“, píší, že je mnoho zdravotnických pracovníků, kteří nesdílejí toto stanovisko, nebo jsou dokonce zastánci názoru, že pacienti v podstatě nejsou kompetentní, nebo by vůbec neměli, vzhledem ke složitosti zdravotního systému, úroveň poskytované zdravotní péče posuzovat.

2.4 Kvalita diagnostiky neinvazivní kardiologie

Pracoviště, v našem případě neinvazivní kardiologie, patří pod odbornost kardiologie. Kardiologie je obor vnitřního lékařství, zabývající se diagnostikou onemocnění srdce, kterými jsou vrozené srdeční vady, ischemické choroby, srdeční selhání a další řada srdečních onemocnění. Pod hlavní odbornost pracoviště, neinvazivní kardiologie, spadá ambulance

kardiologická, kardiostimulační a ambulance kardiiovaskulární diagnostiky, jejíž dílčí části jsou vyšetřovny pro ECHO (technika využívající ultrazvuk k vyšetření srdce), Holterovo monitorování (jedná se o 24hodinové monitorování EKG nebo TK, umožňující zachycení poruch srdečního rytmu nebo hodnot krevního tlaku), Ergometrie (diagnostika EKG při fyzické zátěži sloužící k odhalení poruch prokrvení srdečního svalu, případně stanovení limitní zátěže vyšetřované osoby) a HUT vyšetření (diagnostika odhalující příčiny synkopálních stavů).

Pracoviště se dále věnuje výzkumné činnosti. Preferuje aplikovaný výzkum, zejména v nových léčebných metodách pomocí farmakologických studií.

Na úseku kardiiovaskulární diagnostiky interní kliniky Institutu postgraduálního vzdělávání (dále jen IK IPVZ), se provádějí odborná vyšetření, především pro potřeby odborných ambulancí, obvodních nebo privátních lékařů v rámci celého Zlínského kraje, i hospitalizovaných pacientů. Moderní technické vybavení, přístroje dosahující vysoké kvality zobrazovacích metod a počítačový software, výrazně zdokonalují morfologickou diagnostiku srdečních postižení a zkracují dobu, potřebnou k provádění žádaných vyšetření před kardiologickými zákroky.

Gladkij (2003, s. 319) uvádí, že pokud jde o úroveň, či kvalitu diagnostiky, je nutno hledat odpovědi pro dosažení kvality péče především na tyto otázky:

1. Jsou běžná diagnostická vyšetření prováděna včas?

Sestra musí umět podle indikací lékaře či uvedeného požadavku na žadance (žadanka „K“ pro odborné ošetření/vyšetření) rozeznat závažnost a urgentnost vyšetření. U stabilizovaných pacientů zajišťujeme diagnostická vyšetření, rutinní ambulantní kontroly a screeningová vyšetření podle standardního objednávacího systému. U komplikovaných případů, v rámci předoperačních výkonů, dalších léčebných postupů, akutního stavu pacienta poskytujeme diagnostické vyšetření přednostně a včas.

2. Opomíjejí se v některých případech vyšetření, která by měla být provedena?

Zásadní význam má v komplexu kvality diagnostiky prevence diagnostických chyb a nezanedbávání lehce dostupného základního vyšetření nebo odběru základní anamnézy. Aby nedocházelo k nedostatkům, je třeba předcházet důslednou péčí o kvalifikaci pra-

covníků, zvláště pak lékařů, kteří vyšetření indikují, jejich výchovou k profesionální odpovědnosti a soustavnou analýzou zjištěných pochybení v příslušném týmu.

3. Nejsou pacienti zatěžováni zbytečnými diagnostickými metodami?

Lékaři by měli zhodnotit potenciální výsledek vyšetření s ohledem na možnou zátěž pacienta. Každé vyšetření pro pacienta představuje určitou míru zátěže a stresu. Haškovcová a Pavlicová (2013, s. 34) píše, že „*pacient je živá, dýchající bytost, která má své obavy, naděje a strach.*“ V rámci přípravy před diagnostickým vyšetřením zůstávají pacienti často lační, bývají jim zavedeny žilní invazivní vstupy a další zatěžující opatření, proto citlivost indikujících lékařů je velmi důležitá.

4. Není počet vyšetření nadbytečný z hlediska zátěže pacienta či jiných důvodů?

Pro zjištění a zpracování údajů průzkumu, jsem požádala hlavní sestru KNTB a.s., o umožnění přístupu k informacím (viz. Příloha III), abych z dokumentací za poslední dva roky zjistila počet ročně vyšetřovaných pacientů. V roce 2012 bylo na úseku kardiologických ambulancí a diagnostických vyšetřovacích metodách, celkově vyšetřeno 13 397 pacientů, zatím co v roce 2013 pacientů 13 808. To znamená, že naše ambulance statisticky vykazují nárůst, a to ve dvou letech o 411 pacientů⁸.

Nárůst počtu vyšetření je dán jak novými postupy v oblasti předepsaných standardů určitých metod léčby (např. ECHO vyšetření je indikováno před každou aplikací chemoterapie), tak možností určovat lékařské diagnózy podle různých úrovní diagnostických metod (např. diagnostika první volby je ultrazvukové vyšetření, pro upřesnění nálezu je pacient odeslán na CT vyšetření). Je tedy na lékařích a jejich uvědomění, aby zvážili přínos vyšetření s ohledem na další postup léčby a neordinovali vyšetření, po jejímž stanovení diagnózy nebudou moci, např. ze zdravotních či sociálních důvodů pacienta, provádět další léčebný postup.

⁸ Statistická měření zaznamenává a archivuje naše pracoviště neinvazivní kardiologie IK IPVZ od roku 1997.

3 STRATEGIE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Při vyhledávání odborné literatury pro bakalářskou práci jsem natrefila na knihu Strategický marketing zdravotnických zařízení. Knihu, kterou po přečtení mohu označit za profesionální, moderní a průkopnickou. V této kapitole bych z této knihy, pro přínos vylepšení a modernizaci ambulantní péče, ráda zmínila nejpodstatnější údaje.

Autoři Exner, Raiter a Stejskalová (2005, s. 9) v knize uvádí, že česká ZZ se nacházejí ve stavu sílící konkurence a hrozby zániku se tak stávají čím dál více reálnými. Budoucnost - jistota nemocnic a jejich ambulantních zařízení, na kterou jsme byli v tomto oboru po desetiletí zvyklí, se více proměňuje jen v určitou pravděpodobnost. Autoři se snaží sdělit a představit manažerům nemocnic, neboť jim patří tyto kompetence, nové, dříve neexistující příležitosti - nástroje, neboli strategie, které mění nemocnice v moderní a pro pacienty zajímavé prostředí.

Nástroje rozvoje můžeme v obecné rovině označit jako pomůcky k výkonu, podpoře nějaké činnosti. Jsou to všechny prostředky, které napomáhají ke zmiňovanému dosažení cílů. Hlavními třemi skupinami nástrojů rozvoje můžeme označit nástroje finanční, např. dotace, nástroje nefinanční, např. propagace, webová prezentace, příspěvky a tisku, vizuální image ZZ, kterou se v následujících podkapitolách blíže zabýváme, nebo nástroje podpůrné, např. analýza statistik nebo služby SMS. Vhodná kombinace těchto a dalších nástrojů, je klíčovým krokem pro efektivní uplatňování strategie (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 12).

Pod pojmem strategie lze vidět poslání podniku, vize, které představují časově a věcně provázaný soubor projektů, jejichž úspěšná realizace povede k dosažení dlouhodobých cílů. Tyto cíle společnosti musí být stanoveny tak, aby pokrývaly vše, co je pro úspěch daného zařízení důležité. Pro zvolené kritické faktory úspěchu je pak zvolen jeden nebo více klíčových indikátorů výkonnosti (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 25).

Strategie ve zdravotnictví je tedy volba metody k dosažení stanovených cílů, které jsou pro dané ZZ nutná. Protože je každý cíl obvykle možný dosáhnout více postupy, strategie porovnává více alternativ, aby výsledek výběru metody, byl tím nejvýhodnějším.

3.1 Smysl tvorby strategie zdravotnického zařízení

Strategické řízení přichází na řadu právě tehdy, když v nás převládne pocit, že chceme skutečně věci racionálně řídit a dosáhnout viditelného úspěchu. Zcela evidentním jevem je vzrůstající interdisciplinarita - zapojení všech úrovní řízení včetně odborných profesí, jako jsou lékaři, střední zdravotnický personál (dále jen SZP), integrace poznatků behaviorální a spotřebitelské psychologie, sociologie, komunikačních věd a marketingového výzkumu. Strategie ZZ se stala multioborovou záležitostí, čímž se naskytá otázka, zda má vůbec smysl se zabývat něčím neuchopitelně systémovým, když jsou výsledky průzkumu jen jakési předpovědi? Má.

Protože na rozdíl od praktikismu (směru ignorující jakékoliv teorie vědy), ekonometrie (metody řízení vycházející z ekonomických ukazatelů), MBO (řízení podle cílů) a v neposlední řadě standardů a akreditací - jak uvádí Exner (2005, s. 17) „*výstřelcích poslední módy v našich podmínkách*“, nemá strategie díky zafixovaným standardům na rozdíl od výše uvedených metod „*konzervační potenciál*“.

Výše jmenované praktiky řízení, jsou Exnerem jmenovány jako alternativní, sloužící především k doplnění reálného obrazu možností.

3.2 Marketing ve zdravotnictví

Marketing není ve zdravotnictví pojem neznámý, nicméně, je díky nejednoznačnosti ve většině případů nesprávně chápán nebo užíván. Marketing není ničím jiným, než vytvářením, ale také realizací strategie, která se obrací především na tržní a konkurenční aspekty činnosti ZZ.

Tržní rozhraní, místo, kde se ZZ setkává s vnějším, reálným světem, je v dnešní době nejvíce určujícím prvkem jeho životaschopnosti (Exner et al., 2005, s. 11-12). Lidé velmi vnímají problematiku péče o zdraví, problematiku zdravotnictví. Preference obyvatelstva ke zdravotnictví vykazují vysoký stupeň priorit, vnímání a citlivých postojů. ZZ působící v tomto prostředí na tento fakt musí adekvátně reagovat a přizpůsobit se mu, protože zdravotnictví se dotýká každého z lidí, neboť každý je potenciální pacient.

Dlouhodobá prosperita ZZ, je tedy velmi úzce spjata s poskytovanými službami. Aby došlo k naplnění potřeb pacientů, je nutností ZZ neustálý monitoring spokojenosti v několika oblastech. Jedná se především o sledování přání pacienta, jeho hodnocení činností poskytovaných ZZ, sledováním toho, co mu pomáhá a brání překonávat zdravotní potíže a dalších (Exner et al., 2005, s. 36).

Marketing, je proto velmi důležitý, i když ve ZZ o to těžší, jak oborově širokým a přitom extrémně specializovaným segmentem dnes medicína a zdravotní péče jsou.

3.3 Strategická komunikace

Stejskalová (2005, s. 66-67) píše, že „komunikace bez strategie je jako loď bez kormidla.“ Otevřená a zároveň systematická komunikace je v dnešní době nutností. Způsob komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty je tedy pro ZZ stěžejní.

Strategickou komunikací rozumíme základní způsoby jednání zdravotnického personálu vůči pacientovi i předávání a sdělování informací. Nejúčinnějším způsobem komunikace pořád zůstává osobní rozhovor.

Pacienti velmi silně vnímají způsob, jak se s nimi jedná, jak jsou informováni např. o možnostech léčby, nebo jaká rizika při léčbě podstupují. Úkolem strategické komunikace je efektivní přístup v jednání s pacientem i potřeba vyzdvihnout unikátnost, specializaci, odborníky, originální přístupy a všechny tyto dojmy sladit do jedinečné podoby, která vás odlišuje od konkurence (Exner et al, 2005, s. 69).

Na vnímání image ZZ, působí celá řada vjemů, které pacienti průběžně dostávají. Může jít o vlastní zkušenosti, doporučení známých, informace sdělené přes internet a sdělovací prostředky. Komunikace s médii má dle Exnera (2005, s. 155) velký význam pro vytváření určitého obrazu příslušného ZZ. Média prezentují aktivity a činnosti ZZ navenek. Mediální realita tímto představuje nový typ veřejné kontroly kvality, ale zároveň je také velkou příležitostí k budování dobrého jména. Způsob a komunikace s médii se odvíjí především od velikosti ZZ. Velká zařízení mají pro komunikaci s médii ustanoveného tiskového mluvčího, na kterého je delegována veškerá práce s médii.

Mezi komunikační témata, která jsou pro veřejnost a média relevantní, můžeme zařadit například následující:

- nástup nových odborníků do týmu
- výročí ZZ
- roční výsledky spokojenosti pacientů a porovnání trendů s minulým obdobím
- instalace nových přístrojů, využití moderních technologií pro diagnostiku
- den otevřených dveří nebo programy prevence

Další významnou oblastí marketingové komunikace se stávají pracovníci ZZ, jejichž námítky a připomínky jsou vždy vítány, respektovány a zakomponovány do činnosti celého ZZ.

Neposledním významným způsobem komunikace ZZ s klientem/pacientem je pěstování image. Přívětivé prostředí ambulancí nebo srozumitelný orientačním systém dává ZZ najevo, že o pacienta stojí a váží si jeho osoby.

Vizuální identita zanechává v klientovi typický obraz, se kterým se ZZ pojí. Nová image zařízení by měla být vedena formou promyšlené komunikační kampaně. Měla by se skládat z krátkodobých nástrojů, které představí požadovanou image a z dlouhodobých nástrojů, které image budou postupně budovat, upevňovat a zároveň poskytovat zpětnou vazbu (Exner et al., 2005, s. 82-83, 87).

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ZDRAVOTNÍ PÉČE

V této kapitole se pokusíme zmínit faktory, které významně ovlivňují a na kterých je závislá kvalita a úroveň poskytované ambulantní péče.

V dnešní době se setkáváme, že se o pacientovi hovoří jako o klientovi. Z tohoto dříve nezvyklého označení pro pacienta, můžeme vyčíst novou orientaci zdravotnictví na pacienta, co by zákazníka/uživatele, kterému nabízíme své služby, abychom tak vyhověli jeho přání a očekávání. Exner (2005, s. 98) rozděluje faktory, které ovlivňují kvalitu zdravotní péče, do několika okruhů:

1. Psychologické proměnné - spokojenost pacientů, vztah sestra - lékař - pacient
2. Sociodemografické proměnné - vzdělání, pohlaví, věk
3. Zdravotní proměnné - pacientův zdravotní stav, četnost návštěv v zařízení
4. Externí faktory - prostředí nemocnice, orientační systém

Věnujme se nyní podrobněji spokojenosti pacientů a vzájemnými vztahy sestra - lékař - pacient. Je důležité sdělit, že i když se tyto vztahy navzájem proplétají a jsou ve stejných důležitých rovinách, ve standardizovaném dotazníku „Kvalita očima pacientů“ je pozornost soustředěna významněji na vztah pacient - lékař. Pokusíme si vysvětlit a ukážeme si v následujících podkapitolách, do jaké míry v ambulantní péči působí činnost sestry, lékaře a na kterém ze zdravotnických pracovníků je pacient v ambulantní více závislý.

Faktory ovlivňující kvalitu zdravotní péče si tedy rozdělíme zvlášť na část ošetrovatelskou (vztah sestra - pacient), neboli úloha sestry a část léčebnou (vztah lékař - pacient), úloha lékaře. V psychosociálním přístupu k pacientům si uvedeme aspekty, kde se role lékaře a sestry, přístup k pacientovi setkávají a jsou pro všechny společné.

4.1 Spokojenost pacientů

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb, který chápe spokojenost pacientů jako jeden z neopominutelných výstupů a cílů, o kterých ve zdravotnictví jde. Bártlová, Hnilicová (2000, s. 61, 63) píší, že pacienti, kteří jsou spokojeni s průběhem léčby, více důvěřují ošetrujícímu personálu a pozitivně ovlivňují míru spolupráce se zdravotníky. Dále uvádějí, že situace v oblasti sledování spokojenosti pacientů

je povzbudivá, protože i přes metodologické problémy převládá mezi odborníky v oblasti managementu zdravotní péče názor, že je spokojenost pacientů potřeba sledovat.

Obecně platí, že pravidelné zjišťování úrovně spokojenosti pacientů může sloužit jako velmi dobrá preventivní metoda, bránící vznikání vážných problémů a oprávněných stížností pacientů. Je také důležité při interpretaci výsledků zmínit, že i malé odchylky od hodnot nejvyšší spokojenosti mohou mít velkou vypovídající hodnotu, protože ukazují na reálně existující problémy, kterými je potřeba se zabývat.

Problém, zda je vůbec možné vymezit či definovat spokojenost pacientů a pokud ano, tedy jak, je v odborných kruzích často diskutován. I když určité pokusy v tomto směru existují, v odborné literatuře nenacházíme jasný a teoreticky zakotvený koncept pro relevantní interpretaci, stručně nastíníme proto jejich základní myšlenkový rámec v uvedení pár modelů:

- **Model postavený na dosažení určitých hodnot v definovaných dimenzích péče**

Úskalí tohoto modelu spočívá v tom, jaké všechny dimenze to mohou být a kolik se jich považuje za podstatné.

- **Model postavený na splnění přání pacienta**

Spokojenost pacientů lze vysvětlit vztahem mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal. Zde musíme zdůraznit, že často idealistické požadavky nejsou totožné s reálně požadovanou péčí.

- **Pragmatický model spokojenosti pacientů**

Uvedený model je nezbytné zjednodušení velmi komplexního jevu a pokusem o přehledné zachycení všech podstatných faktorů ovlivňující spokojenost.

Na čem je tedy spokojenost pacienta závislá? V první řadě na tom, jaké povahy je pacientovo onemocnění, a tedy jaký typ péče z hlediska medicínského mu byl poskytnut. Do hry však významně vstupují socio-demografické charakteristiky, jako je věk, vzdělání, a ekonomické postavení pacienta, stejně jako kulturní a rodinné zázemí. Tyto charakteristiky významným způsobem ovlivňují míru spokojenosti tím, že determinují hodnotovou orientaci pacienta a jeho individuální preference (Bártlová, Hnilicová, 2000, s. 71).

4.2 Ošetřovatelská péče a úloha sestry

Nejkrásnější a nejuvýstižnější citát o ošetřovatelství, který se mi kdy dostal do rukou, abych si jej mohla přečíst, zní: „*Krankenpflege ist, wenn man lernt, mit Augen und Händen zu sagen und zu verstehen, was mit Ohren nicht gehört oder mit Worten, nicht gesagt werden kann.*“ Gerda Jagnow⁹. Ve volném překladu by mohl znamenat: Ošetřovatelství je, když se učíme očima a rukama sdělovat, co nemůžeme slovy říct a porozumět tomu, co ušima nemůžeme slyšet.

Ošetřovatelství je bohužel činnost. Je to umění cítit a vnímat potřeby druhého člověka. Je to činnost, která se snad nedá naučit, daná jako ctnost, vznešená a snad i pokorná, nezištná, konaná v prospěch druhého člověka. Právě sestra je člověk tolerantní, laskavý a mající ve vztahu k pacientovi blíž než lékař, neboť pro něj má většinou více času na poskytnutí porozumění a naslouchání jeho problémům. Sestra musí najít pomoc pro pacienta, když vidí, že ji potřebuje, je přítomna, když všichni ostatní odejdou. Sestra, stojí u pacienta ve dne, v noci nad ním bdí. Nepochybně i dnes platí moudrá slova E. Rodheové o tom, že „*ošetřovatelství není pouhé řemeslo, ale práce s nejkrásnější náplní.*“

Je ovšem zarážející, že prakticky neexistují doporučení, jak se mají sestry chovat a jaké standardy by se měly dodržovat v ambulantní péči (Haškovcová a Pavlicová, 2013, s. 96).

Staňková (v roce 1996) vyjádřila výrok o moderním zdravotnictví, ambulantní sféře: „*Kvalita kontaktu sestry a pacienta je stejně důležitým kritériem celkové úrovně péče, jako kvalita diagnosticko-terapeutické činnosti a ošetřovatelské péče sester na lůžkové části ZZ.*“

Tento ideál ošetřovatelství platí i dnes. Kontakt sestry s pacientem, může být mnohdy jedinou péčí o pacienta. Zamysleme se nad touto skutečností a uvědomme si, že v ambulantní péči jsme tu my - pro pacienty, nikoliv oni pro nás. Snažme se o přívětivost a nabídněme jim své služby.

⁹ Gerda Jagnow je všeobecná sestra pracující v univerzitní nemocnici Jena, Deutsch Republik.

Požadavky na ošetrovatelskou ambulantní péči se liší podle diagnózy a klinického stavu pacienta. Kvalita práce sestry je do jisté míry ovlivněna transformací zdravotnického systému. Nové poznatky v medicíně, vybavení ZZ počítačovou technikou a měnící se způsob práce přináší stále nové dovednosti všeobecné sestry, které nutí sestry ke zvyšování kvalifikace. Sestra v ambulanci zajišťuje mnoho různorodých činností, které popisuje Šaránková, Nejedlá (2006, s. 13):

- Reguluje příjem a pořadí pacientů
- Zakládá a vyhledává dokumentaci pacientů v kartotéce
- Měří fyziologické funkce
- Provádí základní vyšetření (odběry krve, moči, natočení EKG, aj.)
- Aplikuje léky dle ordinace lékaře
- Udržuje čistotu, provádí dezinfekce ordinace a pomůcek v ní
- Objednává pacienty na vyšetření
- Provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a PC
- Doplnjuje zdravotnický materiál
- Asistuje lékařům při vyšetření

Další oblasti ambulantní péče je schopnost sestry umět definovat problém nemocného a znát jeho závažnost určující k dalšímu postupu. I pravidelně sledovaným a docházejícím pacientům na běžná vyšetření se může stát, že se jejich jinak zaléčené onemocnění změní v akutní záležitost.

Ošetrovatelská péče se u kardiologicky nemocných pacientů především soustřeďuje (popisováno ve stručnosti) na sledování:

- **Bolesti na hrudi** - objevují se náhle nebo mohou narůstat postupně a vyzařovat do paží, krku nebo zad. Bolesti na hrudi mohou být vyvolávány nebo se zhoršovat se stresem, námahou či hlubokým dýcháním. Je důležité, aby pacient byl řádně o charakteru bolesti, okolnostech i délce trvání poučen a znal pro ni všechna opatření.
- **Dušnosti** - subjektivního pocitu nedostatku vzduchu, doprovázeného ztíženým dýcháním. Sledování dušnosti je významným indikátorem, který nám pomáhá, podle stupně námahy, rozlišovat pokročilost a závažnost stádií srdečního onemocnění.

- **Palpitací** - bušení srdce trvalého nebo záchvatovitého (paroxysmálního) charakteru, kterou můžou vnímat i jinak zdraví lidé. Palpitacím je potřeba věnovat velkou pozornost. Nepravidelnost či „přeskakování“ srdce, je významný jev, vedoucí k závažným arytmiím.
- **Synkop** - krátkodobých (několik sekund až minut) ztrát vědomí, z níž se nemocný často rychle probere k plnému vědomí.
- **Periferních otoků** - všímáme si otoků dolních končetin. Řádně poučujeme pacienta o vhodnosti nošení kompresivních punčoch při zátěži, či nošení netěsných ponožek.
- **Únavy** - pacienti při odebrání anamnézy udávají pocit časté únavy, snížené schopnosti pro výkon tělesné práce, nebo stížnost na trvalou ztrátu energie a neschopnost provádět běžné denní aktivity.
- **Krvácivých projevů** - projevující se kožními hematomy nebo větším krvácením. Tyto projevy mohou upozornit na nebezpečí předávkování antikoagulačních léků.

V neposlední řadě významnou činností všeobecné sestry, na pracovišti neinvazivní kardiologie, je edukace. Cílem edukace je výrazná a trvalá změna životního stylu, o kterou se zaslouží sám pacient vědomou snahou o změnu dosavadních zvyklostí. Pozornost kardiologických pacientů zaměřujeme na zásady zdravého životního stylu. Vedeme je k tomu, aby alespoň minimalizovali ve svém životě veškeré faktory, které mohou působit na prognózu jejich onemocnění. Výchovu ke zdraví, která pacientovi usnadňuje návrat do zdraví, nejvíce věnujeme v těchto oblastech:

- **Výživa** - pacientům doporučujeme tzv. středomořskou stravu s odlehčením především živočišných tuků a naopak dostatkem čerstvého ovoce, zeleniny a vlákniny. Rizikovým faktorem pro kardiologická onemocnění je obezita a nadměrné požívání živočišných tuků.
- **Pohybová aktivita** - za nejvhodnější způsob svalového zatěžování pro kardiaky se všeobecně pokládá aerobní svalový trénink. Pacienta poučujeme o postupném zvyšování zátěže a upozorňujeme na varovné tělesné signály, které by měli vést k ukončení vykonávané aktivity. Nedílnou součástí rehabilitace je lázeňská léčba, která pacienty navrácí do optimální fyzické i psychické kondice. Důležitým cílem rehabilitace je motivovat pacienta k trvalému pokračování v pohybové aktivitě.

- **Informace a ostatní doporučení** - nejčastější otázky, kromě zdravotního stavu, které kardiologicky nemocné pacienty zajímají, jsou informace týkající se omezení v řízení motorových vozidel, pracovního omezení a správného užívání léků s poukázáním na možné vedlejší účinky (Marečková, 2006, s. 20).

Pacienty dále informujeme, aby se nenamáhalí hned po jídle, nesprchovali se příliš teplou/studenou vodou či se nevystavovali větrnému počasí a mrazu.

4.3 Léčebná péče a úloha lékaře

Jak jsme uvedli v úvodu kapitoly, budeme se blíže zabývat vztahem lékař - pacient. Tento vztah je v ambulantním ZZ nejvýznamnější. Na rozdíl od lůžkové péče, kde je pacientem více vnímaná ošetrovatelská péče a přítomnost sestry, pacient přicházející do ambulance pro své zdravotní potíže, svoji pozornost zaměřuje více na lékaře. Z psychologického hlediska je tento vztah, lékař - pacient, určován na prvním místě rolí, tedy tradicí předepsaným, očekávaným a vyžadovaným chováním obou.

Vymětal (2003, s. 115) píše, že lékař představuje dominantní, kdežto pacient submisivní roli. Tyto asymetrické vztahy jsou zároveň vzájemně se doplňující, čili jeden nemůže bez druhého být. Honzák (1999, s. 18) naproti tomu mluví o lékaři, co by veřejností tradičně chápán jako nezištný a obětavý „přinašeč a obnovitel zdraví“, který by měl být vždy k dispozici.

V dřívějších dobách pacient neměl právo svobodné volby lékaře, patřil do určité spádové oblasti, měl státem stanoveného obvodního lékaře nebo ambulantního specialistu. V nemocnici existoval často jev zvaný „medicína mlčení“. Lékař vyšetřil pacienta, naordinoval léky, potřebnou péči. Léčil a mlčel. Pokud se pacient sám dotazoval, bylo mu často naznačeno, že obtěžuje. Pacient byl vyzýván k poslušnosti, podřízenosti a byl vděčný. Tento vztah, byl označován za paternalistický. Toto předchozí tradiční pojetí v nás do větší či menší míry přežívá a bývá zdrojem mnohého nedorozumění tehdy, jestliže lékař a nemocní se v takto vymezených vztazích nesejdou a zklamávají vzájemná očekávání. Řada lékařů setrvává v paternalistické roli a jen nerada připouští, že se pacient má v léčebném procesu stát partnerem.

Co je ovšem potřeba také podotknout, že většina pacientů je zvyklá spolehnout se na lékaře a zdravotnický systém, který je nevede k tolik žádané odpovědnosti za své zdraví, ani k aktivní spolupráci při léčbě. Stává-li se pacient partnerem, nese účast na rozhodování a odpovědnost za své zdraví, mluvíme o partnerském modelu vztahu lékaře a pacienta. K

jeho většímu rozšíření ale stále brání řada překážek. Na straně zdravotníků je to např. nechuť k osobní angažovanosti, na straně pacientů nepřipravenost na rovnocenný vztah s lékařem, na spoluodpovědnost a na rozhodování související s jejich léčbou.

Obecně můžeme říci, že pacienti si ke svému lékaři vytvářejí osobní vztah, očekávají jeho osobní zájem a pochopení pro své utrpení a obavy. Mají tendenci vidět osobní zájem lékaře i tam, kde není, eventuálně se ho snaží naklonit, zaujmout a individuální zájem vyvolat. (Honzák, 1999, s. 18).

První dojem a průběh ambulantního vyšetření je určován rozhovorem mezi lékařem a pacientem, který spolupráci a vztah velmi výrazně ovlivňuje. G. L. Engel napsal: *„Rozhovor s pacientem je aktivní dynamický proces, jehož účinnost velmi závisí na lékařových znalostech a zkušenostech, a neméně na jeho schopnosti neustále shromažďovat a třídit informace, rozpoznávat jejich smysl, zkoumat jejich význam a zůstat otevřený a nepředpojatý k těm informacím, pro které zatím nemá vysvětlení.“* Z uvedeného citátu vyplývá, že vedení rozhovoru vyžaduje jakýsi cit a umění.

Příkladem procesem rozhovoru v ordinaci by mělo být vytvoření klidného prostředí. Navození atmosféry důvěry a bezpečí je hlavním předpokladem sdílnosti. Situaci rozhovoru navozujeme nenuceně. Je nezbytné zachovat zdvořilost, pozdravit, představit se, nabídnout místo a reflektovat důvody vyšetření, zeptat se na obtíže apod. Teprve po navázání dobrého kontaktu lze přistoupit k vlastní rozmluvě. V rozhovoru mezi lékařem a pacientem je důležité poskytovat jasné a přiměřeně srozumitelné informace o léčbě. Lékař svým přístupem pomáhá pacientovi, aby si ujasnil či upřesnil skutečné důvody, které ho přivedly do ordinace.

Rozhovor je velmi obtížnou metodou proto, že se neustále pohybujeme na dvou rovinách - jednak bezprostředně reagujeme, jednak vytváříme určitou strategii jeho vedení a situaci kontrolujeme. Honzák (1999, s. 15) obecně doporučuje vyhýbat se sugestivním otázkám, které vedou ke skreslené odpovědi a délku rozhovoru nepřesahovat 50 minut.

Podle požadavků Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu určeného lékařům, se při rozhovoru s pacientem doporučuje dodržovat 6 oblastí (Honzák, 1999, s. 9, 17-20, 45), ze kterých uvádím nejpodstatnější údaje:

1. Objasnit důvod pacientovy návštěvy

- Dotázat se na důvod návštěvy
- Vyjádřit svou emocionální účast ve vztahu ke stížnosti nebo problému
- Zeptat se pacienta, zda se snažil problém řešit sám a jak

2. Shromáždit anamnestické údaje

- Požádat pacienta, aby popsal své potíže
- Ptát se na průběh potíží během dne
- Ptát se na časový průběh a okolnosti, jež potíže vyvolávají
- Ptát se na předchozí léčbu a její výsledky
- Ptát se na rodinnou anamnézu

3. Navrhnout řešení

- Vysvětlit srozumitelně podstatu problému či diagnózy
- Vysvětlit příčiny potíží
- Poskytnout informaci o prognóze potíží
- Diskutovat klady a zápory doporučeného řešení
- Vysvětlit konkrétně, jak budou doporučení realizována
- Zkontrolovat, zda pacient porozuměl navrženému doporučení

4. Strukturovat rozhovor

- Představit se hned na počátku rozhovoru
- Udělat závěry týkající se důvodu vzájemného setkání
- Udělat závěry týkající se anamnézy a zdůraznit významné údaje z vyšetření
- Shrnout poznatky týkající se důvodů

5. Zvládnout dovednosti mezilidského vztahu

- Umět povzbudit vzájemnou komunikaci
- Přiměřeně emočně reagovat
- Umět sladit své neverbální projevy se slovním projevem
- Umět udržet oční kontakt s pacientem

6. Zvládnout komunikační dovednosti:

- Užívat správné cílené otázky
- Poskytovat informace po malých dávkách
- Zkontrolovat, zda pacient porozuměl informaci
- Komunikovat srozumitelně

Každodenní péče o pacienty, vyžaduje od lékaře profesionální přístup. Samotná verbální komunikace zaujímá zvláštní pozornost, neboť vyžaduje zcela zvláštní schopnosti, kterými se musí zdravotníci naučit již během profesní přípravy. Je-li tato dovednost komunikace kvalitní, teprve tak se stává efektivním prostředkem k naplnění potřeb pacientů ve ZZ.

4.4 Psychosociální přístup k pacientům

Nejenom u hospitalizovaných, ale i ambulantních pacientů má pečující zdravotnický personál v rukou jeden z nejdůležitějších úkolů, kterými jsou: podporovat, upevňovat zdraví a podílet se na jeho navrácení, zmírňovat utrpení nemocného člověka, rozpoznat a uspokojit všechny jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. U pacientů můžeme identifikovat různé emoční projevy, např. strach z nebezpečí smrti, z dlouhodobějších zdravotních potíží, změny socio-ekonomické situace, či jiné adaptace v důsledku nemoci. Vhodný psychosociální přístup, citlivé empatické chování zdravotnického personálu proto hraje důležitou a nezastupitelnou roli, která může mnohdy velkou měrou přispět ke spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované péče.

Jobánková (2004, s. 176) uvádí, že psychologický přístup k nemocnému, přihlíží k pacientovým osobnostním zvláštnostem, počítá s prožitky nemocného jako s faktorem, který se na průběhu nemoci a na jejím léčení výrazně podílí. Pokorná (2006, s. 79, 83) dodává, že abychom tyto změny mohli respektovat, je potřeba přizpůsobit komunikační techniky schopnostem a dovednostem naslouchajícího. Haškovcová a Pavlicová (2013, s. 29) uvádí, že v ambulantní sféře není potřeba výjimečné komunikace sestry s pacientem, neboť ji potřebuje minimálně a vystačí s běžnou komunikací, jež obsahuje především elementární slušnost, takt a základní ohleduplnost.

Vzhledem k tomu, že na našem pracovišti neinvazivní kardiologie jsou nejpočetnější vyšetřovanou skupinou pacientů senioři, jmenujme psychosociální jevy vyskytující se v tomto období života, které v knize Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky popisuje Jobánková (2004, s. 152):

Hlavní potřeby seniorů:

- potřeba sociálního kontaktu a interakce
- potřeba vysvětlení a potvrzení, ujištění, rady, podpory a edukace
- potřeba komfortu a útěchy, ujištění a uklidnění

Bariéry v komunikaci:

- problémy z důvodu poškození smyslových funkcí nebo poruchou řeči
- emoční labilita, staří nemocní snadno podléhají dojetí
- potíže s orientací a zmateností, špatná adaptace na změny
- nerozhodnost

Chyby v komunikaci zdravotníků se seniory:

- neochotu vyslechnout pacienta nebo zpochybňování jeho problémů
- familiární oslovování, které může snížit jejich důstojnost
- jednosměrnost komunikace s chybějící zpětnou vazbou
- autoritativní přístup
- přenos vlastních zkušeností do komunikace
- předpoklad omezení schopností pacienta v důsledku stáří

U všech věkových kategorií ovšem platí, že každý pacient je individualita a vyžaduje rozdílný přístup. Nemocného přijímáme se všemi projevy, nekritizujeme jeho chování, reakce, ani způsob hovoru s námi. Příležitostí, kdy sestra s pacientem nejčastěji komunikuje, je příprava před samotným vyšetřením. Podstatné je, abychom s pacienty komunikovali nejen na verbální úrovni a udržovali kontakt očí, ale zároveň sledovali i jeho neverbální projevy, které by mohly signalizovat, že má bolest, špatně snáší např. odběr krve, nebo že potřebuje chvíli odpočinku.

Situace u lékaře v ambulanci je pro pacienta důležitá. Má-li se pacient cítit v přítomnosti lékaře dobře, bývá pro něj většinou důležité, opřít se o svou „vnější vizitku“, kterou může signalizovat svůj sociální status, moc, image. Honzák (2009, s. 39, 43, 44) v knize Základy lékařské psychologie píše, že oblečení je pomocníkem při řeči těla. Člověk používá oděvu, aby například předvedl, jaký je, respektive jak by si přál vypadat v očích druhých.

Běžným jevem, se kterým se setkáváme, je stud, který může zdravotníkům obrněným profesionální rutinou, mnohdy uniknout. Pro většinu pacientů je situace, kdy mají být obnaženi o to těžší, je-li lékař opačného pohlaví. Nejen že člověk ztrácí odložením šatů při vyšetření na výše jmenovaných jistotách, ale i musí pustit do své intimní zóny cizího člověka, předvést tělo v nepříznivé poloze, nemocí poznamenanou část těla nebo tu část, za kterou se stydí. Musíme být proto vnímaví a ohleduplní, snažit se co nejvíce dodržovat a zachovávat pacientovu důstojnost a soukromí.

5 PROSTŘEDÍ INTERNÍ KLINIKY KNTB, a.s.

Interní klinika Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů se sídlem ve Zlíně zahájila svou činnost v květnu 1983.¹⁰ V té době zaměření její činnosti a vnitřního členění budovy splňovalo požadavky moderní koncepce ZZ. Postupem času dochází nejenom ke stavebním přeměnám stávajícího prostředí tak, aby utvářelo vyhovující moderní zázemí pro nynější nároky široké veřejnosti, ale i k bezbariérovým a estetickým úpravám.

Přeměny prostředí Interní kliniky až do dnešní doby, vytvořily budovu s komplexními zdravotními službami, které výrazným způsobem rozhodují o míře úspěšnosti léčebných a diagnostických zásahů a hlavně dostupnosti, komfortu a spokojenosti pacientů. Kardiologické centrum s pracovišti ambulancí neinvazivní kardiologie, které je v přízemí budovy postaveno, poskytuje vysoce specializovanou péči pacientům celého Zlínského kraje.

5.1 Vybavení ambulancí neinvazivní kardiologie

Pracoviště neinvazivních kardiologických ambulancí je pro snadnější dostupnost ambulantním pacientům umístěno v přízemí budovy IK IPVZ. Na odborná vyšetření zde docházejí ambulantní pacienti, kteří jsou k odbornému vyšetření posíláni na základě doporučení obvodního lékaře nebo jiného specialisty po předchozím objednání, i pacienti hospitalizovaní. Po propuštění z nemocnice jsou zde kontrolováni kardiologičtí pacienti a jsou jim zde poskytovány v plné šíři konzultace k dané problematice. Nebývá proto výjimkou, že se na společných chodbách potkávají „chodící“ ambulantní pacienti s pacienty „ležícími“, upoutanými na lůžku.

V každé ambulanci je určeno místo pro zázemí pacienta (vyhraněné místo pro odkládání osobních věcí) i místo pro práci sestry a lékaře. Důležitými doplňky ambulancí jsou pomůcky a vybavení určené např. ke chránění studu pacienta (závěsy u dveří), vhodné osvětlení a pojízdné vyšetřovací lehátko. Neopomenutelnou součástí každé ambulance je také kartotéka. Digitální váha i výškoměr slouží k přesnému měření pacientů. Lékárna i lednice

¹⁰ *Informativní publikace o Interní klinice ILF se sídlem ve Zlíně*. Zlín, 1983.

jsou další důležitou součástí ke správnému uchování a uskladnění léků. V poslední době, díky zvyšujícím se nárokům pacientů, zlepšujeme klima ambulancí zvláště v letních měsících vhodně nastavenou klimatizací.

Specifickým vybavením kardiologických ambulancí jsou pomůcky k případné resuscitaci (ambuvak, defibrilátor, monitor ke sledování životních funkcí), dále tonometr, fonendoskop a pojízdný infuzní stojan (Šaránková, Nejedlá, 2006, s. 13-14).

5.2 Prostředí a potřeby čekárny

Čekárna je místo, které má vliv na smyslové prožívání a vnímání prvních dojmů. Dříve než pacient vstoupí do ambulance, všímá si nápisů, jmenovek na dveřích. Barevné ladění stěn, udržování čistoty, vypovídají mnohé o charakteru prostředí, ale také o osobní a kulturní úrovni pracovníků. Čekárna by měla představovat komfort v podobě velkého prostoru, počtu míst k sezení, snadno dostupného, bezbariérového WC, přísunu denního světla a možnost větrání čerstvým vzduchem. Nápojový i jídelní automat umístěný v čekárně nabízí pacientům rychlé občerstvení. Tuto formu občerstvení přívětivě vnímají pacienti, kteří odcházejí z vystření, na něž museli být lační, i pacienti dlouho čekající, pro zpříjemnění chvíle. V rámci výchovy ke zdraví a šíření veřejné osvěty pacientům, zajišťujeme edukační materiály i jiné odborné materiály, plakáty podporující informovanost pacientů o zdraví, zdravém životním stylu i možnostech léčby.

Čekárna ambulance je prostor, který má na utváření pozitivního vztahu sestra-pacient zásadní význam. Je místem očekávání, které pacient vnímá s velkým emocionálním nábojem. Určitý čas strávený čekáním, pacienta vede k nejrůznějším reakcím. Za těmito projevy se skrývá strach z vyšetření, stoupající nervozita nebo i časové ztráty pro pracující. Je proto na místě udržovat s pacienty občasný slovní i oční kontakt, který postačí k tomu, aby věděli, že nejsou ignorováni, že o nich víme a určitě s nimi počítáme. Čekající pacienti jsou v roli diváků, proto pro sestru mohou představovat určitou míru stresu. Sledují vystupování sestry i ostatního personálu a celkový děj kolem sebe. Každý zdravotnický pracovník by měl mít stále na mysli, že pacient pozoruje, jakým způsobem komunikujeme, jak reagujeme na dotazy, podněty, jak respektuje práva pacientů, zdali dodržujeme povinnou mlčenlivost nebo jak jsme schopni si poradit s nejrůznějším problémy.

Protože sestry reprezentují svoje pracoviště, je nutné, aby měly vhodné vystupování a míru sebeovládání, neboť si pacienti ještě před vstupem do ordinace vytvářejí vztah nejen k sestram samotným, ale také ke ZZ jako celku.

5.3 Orientační systém

Vizuální komunikaci můžeme považovat za základ dnešní moderní civilizace. Vygradované životní tempo vyžaduje snadno čitelnou a mezinárodně srozumitelnou komunikaci. Informační design můžeme zařadit mezi komunikační produkty působící na druhé osoby. Podstatou orientačních systémů je tedy výstižná informovanost, srozumitelnost a snad i estetické hledisko.

Podívejme se na orientaci v neznámém prostředí z pohledu pacienta. Předpokládáme-li, že si celkový dojem utváří již před samotným začátkem vyšetření, povšimněme se, zdali je základní nárok pacienta, informovanost v podobě dobře značeného prostředí nemocnice, navigace k hledaným ambulancím, naplněn. Každý den se, v mém zaměstnání, setkávám s celou řadou bloudícími a tápajícími pacienty. Často se zaobírám myšlenkou, do jaké míry je naší povinností zařídit a co je v našich silách za možnosti, abychom tento jev odstranili. Žaloudková (2011) vydala tištěnou příručku praktických rad při zavádění nebo modernizaci orientačního systému v nemocnicích, která obsahuje obecné rady a podklady k zavádění nebo modernizaci stávajících systémů. V příručce tvrdí, že „vedle architektury, je orientační systém první vizitkou ZZ“ a dále, že „při tvorbě orientačních systémů v těchto zařízeních je důležité pamatovat na tyto potřeby pacienta, pro kterého je systém určen.“ Žaloudková (2011) dále nabízí otázku, je-li v ČR je ročně ambulantně ošetřeno téměř 140 miliónů pacientů, jakou pozornost věnují ZZ orientačnímu značení? Píše, že jeho absencí dochází k negativním emocím nemocného (ztráta času, stres, zlost), které mohou ovlivnit jeho terapeutický proces. Při mapování současné situace v nemocnicích, došla při ohlédnutí do historie ke zjištění, že ve většině nemocnic byl v 70. letech 20. století vyvinut poměrně funkční systém, který používal výrazové symboly s upřesněným textem v bleděmodrém poli. V 90. letech 20. století se pak mnoho nemocnic snažilo o individuální vzhled a ne vždy použila základní pravidla vizuální komunikace.

Pro srovnání Žaloudková (2012)¹¹ uvádí situaci orientačního systému v zahraničí, kde nemocnice působí celkově velice přívětivě. Píše: „Najde-li se zařízení, ve kterém by mohl

¹¹ ŽALOUDKOVÁ, Michaela. Orientační značení v tuzemských nemocnicích. In: *Spojená akreditační komise* [online]. 2012 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z <<http://www.sakcr.cz/orientacni-znaceni-v-tuzemskych-nemocnicich/pdf>>.

pacient snadno bloudit, nabízí nemocnice téměř na každém kroku alternativní řešení v podobě mapek a infopultů s proškolenými pracovníky“.

Proč tomu tak je v zahraničí a u nás nikoli? V evropských nemocnicích se problematikou kvalitního návrhu nezabývá pouze jedinec nebo designérská firma, ale celý tým odborníků z oboru psychologie a sociologie. Nedostatky, se kterými se nemocnice v současnosti stran orientačního značení potýkají, je, že systém není koncipován celistvě. Exteriérové značení nenavazuje na značení interiérové nebo o individuálním interiérovém značení rozhodují nekompetentní osoby, jež upřednostňují své estetické cítění před základními pravidly vizuálního značení. Dalším „nešvarem“ je umístování reklamy, která s sebou jistě přináší určité finanční zisky, na nevhodná místa, stínící důležité orientační značení.

Žaloudková (2011)¹² přispívá ve své příručce devatero praktických rad, na kterých doporučuje během vytváření orientačního značení pamatovat:

- 1. Architektura** - i nejlepší orientační systém je neúčinný, pokud je architekturou ZZ způsobena nepřehlednost možného vedení cest. Pokud se týká designu pavilónů a budov (barevné omítky aj.), měly by se odlišovat a uživatelům udávat opěrné body k orientaci.
- 2. Logistika** - na tok pohybu pacientů, který zahrnuje příjem do nemocnice, čekání nebo přesunů po areálu, je stále zapomínáno. Cílem každého ZZ by mělo být vytvoření takového orientačního značení, které zabrání bloudění nemocných mezi jednotlivými ambulancemi a odděleními a tento tok co nejvíce zjednodušit či usměrnit.
- 3. Čitelnost** - čitelnost písma činí ve ZZ značné problémy. K nejčastějším prohřeškům patří užití zbytečného vkládání symbolů do rámečků, či nečitelných detailů.
- 4. Srozumitelnost** - zásadní problém představuje užívání odborných termínů a zkratk. Lékařská terminologie nemusí být každému pacientovi srozumitelná. Užívání zkratk je také zcela nepřijatelné. Sebevětší nedostatek místa nemůže být důvodem pro používání zkratk, které nejsou zcela obecně známé.

¹² ŽALOUDKOVÁ, Michaela, 2011. *Příručka praktických rad při zavádění nebo modernizaci orientačního systému v nemocnicích.*

5. Barevnost - použití barev ve ZZ je téma, o kterém se velmi diskutuje. Provést celkové barevné rozlišení jednotlivých klinik je velmi finančně nákladné a v některých nemocnicích zcela nerealizovatelné. Barevné rozlišení však nemusí být použito po celých stěnách, postačí označení barevným pruhem. Uvedených barevných prvků lze pak využít i v orientačních cedulích.

6. Informace a jejich umístění - na jedné orientační ceduli by mělo být od tří do pěti cílových informací. Slova, která vypadají podobně, jsou často zaměňována, tudíž může dojít k dezorientaci při hledání cíle. Pokud je nezbytné podobně psané názvy klinik (onkologie, ortopedie) umístit na jednu navigační tabuli, je vhodné podobnost slov od sebe graficky odlišit.

7. Šipky - patří k nejčastěji užívaným symbolům. Jejich pomocí lze znázorňovat různé jevy, které mají vztah ke směřům a souřadnicím. Užití šipek proto vymezuje mezinárodní norma ISO 4196.¹³

8. Nosiče informací - při umístování informačních nosičů je třeba pamatovat na následující body: vhodná pozorovací vzdálenost, dostupný čas pro čtení, vhodný úhel pozorování a dobré světelné podmínky.

9. Celková přívětivost - vhodná úprava areálů, čistota a přívětivé informační centrum, kde jsou lidem podávány přesné informace.

Pouvažujme tedy, jaký vliv má cesta do ambulance na psychický stav pacienta? Co lze udělat pro to, aby nemocniční prostředí působilo pozitivně? Nemůžeme přeci dopustit, aby prostředí, pro nás známé, se pro návštěvníky stalo nepřehledné. Musíme si uvědomit, že pacienti přicházející na vyšetření, mají zdravotní potíže, jsou na nás většinou závislí.

¹³ ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT. *Československá norma: Grafické značky. Užití šipek. ISO 4196* [online]. ©1992 [cit. 2013-12-09].

Dostupné z: <<http://www.cni-normy.cz/graficke-znacky.uzitisipek.php>>.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

V této kapitole se věnujeme průzkumu, zaměřeného na kvalitu ambulantní péče, který je realizován dotazníkovým šetřením.

Metodika měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů, byla poprvé ověřena ve Fakultní nemocnici Hradec Králové v roce 2009¹⁴. Pilotní šetření potvrdilo, že navržená metodika je vhodná pro plošný sběr dotazníků v ambulantní péči.

6.1 Cíle průzkumu a výzkumné otázky

Průzkum v praktické části mé bakalářské práce byl realizován s následujícími cíli:

1. Zjistit, jaká je spokojenost pacientů s průběhem vyšetření.
2. Identifikovat potřeby pacientů v rámci ambulantní péče.
3. Zmapovat, co je potřeba v ambulantní péči zlepšit.

Pro upřesnění potřeb pacientů a doplnění průzkumu se zabývám otázkami, které vychází z 11 hlavních dimenzí uvedených ve standardizovaném dotazníku „Kvalita očima pacientů“:

1. Bylo pacientům nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?
2. Jak dlouho čekají pacienti v čekárně před vlastním vyšetřením?
3. Nachází pacienti ambulanci snadno?
4. Jak dlouho se v ambulanci pacientům věnuje lékař?
5. Mají pacienti při vyšetření dostatek soukromí?
6. Vysvětluje personál pacientům před vyšetřením, o co půjde a proč jej potřebují?
7. Vysvětluje lékař účel užívání nových léků a jejich vedlejší účinky?
8. Ví, pacienti po opuštění ZZ, koho kontaktovat v případě, že by se necítili dobře?
9. Jaké jsou sociodemografické údaje pacientů?
10. Jaký je zdravotní stav pacientů před návštěvou v ambulanci?
11. Jaké jsou vlastní názory a postřehy pacientů, které by nám chtěli sdělit?

¹⁴ RAITER, Tomáš. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. In: *Fakultní nemocnice Hradec Králové, Závěrečná zpráva* [online]. 2009 [cit. 2014-02-25].

Dostupné z: <http://www.fno.cz/documents/documents/KOP-A-FN-Hradec_Kralove-2009-PUBLIC.pdf>.

6.2 Popis zkoumaného prostředí

Neinvasivní kardiologie v KNTB, a.s. ve Zlíně má k dispozici 6 ambulancí. Na ambulancích pracují registrované všeobecné sestry a lékaři v ranním provozu od 6:30 do 15:00 hod. Pacienti mají k dispozici čekárnu a společné sociální zařízení v rámci jednoho podlaží interní kliniky. Na vyšetření pacienti přicházejí nejčastěji po předchozí telefonické domluvě, před plánovaným termínem při zhoršení zdravotních potíží nebo na pravidelnou, nejčastěji půlroční kontrolu. Pacienti jsou objednávaní na čas. Před vstupem do ambulance, jsou pacienti personálem vyzýváni k zaplacení regulačního poplatku (regulační poplatky byly zavedeny novelou zákona o zdravotním pojištění - zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů s účinností od 1.1 2008)¹⁵, předložení kartičky pojištění a objednací kartičky s rodným číslem pacienta. Cenné i osobní věci si berou pacienti do ambulance s sebou.

6.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořili pacienti s kardiologickými onemocněními obou pohlaví. Z hlediska věku byl výběr omezen na pacienty dospělého (od 18 let) až po starší věk (senioři). Průzkum byl realizován u pacientů přicházejících ke kardiologickému ambulanci- mu vyšetření, odeslaných od praktických lékařů pro dospělé, odborných ambulancí KNTB a.s., v rámci území celého Zlínského kraje. Po odborném vyšetření pacienti, podle zdravotního stavu, odchází domů nebo jsou odesláni k hospitalizaci, kde se provádí následná léčebná péče.

6.4 Metoda průzkumu

Vzhledem k povaze sledovaného jevu a stanoveným cílům průzkumu byla pro sběr dat zvolena technika dotazníkového šetření. „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři“ (Kutnohorská, 2009, s. 41).

¹⁵ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: *Regulační poplatky - metodický pokyn* [online]. ©2010. [cit. 2014-02-19]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn-1821-1197-3.html>>.

Výhodou dotazníkové techniky je jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného. Naopak nevýhodou této techniky je nemožnost doplnění, zpřesnění při eventuálním nepochopení otázky.

Kutnohorská (2009, s. 42) v knize *Výzkum v ošetrovatelství* uvádí: „*Příznivý dojem u dotazovaného navozuje i vhodná grafická úprava dotazníku. Vhodný je doprovodný dopis, který vysvětlí účel výzkumu*“. Vzhledem k těmto požadavkům jsme sestavili průvodní dopis k dotazníku, který seznamoval respondenty s pokyny k jeho vyplnění i s podmínkami, za kterých budou uvedené informace zpracovány.

Důležitou roli hraje rovněž délka dotazníku. Bartlová, Hnilicová (2000, s. 30) v knize *Vybrané metody a techniky výzkumu* k délce dotazníku dodávají „*konstrukce dotazníku má být taková, aby respondentu spíše přitahovala, než ho odpuzovala*“.

Tady musíme podotknout, že pro většinu pacientů byl standardizovaný dotazník „Kvalita očima pacientů“ na vyplnění dlouhý. Délka dotazníku je odrazovala z časových důvodů, kdy již po vyšetření spěchali na další vyšetření, na odvoz sanitky nebo do zaměstnání. Standardizovaný dotazník použitý pro účely mého průzkumu (viz. Příloha V), blíže popisovaný v kapitole 1.3, obsahoval celkem 55 položek - uzavřených otázek. Odpovědi na otázky byly předem formulovány. Respondent vybíral odpověď, která se nejvíce blížila jeho názoru.

Položky byly za účelem naplnění cílů průzkumu sestaveny následovně:

K cíli č. 1 se vztahovaly položky č. 46, 47, 48, 49.

K cíli č. 2 se vztahovaly položky č. 7, 12, 16, 41.

K cíli č. 3 se vztahovaly položky č. 6, 15, 23, 24, 28, 44.

Položky č. 2, 5, 8, 13, 26, 33, 42, 45, 01, 50, 53 byly zaměřeny na upřesnění potřeb pacientů a doplnění hlavních cílů průzkumu.

6.5 Organizace průzkumu

Začátkem měsíce července 2013, na základě udělení souhlasu hlavního řešitele a autora projektu „Kvalita očima pacientů“ RNDr. Tomáše Raitera (viz. Příloha IV) k použití standardizovaného dotazníku, bylo zahájeno dotazníkové šetření. Předvýzkumu, který by dotazníkové šetření měl předcházet, nebylo využito, neboť otázky ve standardizovaném dotazníku jsou z důvodu validity měření spokojenosti v různých ZZ pevně definovány. Samotná distribuce dotazníků probíhala od 16. 7. 2013 na třech pracovištích (ambulance

kardiologická, kardiostimulační a kardiovaskulární diagnostika) vedených pod stejnou odborností - neinvazivní kardiologie. Ve většině případů respondenti samostatně vyplňovali dotazníky, z časových důvodů, částečně před a částečně po vyšetření v odborné ambulanci. Doba vyplňování obvykle nepřekročila 10 minut. Dotazníkové šetření bylo ukončeno v polovině měsíce října 2013. Za dobu sběru, který trval tři měsíce, jsme osobně distribuovali, podle kritérií uvedených v kapitole 1.3, 200 dotazníků. Jejich návratnost byla 191 dotazníků (95,5 %). Pro neúplnost informací bylo z celkového počtu 191 navrácených dotazníků 17 kusů (8,5 %) vyřazeno. Při zpracování získaných dat bylo tedy nakonec pracováno s celkovým počtem 174 dotazníků. O vysoké návratnosti dotazníků zřejmě rozhodl osobní kontakt s každým pacientem.

7 DISTRIBUCE A SBĚR DAT

Projekt „Kvalita očima pacientů“, který se zaměřuje na hodnocení kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů, byl dosud používán pouze v oblasti lůžkové péče. Počet pacientů, kteří projdou ambulantní péčí, je však přibližně o řád vyšší, a proto je naléhavost standardizovaného měření kvality a spokojenosti pacientů v této oblasti ještě větší.

Důležitým předpokladem pro získání srovnatelných výsledků je dodržení shodného postupu při distribuci dotazníků pacientům a při jejich sběru. Byly dodrženy podmínky uvedené v metodickém manuálu, vydaném Ministerstvem zdravotnictví, blíže popisovaného v kapitole 1.3.

7.1 Informovanost personálu

Management ZZ, úseková sestra a celý ošetrovatelský tým byl před zahájením průzkumu vhodným způsobem informován o zásadách, cílech a harmonogramu průzkumu (viz Příloha II). Personál ZZ byl dále informován, aby z etických důvodů neasistoval pacientům při vyplňování dotazníku, dokonce i v případě, že o to pacient požádá. Zdravotnický personál se v takovém případě musel omezit na stručnou instrukci, která pacientovi pomohla překonat potíže s vyplňováním, a pak nechal pacienta vyplnit dotazník samostatně. Pokud pacient potřeboval větší asistenci při vyplňování dotazníku, mohl požádat, aby mu pomohl rodinný příslušník nebo jiný pacient. Asistence personálu mohla ovlivnit odpovědi pacienta, a proto byla nepřijatelná. Personálu ZZ nebylo dovoleno mít po celou dobu průzkumu přístup k vyplněným dotazníkům.

7.2 Sběrné schránky

Sběrná schránka byla umístěna na každém samostatně měřeném ambulantním pracovišti tak, aby kolem něj pacienti při odchodu z ambulantního pracoviště museli projít. Sběrná schránka byla zřetelně označena nápisem „Kvalita Očima Pacientů“, označující průzkum. Bylo patrné, že schránka je zabezpečena proti manipulaci, otevření či odcizení.

7.3 Ochrana osobních údajů

Při distribuci, sběru dotazníků a při práci s daty bylo respektováno právo na anonymitu a ochranu osobních údajů pacientů. Ochrana osobních údajů pacientů bylo potřeba věnovat mimořádnou pozornost. Právo na odmítnutí vyplnit dotazník bylo základním právem respondenta. Dotazníky obsahovaly pouze základní socio-demografické indikátory bez jakékoli osobní identifikace, které by umožňovaly přiřazení konkrétní osoby k jejím odpovědím.

7.4 Zpracování získaných dat

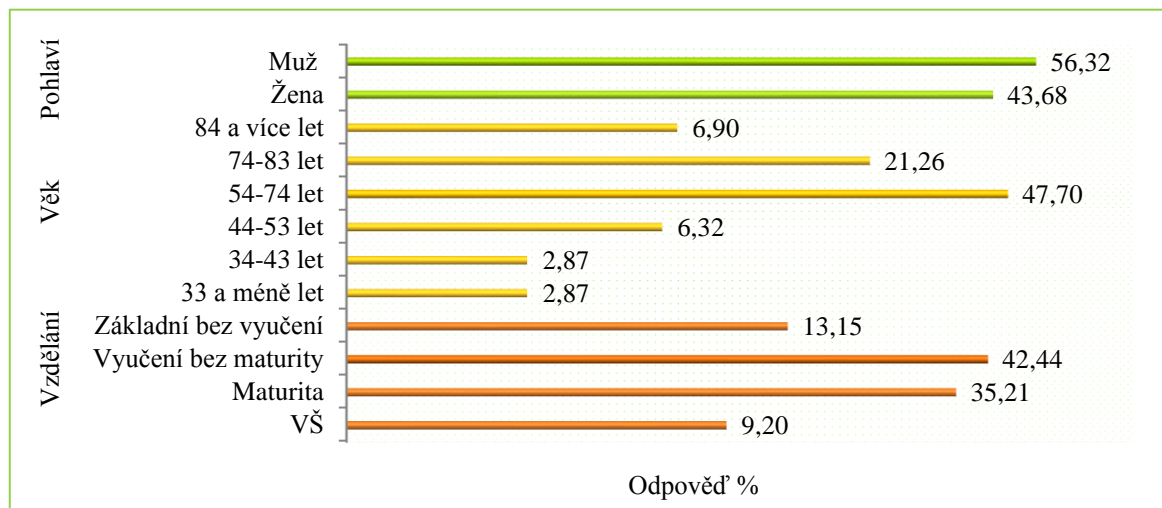
Získaná data byla zpracována prostřednictvím programu Microsoft Excel a uspořádána do tabulek četností. V tabulkách je vždy obsažena informace o absolutní i relativní četnosti sledovaného jevu. Uvedená absolutní četnost představuje celkový počet výskytu určité odpovědi respondentů na danou položku. Relativní četnost vyjadřuje podíl absolutní četnosti znaku a rozsahu zkoumaného souboru v procentech. Čísla jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Na podkladě tabulek četností byla získaná data uvedena do grafické podoby, přičemž bylo využito převážně sloupcového typu grafu. Při sledování některých jevů byly získané data, pro větší přehlednost, vloženy do grafu výsečového.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

8.1 Socio-demografické charakteristiky respondentů

Graf č. 1: Celkový přehled sociodemografických charakteristik pacientů

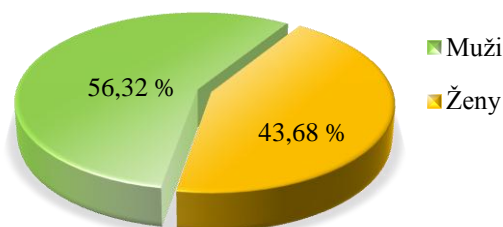


Položka č. 50: Jste muž nebo žena?

Tabulka č. 1: Jste muž nebo žena?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Muž	98,00	56,32
2. Žena	76,00	43,68
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 2: Jste muž nebo žena?

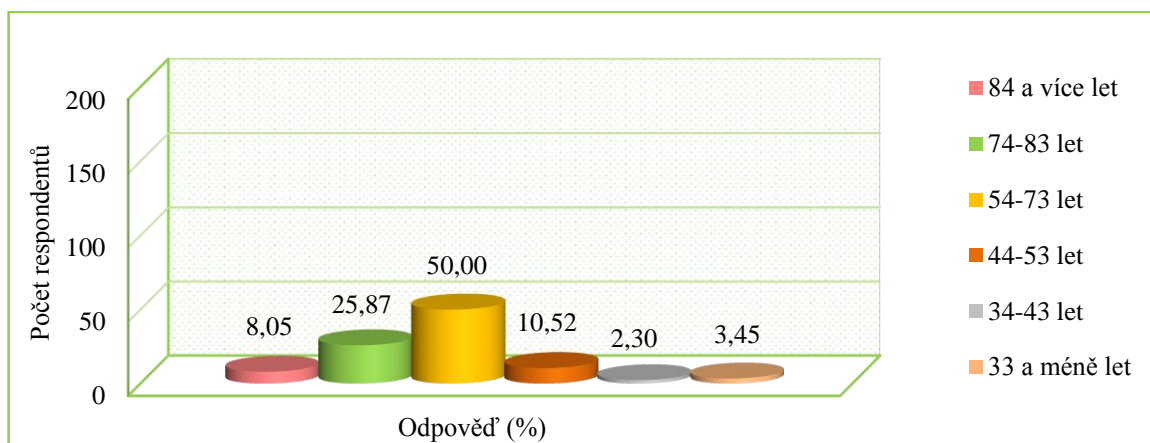


Interpretace výsledků:

Položka č. 50 zobrazuje rozložení respondentů podle pohlaví. Průzkumu se zúčastnilo 174 respondentů (100 %), z nichž bylo 98 mužů (56,32 %) a 76 žen (43,68 %).

Položka č. 51: Rok narození**Tabulka č. 2: Věk respondentů**

Odpověď	Kardiologická ambulance		Kardiostimulační ambulance		Kardiovaskulární ambulance	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. 33 let a méně	2,00	1,15	0,00	0,00	4,00	2,30
2. 34-43 let	2,00	1,15	0,00	0,00	2,00	1,15
3. 44-53 let	9,00	5,17	2,00	1,15	7,00	4,02
4. 54-73 let	32,00	18,39	33,00	18,97	22,00	12,64
5. 74-83 let	16,00	9,20	25,00	14,37	4,00	2,30
6. 84 a více let	0,00	0,00	14,00	8,05	0,00	0,00
Celkem	61,00	35,05	74,00	42,54	39,00	22,41
174,00 respondentů (100 %)						

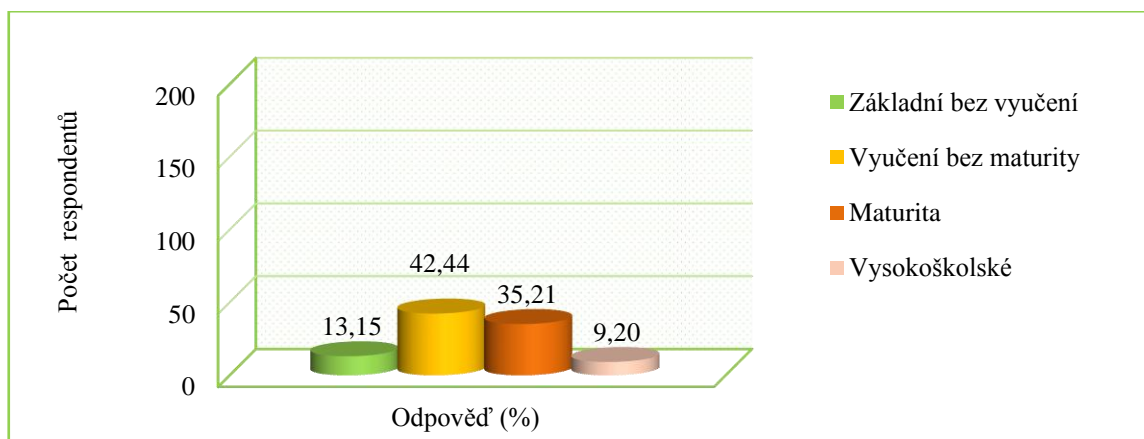
Graf č. 3: Věk respondentů**Interpretace výsledků:**

Položka č. 51 nám ukazuje rozložení respondentů podle věku. Pro potřeby zpracování výsledků průzkumu byli respondenti rozděleni do 6 věkových kategorií. Nejvíce respondentů, tj. 87 (50,00 %), bylo zastoupeno ve věku ve věku 54-73 let. Nejmenší skupinu, tj. 4 (2,30 %), tvořili respondenti ve věku 34-43 let a 6 respondentů (3,45 %) ve věku 33 a méně let. Zbylou část představovali respondenti v tomto složení: 84 a více let bylo 14 respondentů (8,05 %), ve věku od 74-83 let 45 respondentů (25,87 %) a ve věku 44-53 let 18 respondentů (10,52 %). Průměrný věk dotazovaných pacientů byl 46 let.

Podrobný přehled věkového složení pacientů, navštěvující jednotlivé ambulance i složení podle pohlaví, znázorňuje Graf č. 32 pod kapitolou 8.12.

Položka č. 52: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**Tabulka č. 3:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Základní bez vyučení	25,00	13,15
2. Vyučení bez maturity	76,00	42,44
3. Maturita	63,00	35,21
4. Vysokoškolské	16,00	9,20
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**Interpretace výsledků:**

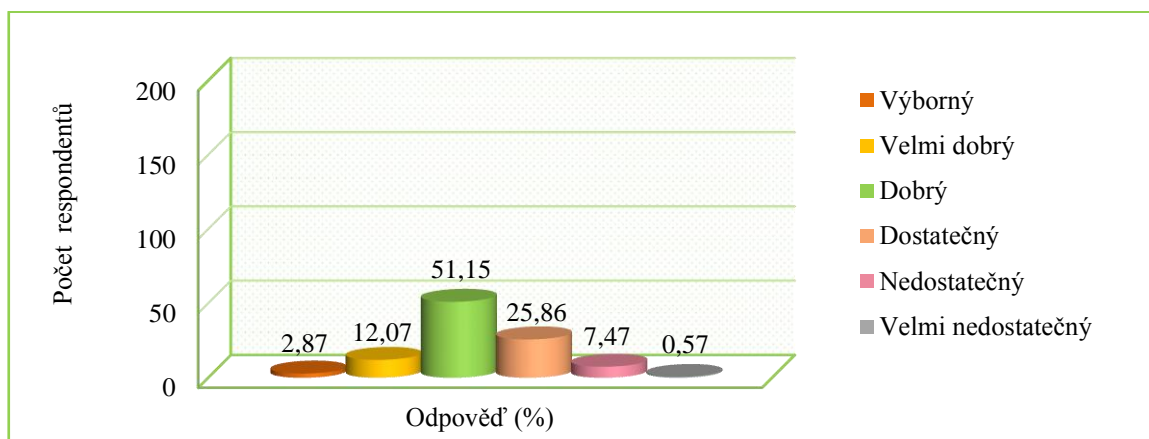
Položka č. 52 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání. Nejpočetnější skupinu tvořilo 76 respondentů (43,68 %), kteří dosáhli vyučení bez maturity. Středoškolské vzdělání s maturitou uvádělo 63 respondentů (36,24 %). Zkoumaný vzorek dále zastupovalo 25 respondentů (14,37 %) se základním vzděláním bez vyučení. Nejmenší počet, tj. 16 respondentů (9,20 %), absolvovalo vysokoškolské vzdělání.

Položka č. 53: Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav v posledních 4 týdnech?

Tabulka č. 4: Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav v posledních 4 týdnech?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Výborný	5,00	2,87
2. Velmi dobrý	21,00	12,07
3. Dobrý	89,00	51,15
4. Dostatečný	45,00	25,86
5. Nedostatečný	13,00	7,47
6. Velmi nedostatečný	1,00	0,57
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 5: Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav v posledních 4 týdnech?



Interpretace výsledků:

Položka č. 53 znázorňuje subjektivní zdravotní stav pacientů před návštěvou v ambulanci. Nejvíce respondentů, tj. 89 (51,15 %), se cítilo dobře. Výborně hodnotilo svůj zdravotní stav 5 respondentů (2,87 %). Velmi dobře se cítilo 21 respondentů (12,07 %) a dostatečně 45 respondentů (25,86 %). Těžký zdravotní stav trápilo 13 respondentů (7,47 %). Vůbec nejhůře se cítil 1 respondent (0,57 %).

Přehled zdravotního stavu pacientů, vzhledem k tomu, zda do ambulance přicházejí do ambulancí poprvé nebo opakovaně, znázorňuje Graf č. 33 pod kapitolou 8.12.

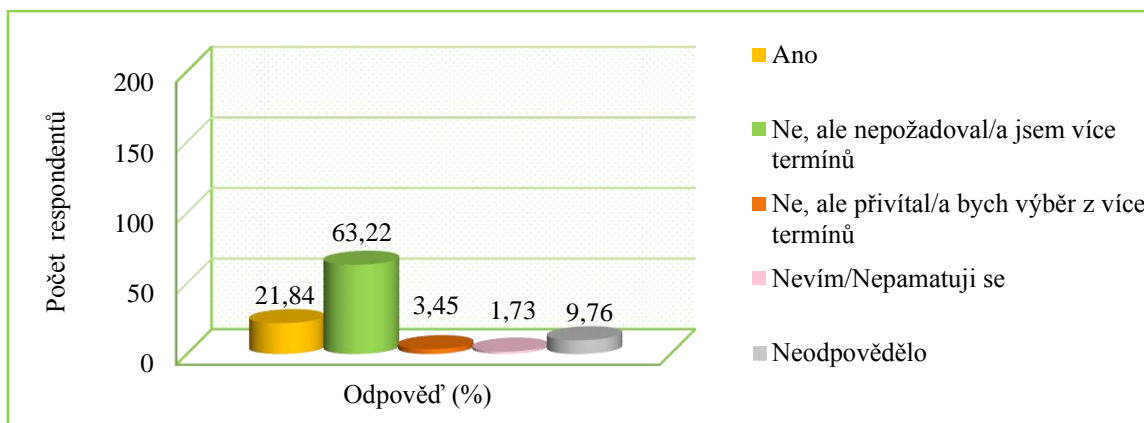
8.2 Před návštěvou ambulance

Položka č. 2: Bylo Vám nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?

Tabulka č. 5: Bylo Vám nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano	38,00	21,84
2. Ne, ale nepožadoval/a jsem více termínů	110,00	63,22
3. Ne, ale přivítal/a bych výběr z více termínů	6,00	3,45
4. Nevím/Nepamatuji se	3,00	1,73
Neodpovědělo	17,00	9,76
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 6: Bylo Vám nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?

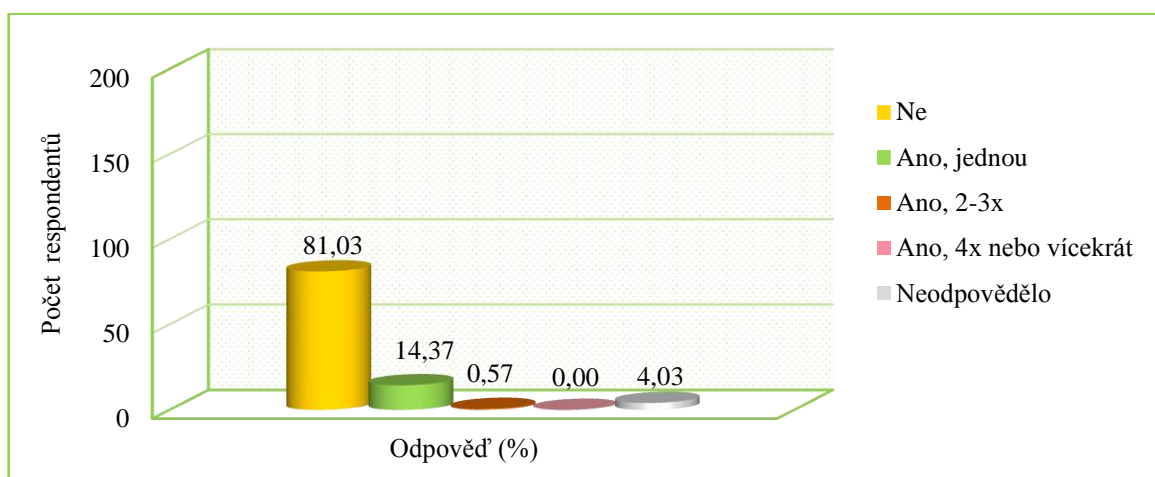


Interpretace výsledků:

Položka č. 2 znázorňuje spokojenost s nabídkou termínů na vyšetření. Průzkumu se zúčastnilo 157 respondentů (90,24 %). Největší skupinu tvořilo 110 respondentů (63,22 %), kteří nepožadovali více termínů. Na výběr z více termínů, k návštěvě do ambulance, bylo nabídnuto 38 (21,84 %) respondentům. Výběr nedostalo, i když by tuto nabídku přivítalo, 6 respondentů (3,45). Nejmenší skupinu tvořili 3 respondenti (1,73 %), kteří si objednávání nepamatují.

Položka č. 4: Byl termín vaší návštěvy změněn na pozdější termín ZZ?**Tabulka č. 6:** Byl termín vaší návštěvy změněn na pozdější termín ZZ?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ne	141,00	81,03
2. Ano, jednou	25,00	14,37
3. Ano, 2-3x	1,00	0,57
4. Ano, 4x nebo vícekrát	0,00	0,00
Neodpovědělo	7,00	4,03
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 7: Byl termín vaší návštěvy změněn na pozdější termín ZZ?**Interpretace výsledků:**

Položka č. 4 znázorňuje odpovědi respondentů, zdali zaznamenali změnu již objednaného termínu na pozdější dobu. Průzkumu se zúčastnilo 167 respondentů (95,98 %). U většiny, tj. 141 respondentů (81,03 %), termín změněn nebyl. Jednou bylo přeobjednáno, personálem ambulance, 25 respondentů (14,37 %). Pouze 1 respondent (0,57 %) uvedl, že termín návštěvy v ambulanci byl změněn 2-3x. Žádný z respondentů se nesetkal s tím, že by mu ZZ změnilo termín návštěvy 4x nebo vícekrát.

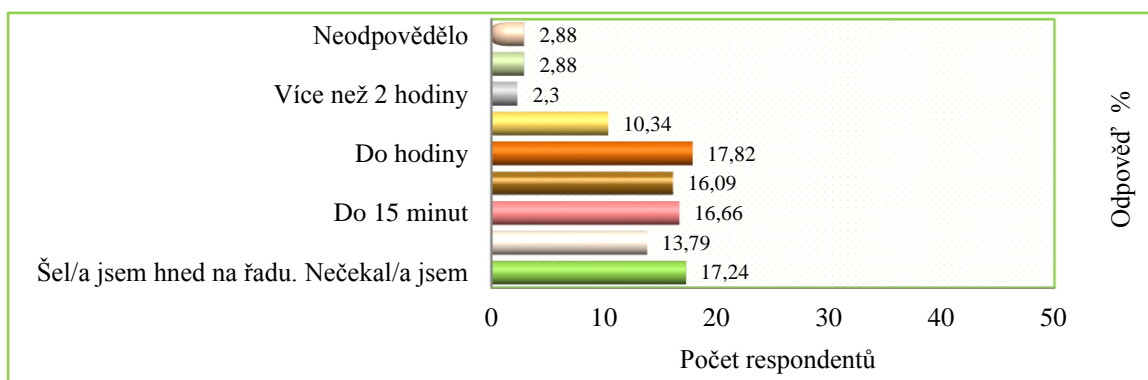
8.3 Doba v čekárně

Položka č. 5: Jak dlouho jste před vlastním vyšetřením čekal/a v čekárně? (Pokud jste byl/a objednán/a na určitou hodinu).

Tabulka č. 7: Jak dlouho jste před vlastním vyšetřením čekal/a v čekárně?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Šel/a jsem hned na řadu. Nečekal/a jsem	30,00	17,24
2. Do 5 minut	24,00	13,79
3. Do 15 minut	29,00	16,66
4. Do 30 minut	28,00	16,09
5. Do hodiny	31,00	17,82
6. Do 2 hodin	18,00	10,34
7. Více než 2 hodiny	4,00	2,30
8. Nevím/Nepamatuji se	5,00	2,88
Neodpovědělo	5,00	2,88
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 8: Jak dlouho jste před vlastním vyšetřením čekal/a v čekárně?

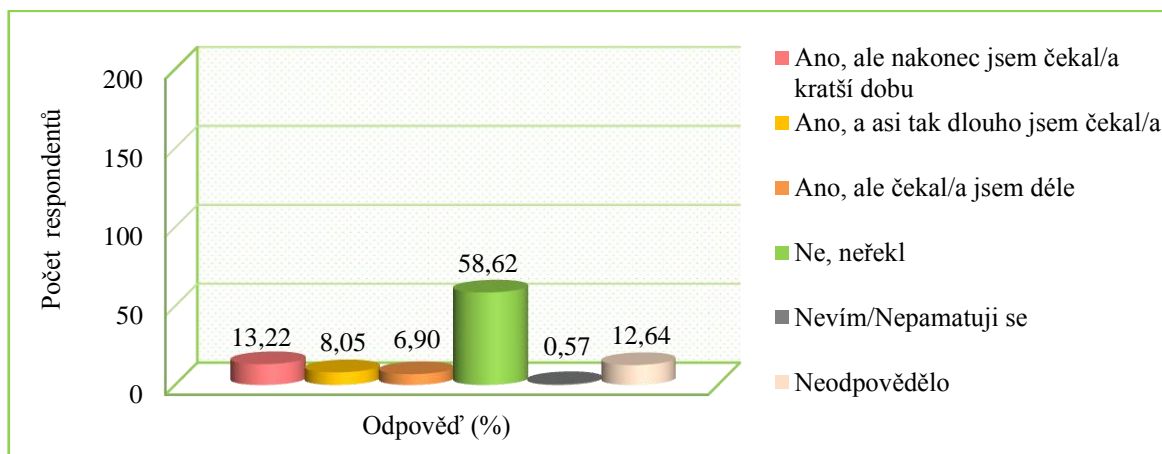


Interpretace výsledků:

Položka č. 5 znázorňuje délku čekací doby před vlastním vyšetřením v čekárně. Tato oblast dotazů na pacienty přicházejících na vyšetření bývá nejvíce a nejpřísněji hodnocená v utváření si názoru na ZZ. Průzkumu v této oblasti se zúčastnilo 169 respondentů (97,13 %). Z grafu č. 6 je patrné, že odpovědi na tuto otázku jsou velmi vyrovnané. Nejvíce respondentů, tj. 31 (17,82 %) bylo z čekárny do ambulance vyzváno do hodiny. Respondentů, kteří šli hned na řadu a nečekali, bylo 30 (17,24 %). Do 15 minut bylo k vyšetření vyzváno 29 respondentů (16,66 %) a do 30 minut 28 (16,09 %) respondentů. V čase do 5 minut čekalo 24 respondentů (13,79 %). Výrazně nižší počet respondentů čekalo do 2 hodin, a to pouze 18 respondentů (10,34 %). Nejnižší počet respondentů čekalo více jak 2 hodiny, a to pouze 4 (2,30 %). 5 respondentů (2,87 %) si na dobu strávenou v čekárně nepamatuje.

Položka č. 6: Řekl vám někdo, jak dlouho budete čekat?**Tabulka č. 8:** Řekl Vám někdo, jak dlouho budete čekat?

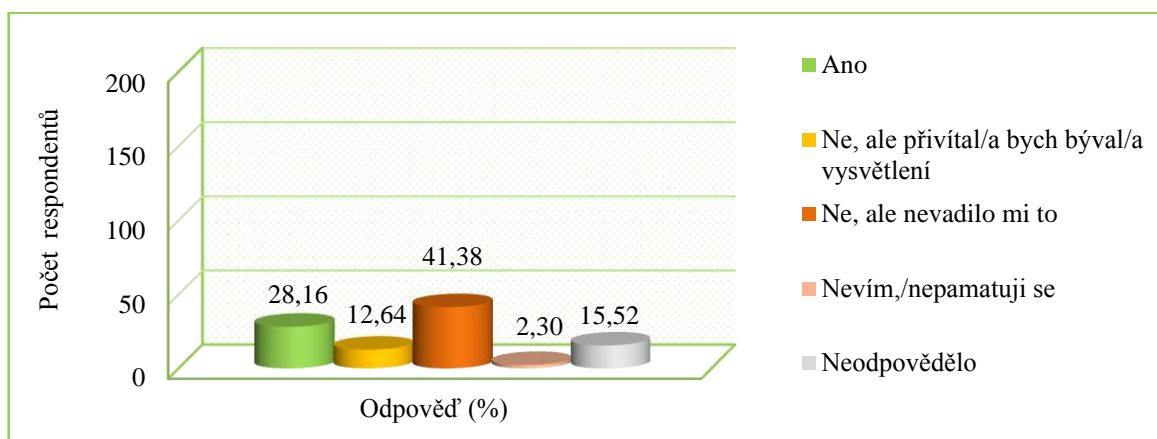
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, ale nakonec jsem čekal/a kratší dobu	23,00	13,22
2. Ano, a asi tak dlouho jsem čekal/a	14,00	8,05
3. Ano, ale čekal/a jsem déle	12,00	6,90
4. Ne, neřekl	102,00	58,62
5. Nevím/Nepamatuji se	1,00	0,57
Neodpovědělo	22,00	12,64
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 9: Řekl Vám někdo, jak dlouho budete čekat?**Interpretace výsledků:**

Položka č. 6 znázorňuje odpovědi 152 respondentů (87,36 %). Nejvíce respondentům, tj. 102 (58,62 %), se sdělení o době čekání nedostalo. Informaci, jak dlouho budou pacienti čekat, i když nakonec čekali kratší dobu, dostalo 23 respondentů (13,22 %). Vyrovnané odpovědi byly u 14 respondentů (8,05 %), které personál informoval, jak dlouho budou čekat a doba byla přibližně stejná a 12 respondentů (6,90 %), kteří čekali po sdělení trochu déle. Pouze 1 respondent (0,57 %) neví, nebo si tuto informaci nepamatuje.

Položka č. 7: Vysvětlil Vám někdo, proč musíte čekat?**Tabulka č. 9:** Vysvětlil Vám někdo, proč musíte čekat?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano	49,00	28,16
2. Ne, ale přivítal/a bych býval/a vysvětlení	22,00	12,64
3. Ne, ale nevadilo mi to	72,00	41,38
4. Nevím/nepamatuji se	4,00	2,30
Neodpovědělo	27,00	15,52
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 10: Vysvětlil Vám někdo, proč musíte čekat?**Interpretace výsledků:**

Položka č. 7 zjišťovala, jestli personál ZZ pacientům vysvětluje důvod čekání. Z celkového počtu oslovených respondentů, jich odpovědělo 147 (84,48 %). Většinu respondentů, tj. 72 (41,38 %) nikdo nevysvětlil, proč musí čekat, ale tato skutečnost jim nevadila. Oproti tomu by další skupina 22 respondentů (12,64 %) vysvětlení přivítala. Personál dobu čekání zdůvodnil 49 pacientům (28,16 %). Pouze 4 respondenti (2,30 %) si vysvětlení nepamatovali.

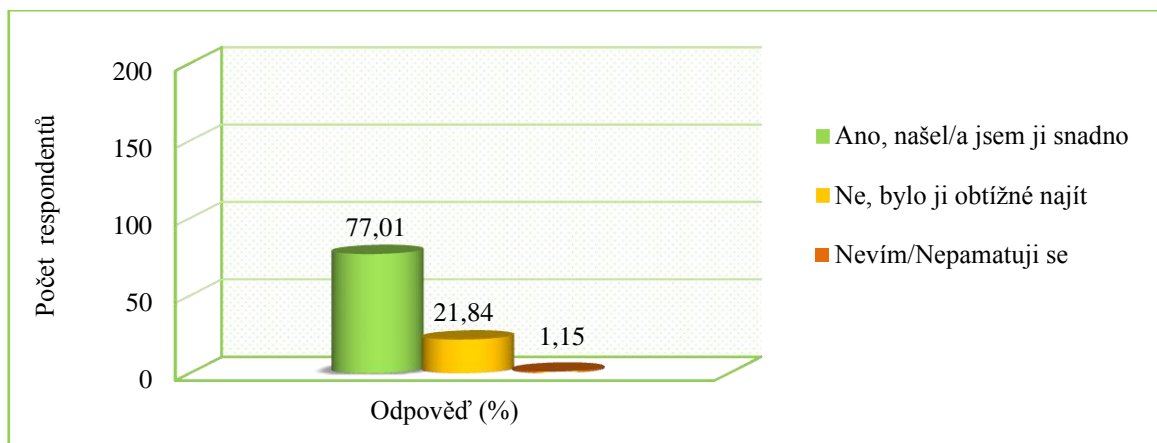
8.4 Prostředí a orientace

Položka č. 8: Našel/a jste snadno ambulanci, kterou jste potřeboval/a navštívit?

Tabulka č. 10: Našel/a jste snadno ambulanci, kterou jste potřeboval/a navštívit?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, našel/a jsem ji snadno	134,00	77,01
2. Ne, bylo ji obtížné najít	38,00	21,84
3. Nevím/Nepamatuji se	2,00	1,15
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 11: Našel/a jste snadno ambulanci, kterou jste potřeboval/a navštívit?



Interpretace výsledků:

Položka č. 8 zjišťovala, zdali pacienti mají potřebu lepšího orientačního značení. Průzkumu se zúčastnilo 174 respondentů (100 %). Podle odpovědi většiny, což představuje 134 respondentů (77,01 %), bylo snadné ambulanci najít. 38 respondentů (21,84 %) se v prostředí nemocnice neorientovalo a hledalo ambulanci obtížně. Pouze 2 z dotazovaných pacientů (1,15 %) neví nebo si vůbec nepamatují, jak ambulanci hledali.

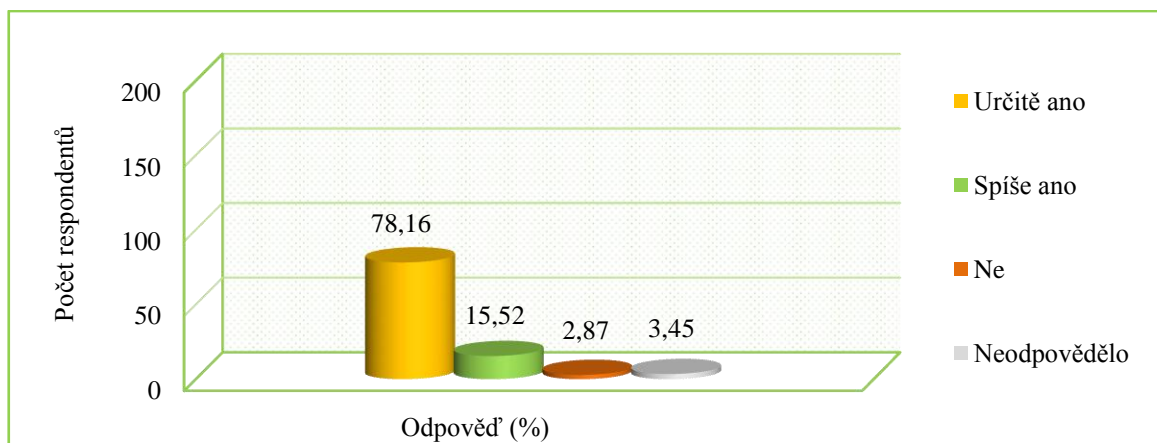
8.5 Návštěva lékaře

Položka č. 12: Měl jste dostatek času probrat Váš zdravotní stav nebo problémy s lékařem?

Tabulka č. 11: Měl jste dostatek času probrat Váš zdravotní stav nebo problémy s lékařem?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Určitě ano	136,00	78,16
2. Spíše ano	27,00	15,52
3. Ne	5,00	2,87
Neodpovědělo	6,00	3,45
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 12: Měl jste dostatek času probrat Váš zdravotní stav nebo problémy s lékařem?

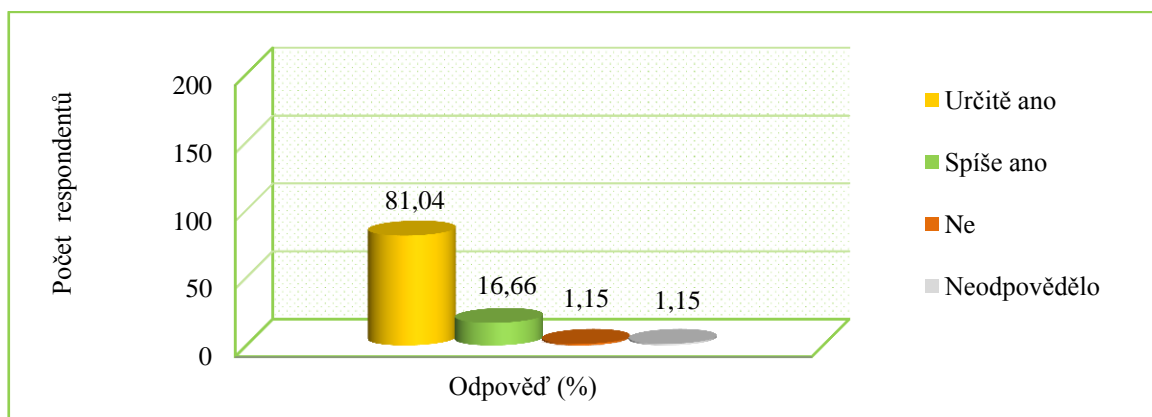


Interpretace výsledků:

Položka č. 12 zjišťovala, zdali mají pacienti dostatek času na probrání svého zdravotního stavu s lékařem. Na tuto otázku odpovědělo 168 respondentů (96,55 %), z nichž drtivá většina vnímá čas v ambulanci, jako dostatečně strávený. Menší skupinu z celku, tj. 27 respondentů (15,52 %), tvořili respondenti, kteří by přivítali delší dobu. Nespokojených bylo 5 respondentů (2,87 %), protože očekávali více času, než se jim dostalo.

Položka č. 15: Poslouchal lékař pozorně, co jste mu říkal/a?**Tabulka č. 12:** Poslouchal lékař pozorně, co jste mu říkal/a?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Určitě ano	141,00	81,04
2. Spíše ano	29,00	16,66
3. Ne	2,00	1,15
Neodpovědělo	2,00	1,15
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 13: Poslouchal lékař pozorně, co jste mu říkal/a?**Interpretace výsledků:**

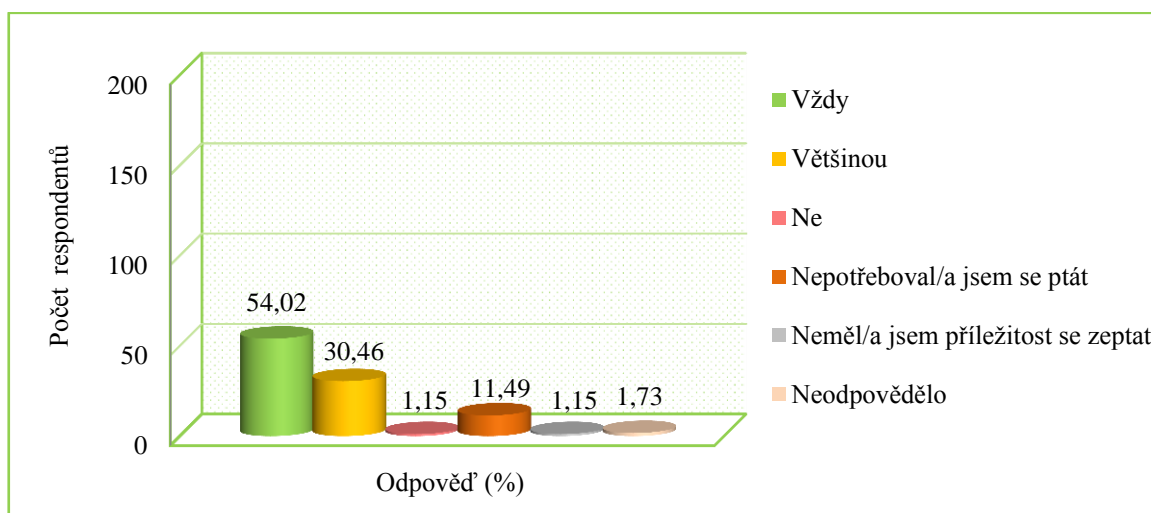
Položka č. 15 zjišťovala, jestli lékař, během rozhovoru s pacientem, poslouchá pozorně. Na otázku odpovídalo 172 respondentů (98,85 %). Podle odpovědi většiny, tj. 141 respondentů (81,04 %), byl lékař určitě pozorný. Pacienti vnímali, že je lékař poslouchal dobře. 29 pacientů (16,66 %) se vyjádřilo, že lékař spíše poslouchal, ale nejsou si jisti, zda pozorně. 2 pacienti (1,15 %) si mysleli, že je lékař nepozorný a že je neposlouchá.

Položka č. 16: Když jste položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

Tabulka č. 13: Když jste položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Vždy	94,00	54,02
2. Většinou	53,00	30,46
3. Ne	2,00	1,15
4. Nepotřeboval/a jsem se ptát	20,00	11,49
5. Neměl/a jsem příležitost se zeptat	2,00	1,15
Neodpovědělo	3,00	1,73
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 14: Když jste položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?



Interpretace výsledků:

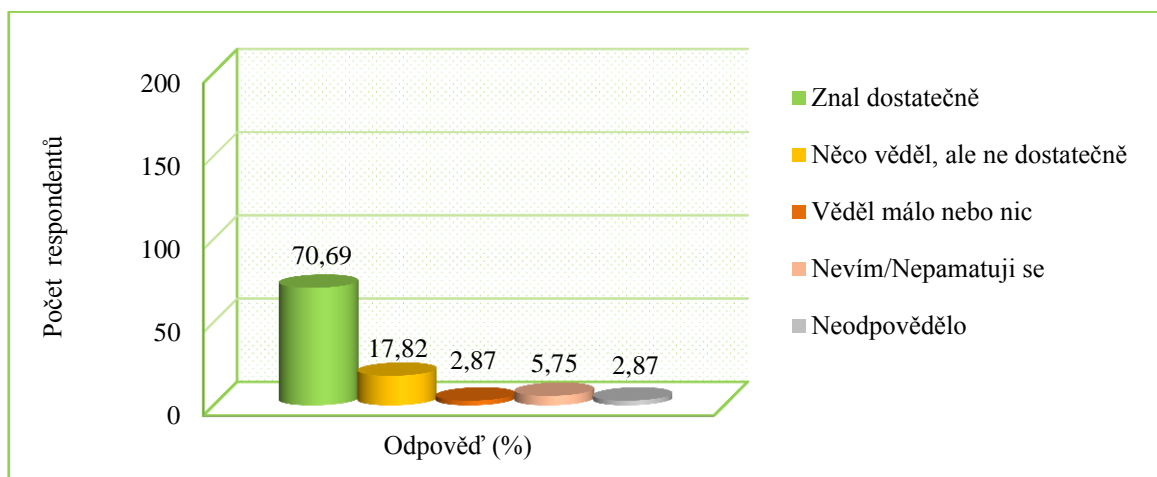
Položka č. 16 zjišťovala, zda lékař odpoví pacientovi na důležitou otázku tak, aby jí rozuměl. Položka měla za cíl upřesnit předchozí odpověď respondentů a identifikovat tak bližší potřeby pacientů při rozhovoru s lékařem. 20 respondentů (11,49 %) uvedlo, že se lékaře nepotřebovalo na nic ptát. Většina, tj. 94 respondentů (54,02 %), uvedla kladný postoj, protože lékaři vždy rozuměli. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí 53 respondentů (30,46 %) bylo, že pacienti rozumí lékaři ve většině případů. Pacienti dostávají i odpovědi, kterým nerozumí. 2 respondenti (1,15 %) se neměli příležitost lékaře zeptat na důležitou otázku a stejný počet respondentů uvedl, že i když se na důležitou otázku zeptal, odpovědi, kterou od lékaře dostali, nerozuměli.

Položka č. 18: Nabyl/a jste dojmu, že lékař znal vývoj vašeho zdravotního stavu v minulosti?

Tabulka č. 14: Nabyl/a jste dojmu, že lékař znal vývoj vašeho zdravotního stavu v minulosti?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Znal dostatečně	123,00	70,69
2. Něco věděl, ale ne dostatečně	31,00	17,82
3. Věděl málo nebo nic	5,00	2,87
4. Nevím/Nepamatuji se	10,00	5,75
Neodpovědělo	5,00	2,87
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 15: Nabyl/a jste dojmu, že lékař znal vývoj vašeho zdravotního stavu v minulosti?



Interpretace výsledků:

Položka č. 18 zjišťovala názor respondentů, zda je lékař dobře obeznámen s vývojem jejich zdravotního stavu. Většina, tj. 123 respondentů (70,69 %) byla spokojená, protože nabyla při vyšetření dojmu, že lékař zná průběh jejich zdravotního stavu dostatečně. Náзор, že lékař sice něco věděl, ale ne dost, uvedlo 31 respondentů (17,82 %). S nevědomostí lékaře se setkalo 5 respondentů (2,87 %). Ostatních 10 respondentů (5,75 %) si skutečnost nepamatovalo nebo situaci nedokázali posoudit.

8.6 Všeobecně k návštěvě

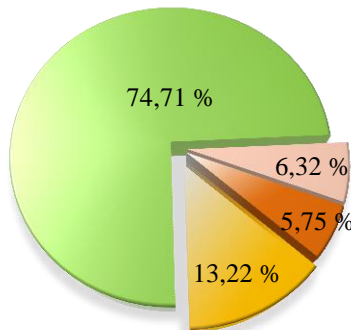
Položka č. 23: Hovořili lékaři nebo další pracovníci ve vaší přítomnosti o vás, jako byste nebyl/a přítomen?

Tabulka č. 15: Hovořili lékaři nebo další pracovníci ve vaší přítomnosti o vás, jako byste nebyl/a přítomen?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, často	10,00	5,75
2. Ano, občas	23,00	13,22
3. Ne, nikdy	130,00	74,71
Neodpovědělo	11,00	6,32
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 16: Hovořili lékaři nebo další pracovníci ve vaší přítomnosti o vás, jako byste nebyl/a přítomen?

■ 1. Ano, často ■ 2. Ano, občas ■ 3. Ne, nikdy ■ 4. Neodpovědělo



Interpretace výsledků:

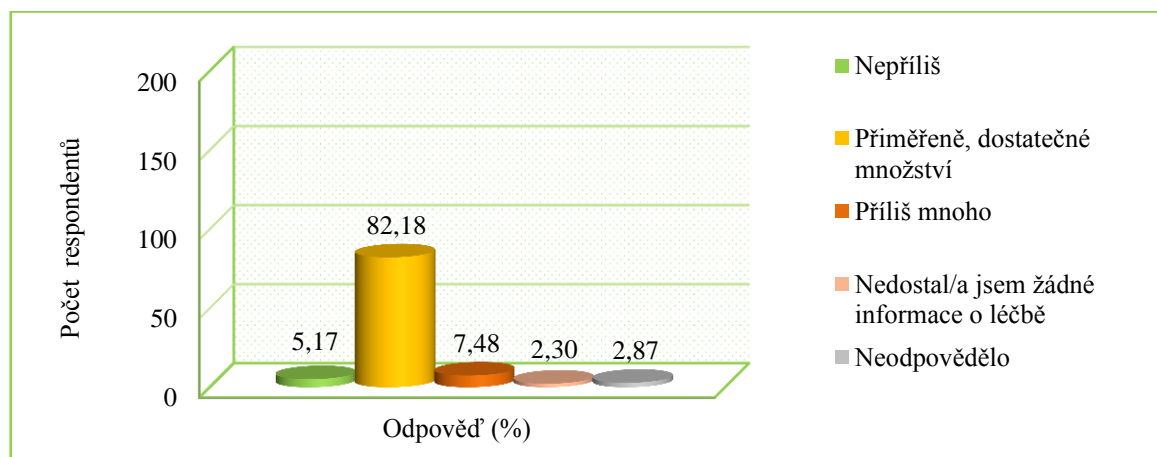
Položka č. 23 zjišťovala skutečnost, na kterou jsou téměř všichni pacienti citliví, neboť čas, který mohou trávit v ambulanci je přesně vymezen, a pozornost personálu má být soustředěna pouze na jejich obtíže. Měli tedy pacienti pocit, že se lékaři nebo ostatní zdravotnický personál před nimi baví tak, jako by nebyli přítomni? Na tuto otázku odpovědělo záporně 130 respondentů (74,71 %). Kladně odpovědělo dohromady 33 respondentů (19,37 %), z čehož 23 respondentů (13,22 %) se s tímto jevem setkali v ambulanci občas a 10 respondentů (5,75 %) často.

Položka č. 24: Jak moc informací jste dostal/a během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu nebo léčbě?

Tabulka č. 16: Jak moc informací jste dostal/a během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu nebo léčbě?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Nepříliš	9,00	5,17
2. Přiměřeně, dostatečné množství	143,00	82,18
3. Příliš mnoho	13,00	7,48
4. Nedostal/a jsem žádné informace o léčbě	4,00	2,30
Neodpovědělo	5,00	2,87
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 17: Jak moc informací jste dostal/a během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu nebo léčbě?



Interpretace výsledků:

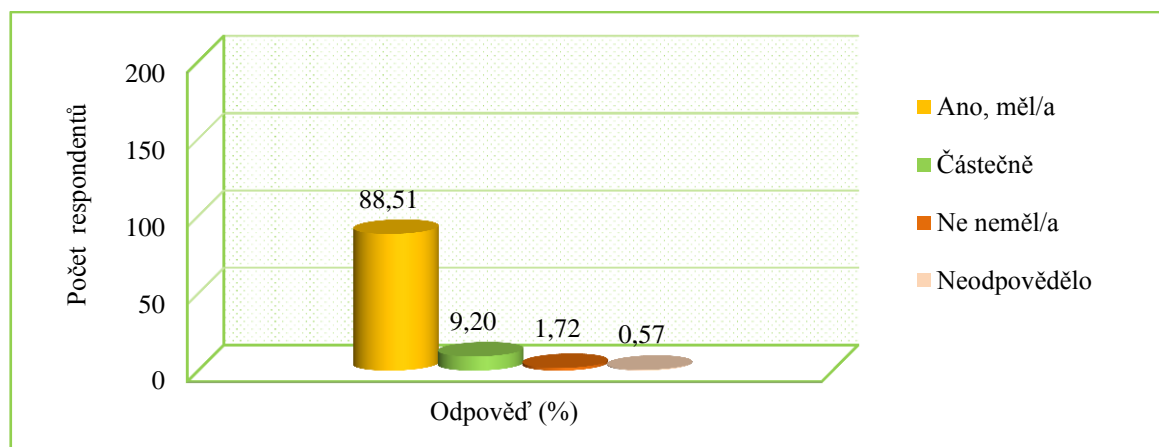
Položka č. 24 zjišťovala, jak moc jsou pacienti informováni během návštěvy v ambulanci o svém zdravotním stavu nebo léčbě. Nejvíce respondentů, tj. 143 (82,18 %) bylo spokojených, protože informací dostalo takové množství, jaké potřebovali. Zajímavé je, že 13 respondentů (7,48 %) si myslí, že informací o svém zdravotním stavu i léčbě dostalo příliš mnoho. Málo informací během návštěvy v ambulanci vnímalo 9 pacientů (5,17 %). O léčbě nebyli informováni a žádné sdělení o léčbě nedostali 4 respondenti (2,30 %).

Položka č. 26: Měl/a jste dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě?

Tabulka č. 17: Měl/a jste dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, měl/a	154,00	88,51
2. Částečně	16,00	9,20
3. Ne, neměla	3,00	1,72
Neodpovědělo	1,00	0,57
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 18: Měl/a jste dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě?



Interpretace výsledků:

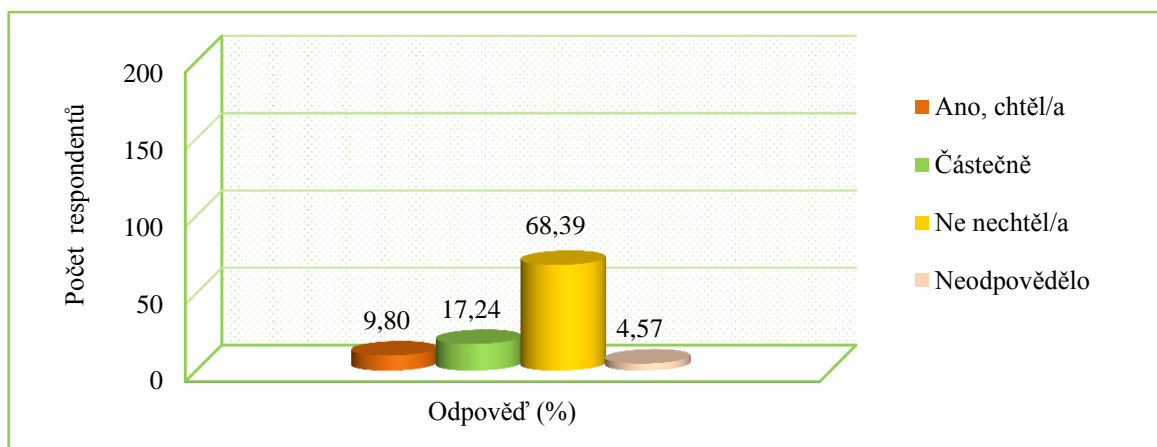
Položka č. 26 zjišťovala, do jaké míry vnímají pacienti dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě. Většina, tj. 154 respondentů (88,51 %) se cítila při vyšetření dobře, protože měla v ambulanci soukromí. Pocit nedostatku soukromí mělo 16 respondentů (9,20 %), protože ho hodnotili pouze jako částečné. Stud prožívali 3 pacienti (1,72 %), neboť neměli při vyšetření žádné soukromí, ba dokonce jej ani nepocíťovali.

Položka č. 28: Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než Vám bylo umožněno?

Tabulka č. 18: Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než Vám bylo umožněno?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, chtěl/a	17,00	9,80
2. Částečně	30,00	17,24
3. Ne nechtěl/a	119,00	68,39
Neodpovědělo	8,00	4,57
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 19: Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než Vám bylo umožněno?



Interpretace výsledků:

Položka č. 28 zjišťovala, zdali pacienti chtějí být s lékařem v partnerském vztahu a více se tak zapojovat do rozhodování o své léčbě. Nejvíce respondentů, tj. 119 (68,39 %) důvěřuje lékaři, proto bylo s pasivní rolí spokojeno. Více, ale ne zcela, by se chtělo zapojovat do své léčby 30 respondentů (17,24 %). Aktivně rozhodovat o své léčbě, více než je doposud umožněno, by chtělo 17 respondentů (9,8 %).

8.7 Vyšetření a léčba

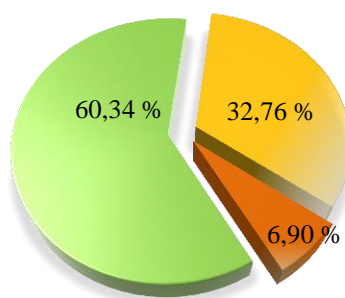
Položka č. 32: Absolvoval/a jste při návštěvě ambulance nějaké testy?

Tabulka č. 19: Absolvoval/a jste při návštěvě ambulance nějaké testy?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano	105,00	60,34
2. Ne	57,00	32,76
Neodpovědělo	12,00	6,90
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 20: Absolvoval/a jste při návštěvě ambulance nějaké testy?

■ 1. Ano ■ 2. Ne ■ Neodpovědělo



Interpretace výsledků:

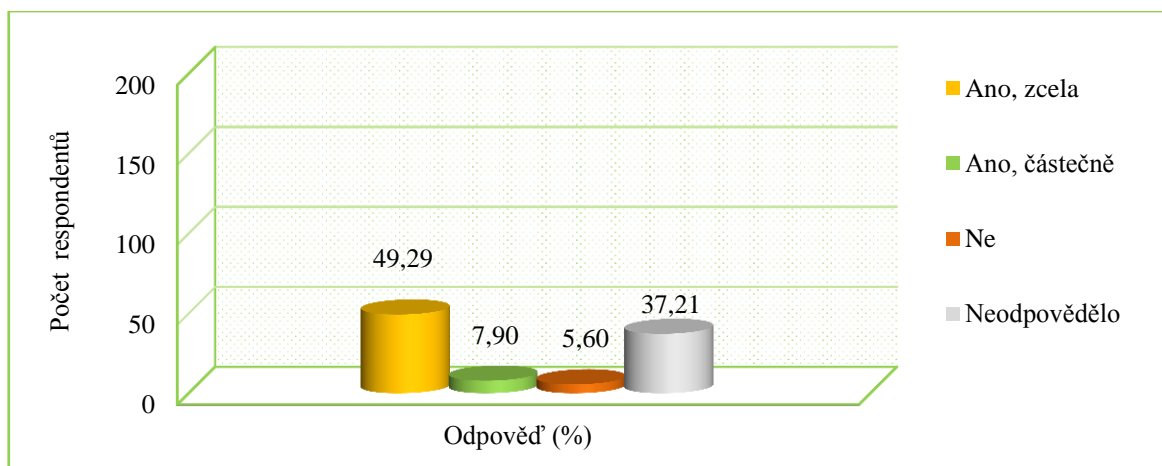
Položka č. 32 zjišťovala, jestli pacient absolvoval při návštěvě v ambulanci nějaké testy (jako např. odběr krve, sběr moči, RTG snímek). Většina respondentů, tj. 105 (60,34 %), v rámci vyšetření v ambulanci, nějaké testy absolvovala. Menší polovina respondentů, tj. 57 (32,76 %), žádné laboratorní ani jiné další testy nepodstoupila.

Položka č. 33: Vysvětlil Vám personál ambulance, proč potřebujete toto vyšetření?

Tabulka č. 20: Vysvětlil Vám personál ambulance, proč potřebujete toto vyšetření?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, zcela	84,00	49,29
2. Ano, částečně	12,00	7,90
3. Ne	8,00	5,60
Neodpovědělo	58,00	37,21
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 21: Vysvětlil Vám personál ambulance, proč potřebujete toto vyšetření?



Interpretace výsledků:

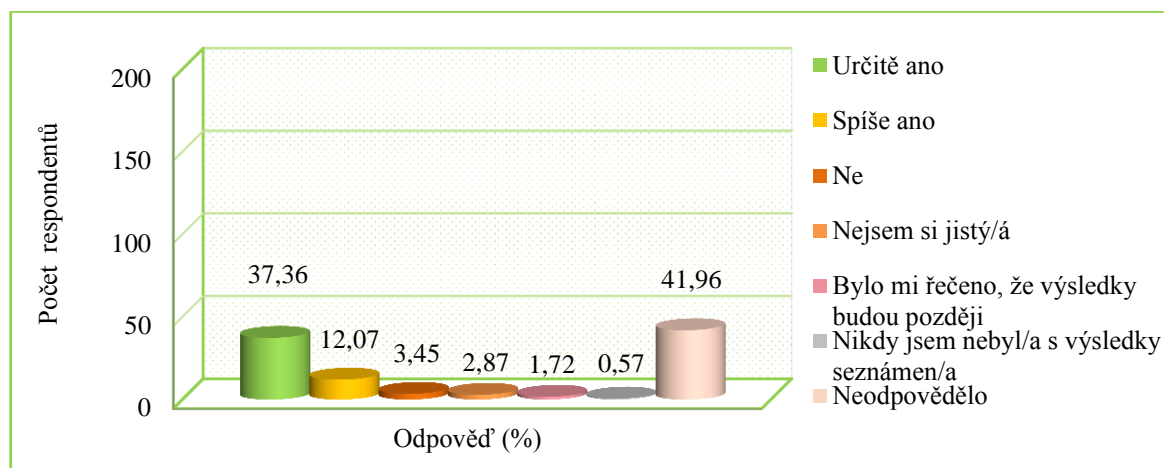
Položka č. 33 měla za cíl upřesnit předchozí odpověď a týkala se pouze respondentů, kteří absolvovali nějaké testy. Položená otázka identifikuje bližší potřeby pacientů v komunikaci a zjišťuje, jestli personál ambulance vysvětluje pacientům, proč dané testy potřebují. Průzkumu se zúčastnilo 104 respondentů (99,05 %), kteří absolvovali nějaké další vyšetření. Důvod testů byl zcela vysvětlen 84 respondentům (49,29 %). Částečné vysvětlení dostalo 12 respondentů (7,90 %), ale sdělení nebylo takové, jaké by si respondenti představovali. Žádné vysvětlení nedostalo 8 respondentů (5,60 %).

Položka č. 35: Vysvětlil Vám personál ambulance výsledky testů způsobem, kterému jste rozuměl/a?

Tabulka č. 21: Vysvětlil Vám personál ambulance výsledky testů způsobem, kterému jste rozuměl/a?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Určitě ano	65,00	37,36
2. Spíše ano	21,00	12,07
3. Ne	6,00	3,45
4. Nejsem si jistý/á/Nepamatuji se	5,00	2,87
5. Bylo mi řečeno, že výsledky budou později	3,00	1,72
6. Nikdy jsem nebyl/a s výsledky seznámen/a Neodpovědělo	1,00 73,00	0,57 41,96
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 22: Vysvětlil Vám personál ambulance výsledky testů způsobem, kterému jste rozuměl/a?



Interpretace výsledků:

Položka č. 35 ještě více upřesňuje položku č. 32. Otázka se vztahovala na ty respondenty, kterým byly prováděny v ambulanci nějaké testy. Pokud byly v položce č. 33 zpracovány odpovědi respondentů, zdali personál vysvětluje důvod testů, chtěli jsme také zjistit, jestli pacienti tomuto zdůvodnění rozumí. Na tuto otázku odpovědělo 101 respondentů (58,04 %) z celkového počtu 105 pacientů, kterým testy byly provedeny, tj. 96,19 %. Nejvíce respondentů, tj. 65 (37,36 %), vysvětlení rozumělo. Vysvětlení ne zcela chápalo 21 respondentů (12,07 %) a 6 respondentů (3,45 %) nerozumělo vůbec. Další odpovědi byly velmi vyrovnané. S vysvětlením si nebylo jisto 5 respondentů (2,87 %) a dalším 3 (1,72 %) bylo řečeno, že výsledky budou později, proto je personál ambulance ani nevysvětloval. Nikdy nebyl s výsledky seznámen 1 respondent (0,57 %).

8.8 Ukončení návštěvy

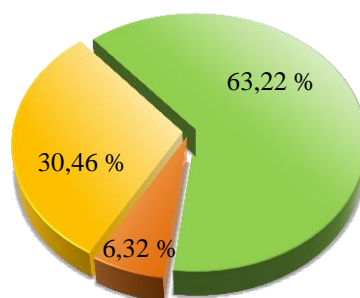
Položka č. 39: Byly Vám před opuštěním ambulance předepsány nebo předány nějaké nové léky?

Tabulka č. 22: Byly Vám před opuštěním ambulance předepsány nebo předány nějaké nové léky?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano	53,00	30,46
2. Ne	110,00	63,22
Neodpovědělo	11,00	6,32
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 23: Byly Vám před opuštěním ambulance předepsány nebo předány nějaké nové léky?

■ 1. Ano ■ 2. Ne ■ Neodpovědělo



Interpretace výsledků:

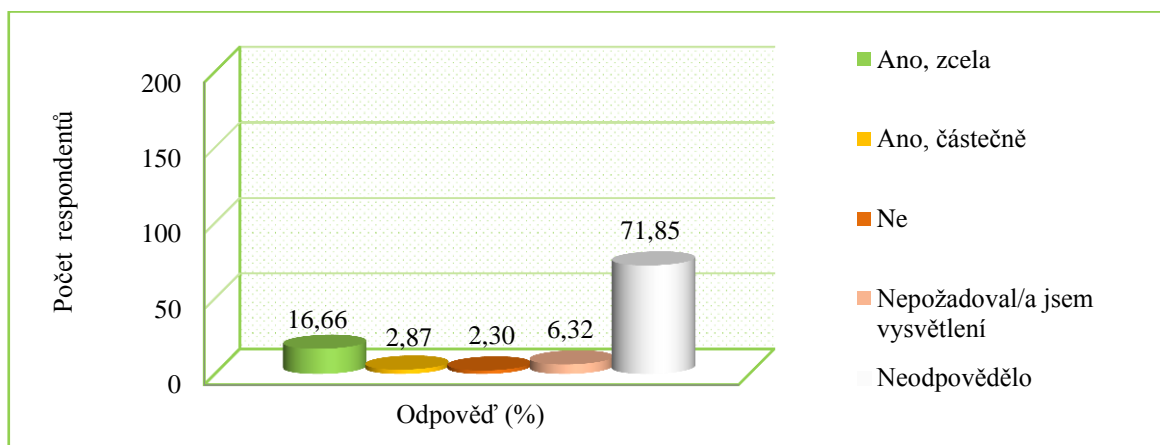
Položka č. 39 zjišťovala, jestli byly pacientům před opuštěním ambulance předepsány nebo předány nějaké nové léky. Většině, tj. 110 respondentům (63,22 %) nové léky předepsány nebyly. Předepsání nových léků udávalo 53 respondentů (30,46 %).

Položka č. 41: Vysvětlil Vám personál ambulance účel užívání léků, které Vám byly předepsány?

Tabulka č. 23: Vysvětlil Vám personál ambulance účel užívání léků, které Vám byly předepsány?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, zcela	29,00	16,66
2. Ano, částečně	5,00	2,87
3. Ne	4,00	2,30
4. Nepožadoval/a jsem vysvětlení	11,00	6,32
Neodpovědělo	125,00	71,85
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 24: Vysvětlil Vám personál ambulance účel užívání léků, které Vám byly předepsány?



Interpretace výsledků:

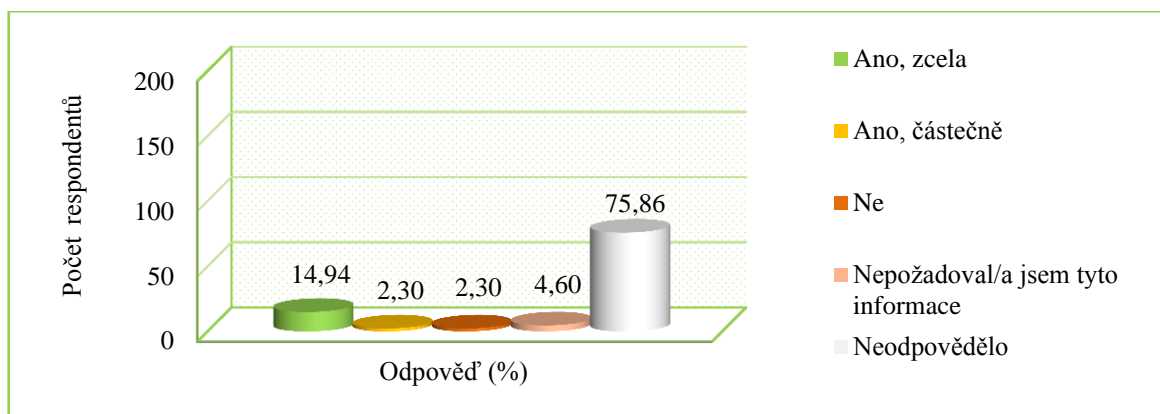
Položka č. 41 upřesňuje předchozí položku. Průzkumu se zúčastnilo 49 respondentů, kterým byly předepsány nové léky, tj. účel užívání léků byl zcela a dobře vysvětlen 29 respondentům (16,66 %). Také dalším 5 respondentům (2,87 %) byl účel vysvětlen, ale jen částečně. Téměř stejnému počtu, tj. 4 respondentům (2,30 %) užívání léků nikdo nevyvětlil. V šetřeném období 11 respondentů (6,32 %) vysvětlení nepožadovalo.

Položka č. 42: Seznámil Vás personál ambulance s vedlejšími účinky léků, které se mohou projevit?

Tabulka č. 24: Seznámil Vás personál ambulance s vedlejšími účinky léků, které se mohou projevit?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, zcela	26,00	14,94
2. Ano, částečně	4,00	2,30
3. Ne	4,00	2,30
4. Nepožadoval/a jsem tyto informace	8,00	4,60
Neodpovědělo	132,00	75,86
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 25: Seznámil Vás personál ambulance s vedlejšími účinky léků, které se mohou projevit?



Interpretace výsledků:

Položka č. 42 ještě více upřesňuje položku č. 39 a doplňuje položku č. 41. Odpověď na otázku, zdali personál ambulance seznamuje pacienty s možnými vedlejšími účinky nově užívaných léků, které se mohou projevit, odpovědělo 42 respondentů z 53, tj. 79,25 %, kterým byly předepsány nové léky. Dobře seznámeno s možnými vedlejšími léky bylo 26 respondentů (14,94 %). Další skupinu tvořili shodně, tj. 4 respondenti (2,30 %), kterým personál ambulance vedlejší účinky vysvětlil buď částečně, nebo dokonce vůbec. 8 respondentů (4,60 %) informace o vedlejších účincích nově předepsaných léků nepožadovalo.

8.9 Informovanost pacientů

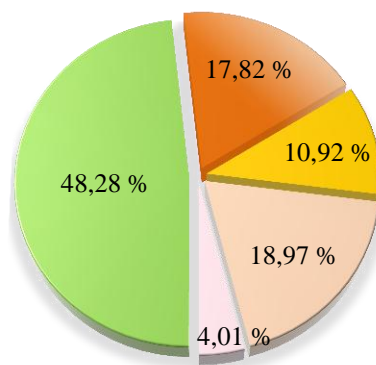
Položka č. 44: Řekl Vám někdo z personálu ambulance, jaké příznaky Vaší nemoci nebo léčby máte sledovat po opuštění ambulance?

Tabulka č. 25: Řekl Vám někdo z personálu ambulance, jaké příznaky Vaší nemoci nebo léčby máte sledovat po opuštění ambulance?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, zcela	84,00	48,28
2. Ano, částečně	31,00	17,82
3. Ne	19,00	10,92
4. Nepožadoval/a jsem tyto informace	33,00	18,97
Neodpovědělo	7,00	4,01
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 26: Řekl Vám někdo z personálu ambulance, jaké příznaky Vaší nemoci nebo léčby máte sledovat po opuštění ambulance?

■ 1. Ano, zcela ■ 2. Ano, částečně ■ 3. Ne ■ 4. Nepožadoval/a jsem tyto informace ■ Neodpovědělo



Interpretace výsledků:

Položka č. 44 znázorňuje, jestli personál ZZ sděluje pacientům příznaky, které mají po opuštění z ambulance sledovat. Z grafu jde vidět, že polovina respondentů, tj. 84 (48,28 %), byla dobře a zcela poučena. Částečně bylo poučeno 31 respondentů (17,82 %) a 19 respondentů (10,92 %) nebylo poučeno vůbec. S informacemi, které příznaky nemoci má pacient sledovat, nechtělo být seznámeno 33 respondentů (18,97 %).

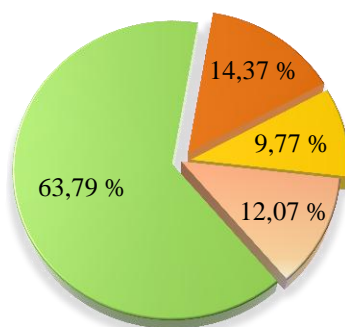
Položka č 45: Sdělil vám personál ambulance, koho máte kontaktovat v případě, že byste se necítil/a dobře po opuštění zdravotnického zařízení?

Tabulka č. 26: Sdělil vám personál ambulance, koho máte kontaktovat v případě, že byste se necítil/a dobře po opuštění zdravotnického zařízení?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano	111,00	63,79
2. Ne	25,00	14,37
3. Nevím/Nepamatuji se	17,00	9,77
Neodpovědělo	21,00	12,07
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 27: Sdělil vám personál ambulance, koho máte kontaktovat v případě, že byste se necítil/a dobře po opuštění zdravotnického zařízení?

■ 1. Ano ■ 2. Ne ■ 3. Nevím/Nepamatuji se ■ Neodpovědělo



Interpretace výsledků:

Položka č. 45 blíže specifikuje předchozí otázku. Průzkumem zjišťujeme, zdali pacienti, kteří byli informováni o sledování svých příznaků nemoci, ví, koho mají kontaktovat po opuštění ambulance v případě, že by se necítili dobře. S první pomocí byla seznámena většina, tj. 111 respondentů (63,79 %). Zbylou část dotazovaných tvořilo 25 (14,37 %) respondentů, kteří nevěděli koho kontaktovat v případě potíží a 17 respondentů (9,77 %), kteří si na takové sdělení od personálu ambulance nepamatují.

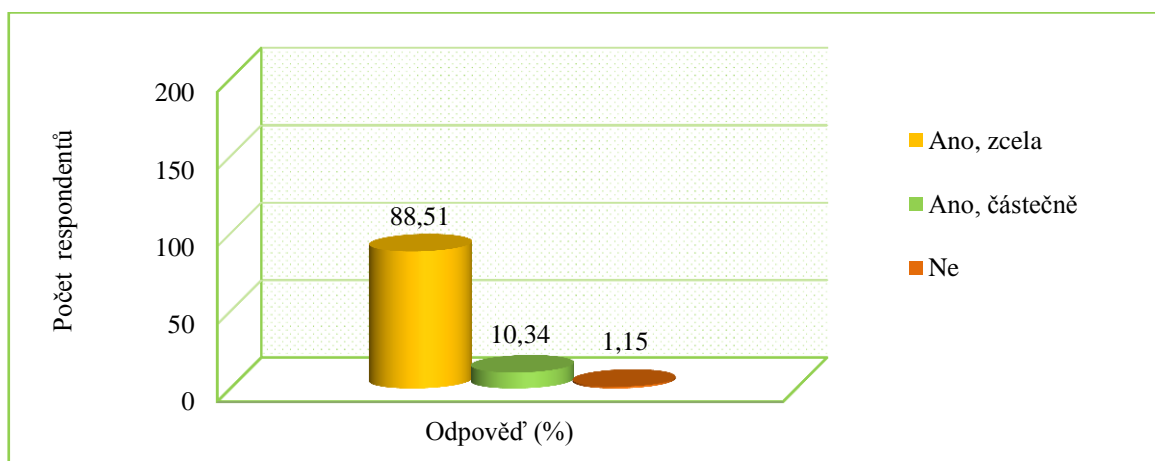
8.10 Celkový dojem z ambulantního vyšetření

Položka č. 46: Byl jste spokojen/a s péčí, kterou personál ambulance věnoval hlavnímu důvodu vaší návštěvy?

Tabulka č. 27: Byl jste spokojen/a s péčí, kterou personál ambulance věnoval hlavnímu důvodu vaší návštěvy?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, zcela	154,00	88,51
2. Ano, částečně	18,00	10,34
3. Ne	2,00	1,15
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 28: Byl jste spokojen/a s péčí, kterou personál ambulance věnoval hlavnímu důvodu vaší návštěvy?



Interpretace výsledků:

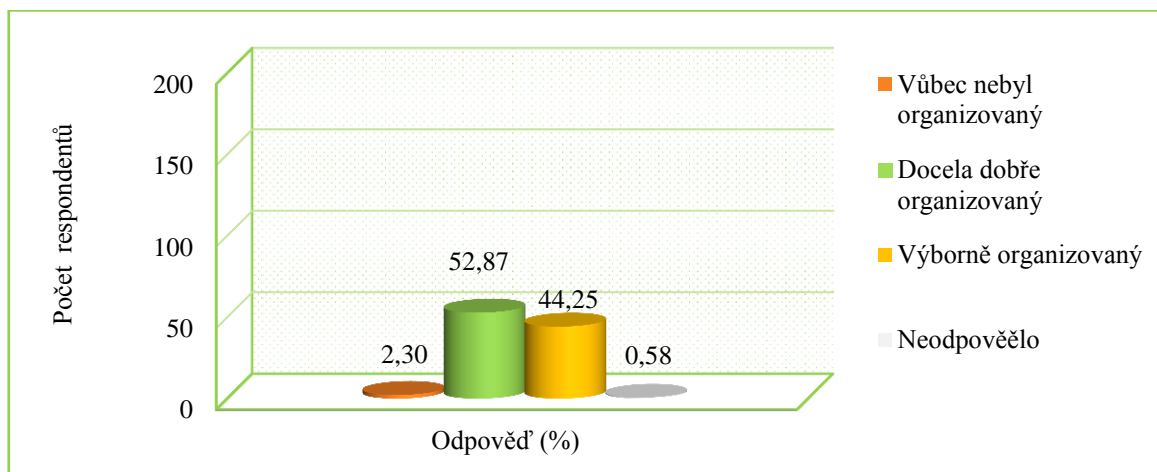
Položka č. 46 znázorňuje spokojenost s péčí, kterou personál ambulance věnuje pacientům. Na tuto otázku odpovědělo 174 respondentů (100 %). Největší počet, tj. 154 respondentů (88,51 %), bylo zcela spokojených. Také spokojených, i když jen částečně, bylo 18 respondentů (10,34 %). Nespokojeni s poskytovanou zdravotní péčí byli 2 respondenti (1,15 %).

Položka č. 47: Jak dobře byl podle vaší zkušenosti organizovaný provoz ambulance?

Tabulka č. 28: Jak dobře byl podle vaší zkušenosti organizovaný provoz ambulance?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Vůbec nebyl organizovaný	4,00	2,30
2. Docela dobře organizovaný	92,00	52,87
3. Výborně organizovaný	77,00	44,25
Neodpovědělo	1,00	0,58
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 29: Jak dobře byl podle vaší zkušenosti organizovaný provoz ambulance?



Interpretace výsledků:

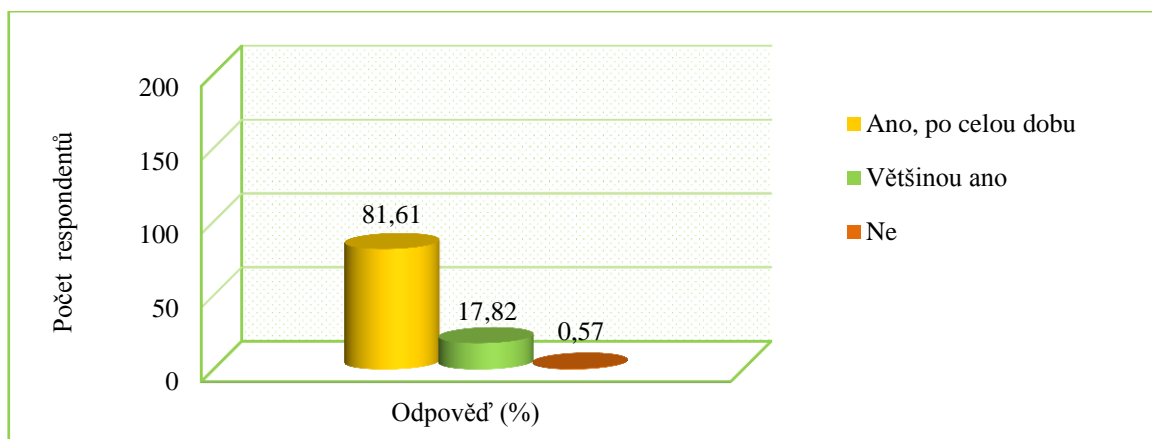
Položka č. 47 měla za úkol vyhodnotit celkový dojem z provozní stránky ambulantního vyšetření. Podle 92 respondentů (52,87 %) je provoz ambulance organizovaný docela dobře. Jako výborně organizovaný provoz ambulance označovalo 77 respondentů (44,25 %). Pouze 4 respondenti (2,30 %) uvedli, že provoz nebyl vůbec organizovaný.

Položka č. 48: Cítíte celkově, že s vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?

Tabulka č. 29: Cítíte celkově, že s vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, po celou dobu	142,00	81,61
2. Většinou ano	31,00	17,82
3. Ne	1,00	0,57
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 30: Cítíte celkově, že s vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?



Interpretace výsledků:

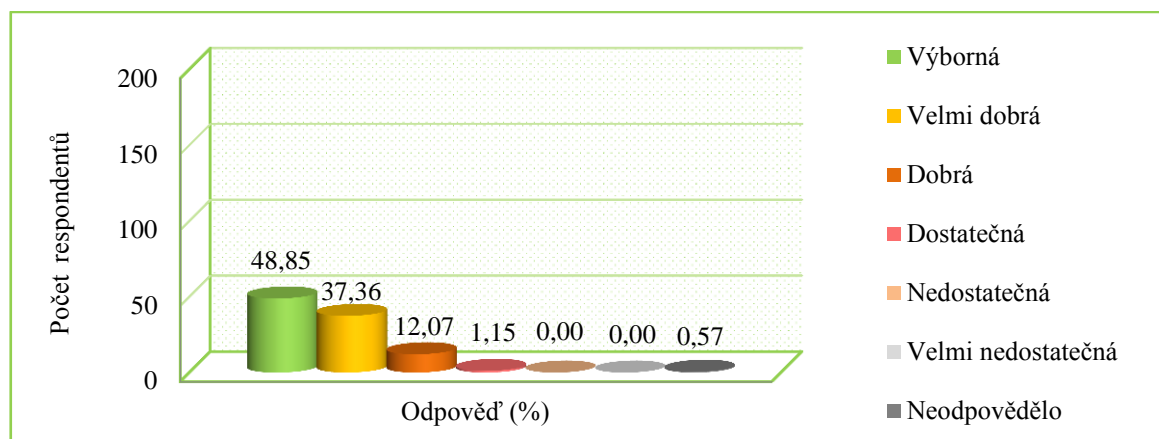
Položka č. 48 zjišťovala podrobněji celkový dojem, a to ve vztahu k úctě a respektu. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů. Největší podíl respondentů, tj. 142 (81,61 %), uvedl, že s nimi bylo zacházeno s úctou a respektem. Respondentů, kteří úctu sice pociťovali, ale nikoliv po celou dobu vyšetření, bylo v zastoupení 31 respondentů (17,82 %). Jen 1 respondent (0,57 %) se v šetřeném období s těmito důležitými přístupy vůbec nikdy nesetkal.

Položka č. 49: Jak byste ohodnotil/a péči, která vám byla v ambulanci poskytnuta?

Tabulka č. 30: Jak byste ohodnotil/a péči, která vám byla v ambulanci poskytnuta?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Výborná	85,00	48,85
2. Velmi dobrá	65,00	37,36
3. Dobrá	21,00	12,07
4. Dostatečná	2,00	1,15
5. Nedostatečná	0,00	0,00
6. Velmi nedostatečná	0,00	0,00
Neodpovědělo	1,00	0,57
Celkem	174,00	100,00

Graf č. 31: Jak byste ohodnotil/a péči, která vám byla v ambulanci poskytnuta?



Interpretace výsledků:

Položka č. 49 hodnotila péči, která byla pacientům v ambulanci poskytnuta. Pacienti péči hodnotili velmi kladně. Nejvíce, tj. 85 respondentů (48,85 %), dalo ambulanci za péči „známku“ výbornou. 65 respondentů (37,36 %) ohodnotilo poskytovanou péči za velmi dobrou. Jako dobrou péči, kterou personál ambulance pacientům nabízí, označilo 21 respondentů (12,07 %). Pouze 1,15 % respondentů vnímalo poskytovanou péči v ambulanci jako dostatečnou. Poslední dvě možnosti odpovědi, záporné hodnocení ambulance, nikdo neoznačil.

8.11 Ostatní připomínky

Poslední položka dotazníku č. 01: Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další zkušenosti z vaší ambulance, sdělte je prosím stručně nyní:

Tuto možnost vyjádřit svůj názor týkající se vlastních postřehů využilo a odpovědělo jen 23 pacientů (13,22%), které nyní doslovně uvádím, bez jazykové a stylistické úpravy:

„Přivítala bych objednání na určitou hodinu – velmi dlouhé čekání“

„Děkuji, nemám připomínky“

„S návštěvou ambulance jsem vždy spokojen“

„Na WC není místo pro 2 berle, velmi malý prostor pro mě nepoužitelný, mísa u země“

„Není objednání na čas“

„Pořadí podle příchodu“

„Vždy velmi dobré“

„Byl jsem vždy spokojen“

„Objednávání na čas bylo velmi dobré“

„Parkování u ambulance nedostatečné pro pacienty. Spousta míst pro zaměstnance“

„Objednávám se ½ roku dopředu, což mi vyhovuje“

„S návštěvou této ambulance jsem velmi spokojen, kéž by tomu tak bylo i na jiných odd. Či ambulancích“

„OK“

„ V kardiologické ambulanci při KNTB Zlin jsem našel u lékaře veškeré pochopení, které jsem před tím u žádného kardiologa nenašel (před tímto jsem navštěvoval dva jiné). U sester se vždy projevovala odbornost a profesionalita“

„Pokud se změní termín vyšetření, jsem vyrozuměn telefonicky, což jiné ambulance nedělají“

„Vše OK“

„Než jsem došel do ambulance 3x jsem se ptal! Zbytečně jsem čekal půl hodiny navíc před jinou ambulancí“

„Velice příjemný personál“

„Jsem velmi spokojen s profesionálním přístupem všech lékařů i sester“

„Velice dobré a profesionální chování zdravotních sester za což co nejsrdečněji děkuji. Velice rád navštěvuji vaši KNTB“

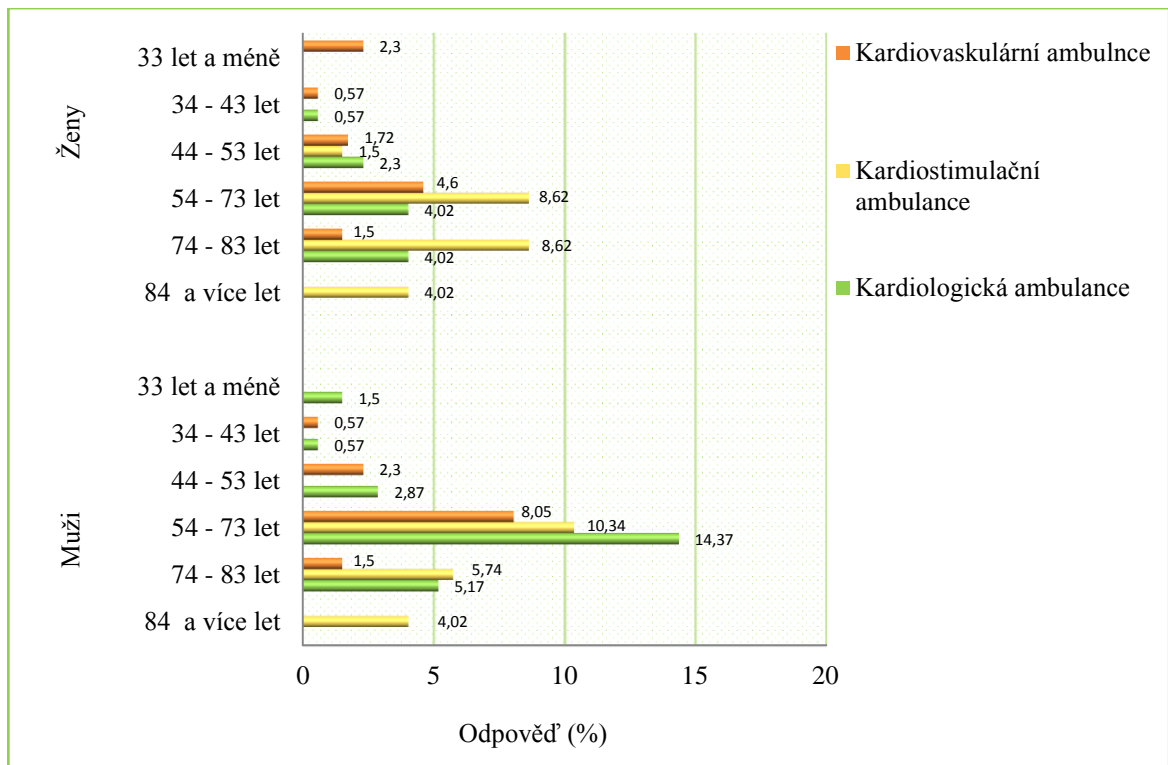
„Dobré kafičko v automatu“

„Chybí WC pro pacienty“

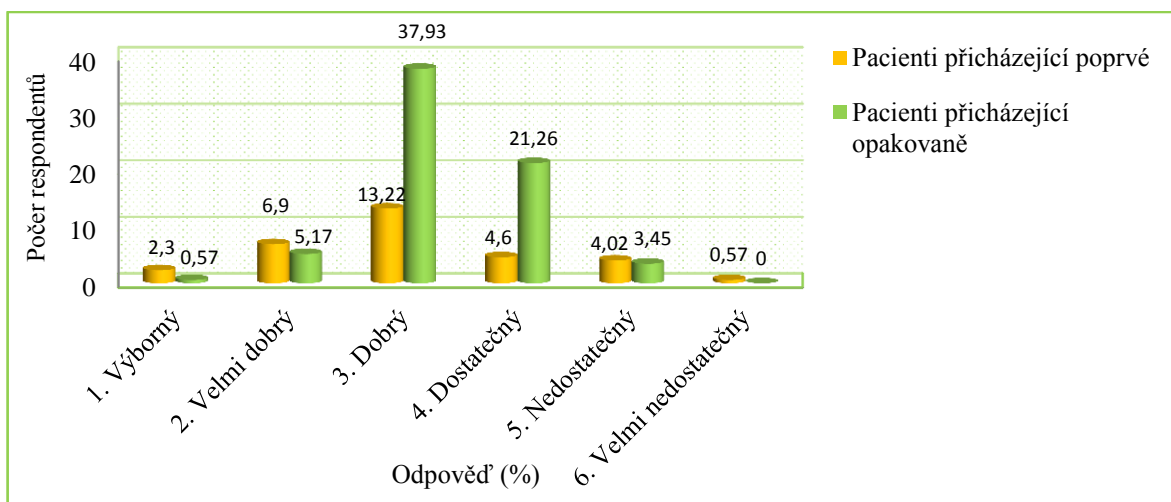
„Kardiologickou ambulanci navštěvuji od r. 2007. Tuto ambulanci považuji za nejlepší. Objednávám se na kontrolu dle potřeby. Čekání je vždy úměrné“.

8.12 Interpretace vztahů mezi zjištěnými výsledky

Graf č. 32: Celkový přehled věkového složení pacientů



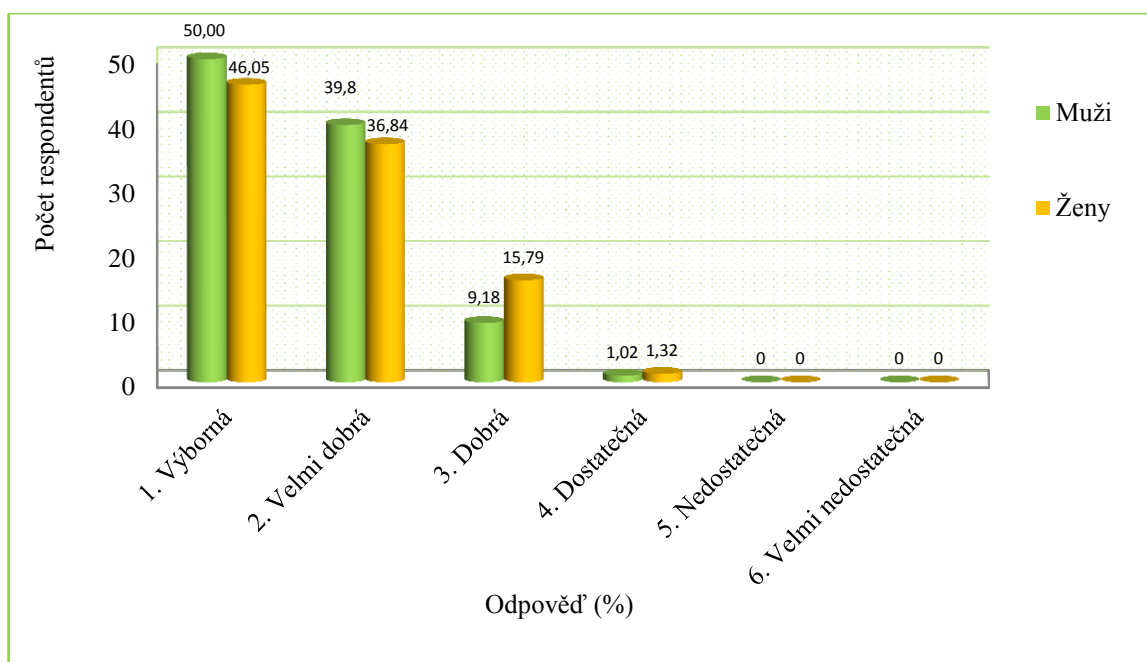
Graf č. 33: Celkový přehled zdravotního stavu pacientů



Tabulka č. 31: Hodnocení poskytované péče, vzhledem k pohlaví

Odpověď	Jak péči hodnotí muži		Jak péči hodnotí ženy	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Výborná	49,00	50,00	35,00	46,05
2. Velmi dobrá	39,00	39,80	28,00	36,84
3. Dobrá	9,00	9,18	12,00	15,79
4. Dostatečná	1,00	1,02	1,00	1,32
5. Nedostatečná	0,00	0,00	0,00	0,00
6. Velmi nedostatečná	0,00	0,00	0,00	0,00
Celkem	98,00	100,00	76,00	100,00
174,00 respondentů (100 %)				

Graf č. 34: Hodnocení poskytované péče, vzhledem k pohlaví

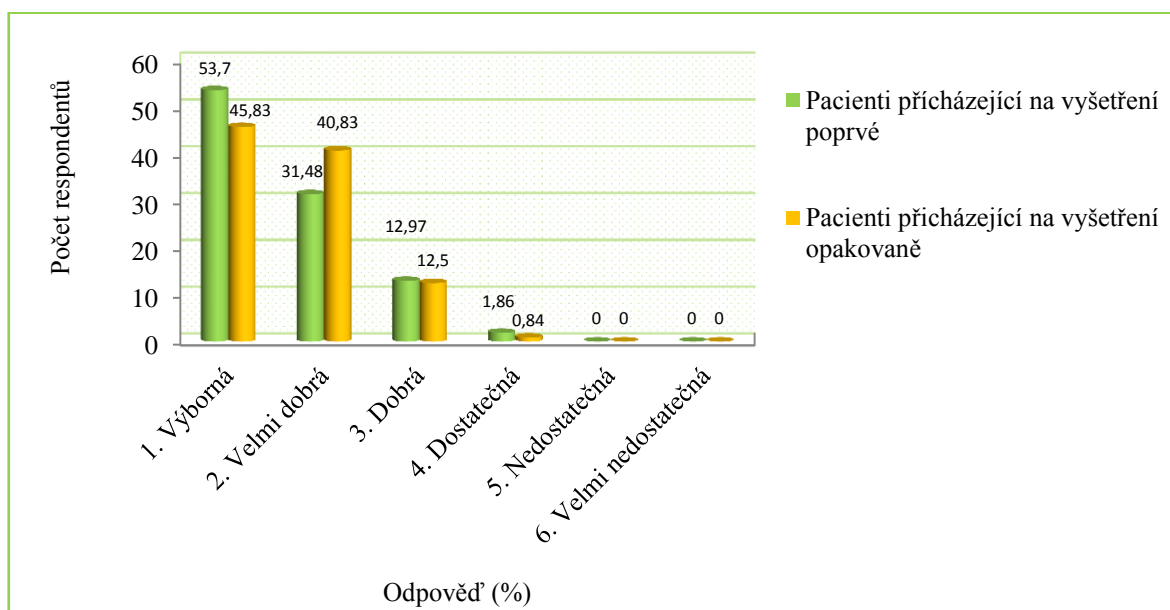
**Interpretace výsledků:**

Graf č. 34 znázorňuje, jak celkově hodnotili pacienti péči, vzhledem k pohlaví. Je obecně známo, že ženy jsou kritičtější, což potvrzují i výsledky z našeho průzkumu.

Tabulka č. 32: Hodnocení péče pacienty, přicházející na vyšetření poprvé/opakovaně

Odpověď	Pacienti přicházející poprvé		Pacienti přicházející opakovaně	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Výborná	29,00	53,70	55,00	45,83
2. Velmi dobrá	17,00	31,48	49,00	40,83
3. Dobrá	7,00	12,97	15,00	12,50
4. Dostatečná	1,00	1,86	1,00	0,84
5. Nedostatečná	0,00	0,00	0,00	0,00
6. Velmi nedostatečná	0,00	0,00	0,00	0,00
Celkem	54,00	100,00	120,00	100,00
	174,00 respondentů (100 %)			

Graf č. 35: Hodnocení péče pacienty, přicházející na vyšetření poprvé/opakovaně

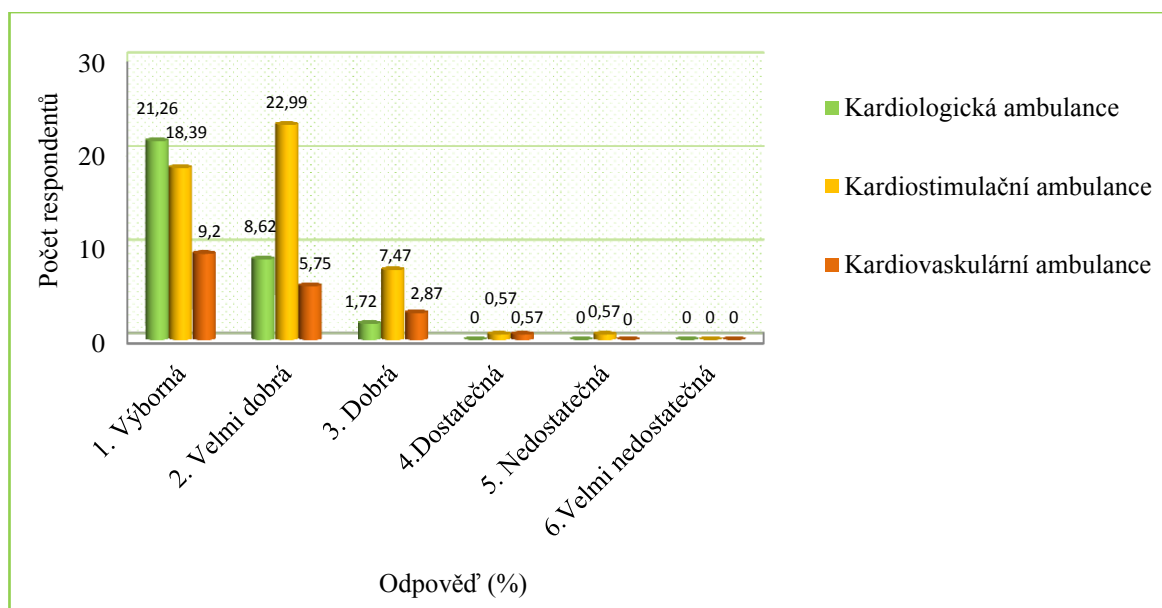
**Interpretace výsledků:**

Graf č. 35 znázorňuje, jak hodnotí poskytovanou zdravotní péči pacienti, kteří ambulanci navštěvují pravidelně nebo na vyšetření přišli poprvé. Z grafu lze vyčíst, že v šetřeném období odpovídalo na standardizovaný dotazník více pacientů, kteří přicházeli na vyšetření opakovaně, než pacientů přicházejících poprvé. Dovolujeme si tvrdit, že stálá a pravidelná péče o naše pacienty vede k větší spokojenosti, než je tomu u prvně přichozích pacientů.

Tabulka č. 33: Hodnocení péče, vzhledem k navštívené ambulanci

Odpověď	Kardiologická ambulance		Kardiostimulační ambulance		Kardiovaskulární ambulance	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Výborná	37,00	21,26	32,00	18,39	16,00	9,20
2. Velmi dobrá	15,00	8,62	40,00	22,99	10,00	5,75
3. Dobrá	3,00	1,72	13,00	7,47	5,00	2,87
4. Dostatečná	0,00	0,00	1,00	0,57	1,00	0,57
5. Nedostatečná	0,00	0,00	1,00	0,57	0,00	0,00
6. Velmi nedostatečná	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Celkem	55,00	31,62	87,00	49,99	32,00	18,39
174,00 respondentů (100,00 %)						

Graf č. 36: Hodnocení péče, vzhledem k navštívené ambulanci



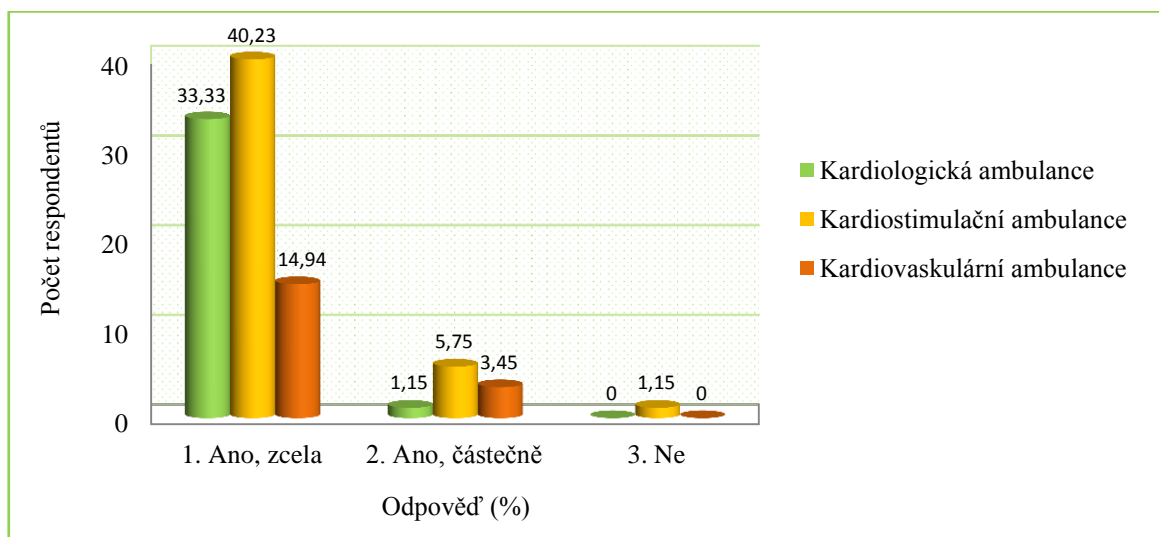
Interpretace výsledků:

Graf č. 36 znázorňuje, jak celkově hodnotili pacienti poskytovanou péči v jednotlivých ambulancích. Počet respondentů byl v měřených ambulancích nevyrovnaný. Na grafu je vidět, že nejvíce jsou pacienti spokojeni s péčí v kardiostimulační ambulanci, i když hodnocení „výborná péče“ má ve větším zastoupení počtu odpovědí ambulance kardiologická.

Tabulka č. 34: Celková spokojenost s péčí v jednotlivých ambulancích

Odpověď	Kardiologická ambulance		Kardiostimulační ambulance		Kardiovaskulární ambulance	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, zcela	58,00	33,33	70,00	40,23	26,00	14,94
2. Ano, částečně	2,00	1,15	10,00	5,75	6,00	3,45
3. Ne	0,00	0,00	2,00	1,15	0,00	0,00
Celkem	60,00	34,48	82,00	47,12	32,00	18,40
	174,00 respondentů (100 %)					

Graf č. 37: Celková spokojenost s péčí v jednotlivých ambulancích



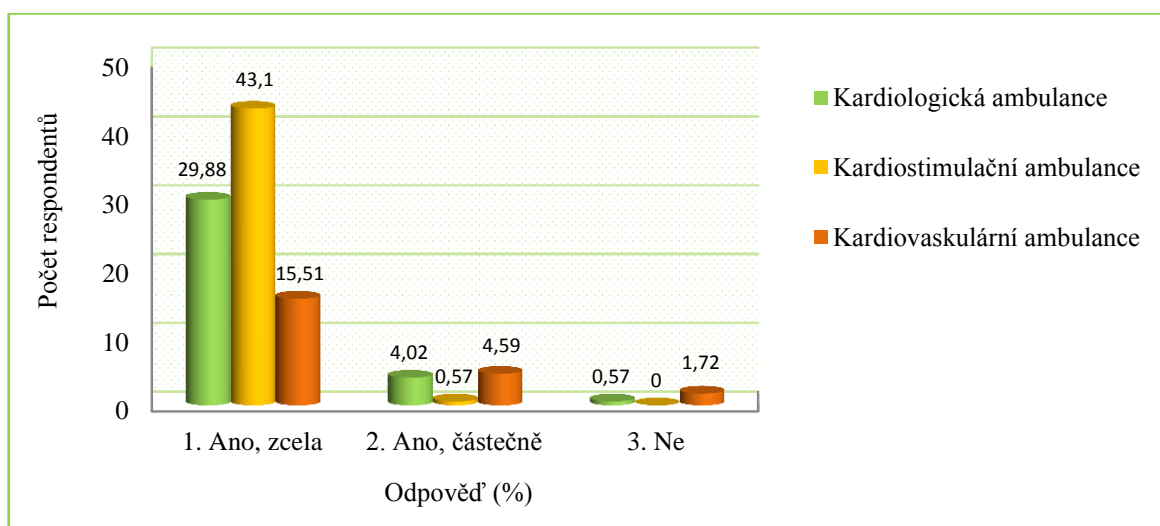
Interpretace výsledků:

Graf č. 37 znázorňuje, jak byli pacienti celkově spokojeni s péčí v jednotlivých navštívených ambulancích. Celková spokojenost byla hodnocena s ohledem na úctu, respekt, soukromí a provozní stránku ambulance. Počet respondentů byl v měřených ambulancích nevyrovnaný, ale i přes to výsledky vychází téměř shodně. Pacienti jsou spokojeni na všech pracovištích neinvazivní kardiologie. Pouze 2 respondenti (1,15 %) odpověděli, že spokojeni nejsou, a to v ambulanci kardiostimulační.

Tabulka č. 35: Soukromí pacientů při samotném vyšetření, v jednotlivých ambulancích

Odpověď	Kardiologická ambulance		Kardiostimulační ambulance		Kardiovaskulární ambulance	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, měl/a	52,00	29,88	75,00	43,10	27,00	15,51
2. Částečně	7,00	4,02	1,00	0,57	8,00	4,59
3. Ne, neměl/a	1,00	0,57	0,00	0,00	3,00	1,72
Celkem	60,00	34,48	76,00	43,68	38,00	21,84
	174,00 respondentů (100,00 %)					

Graf č. 38: Soukromí pacientů při samotném vyšetření, v jednotlivých ambulancích

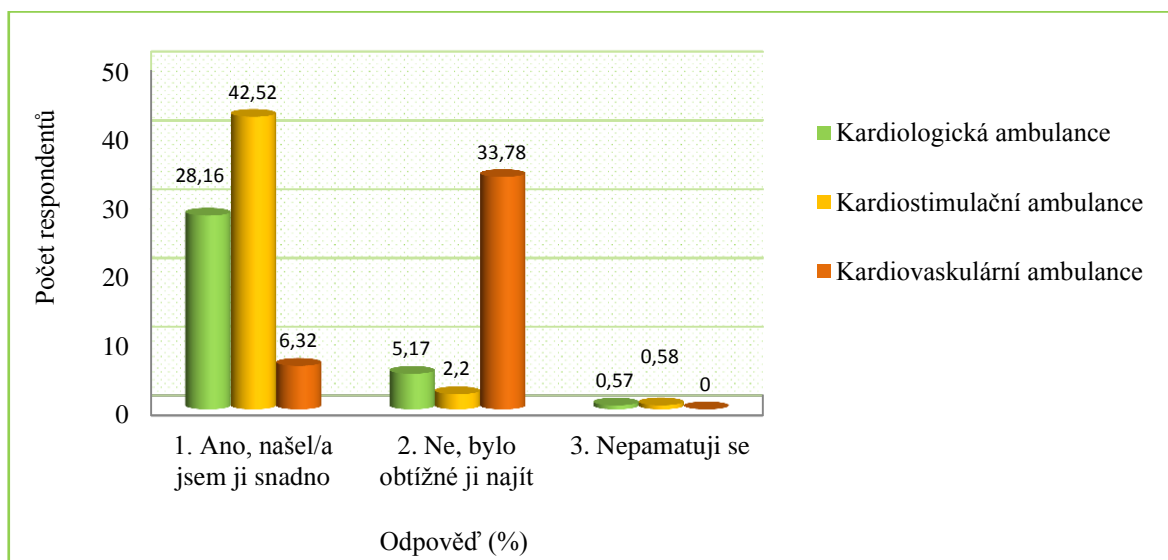
**Interpretace výsledků:**

Graf č. 38 znázorňuje, ve kterých ambulancích měli pacienti nejvíce soukromí při samotném vyšetření. Nejvíce měli pacienti soukromí při vyšetření v ambulanci kardiostimulační, nejméně na ambulanci kardiovaskulární diagnostiky.

Tabulka č. 36: Kterou z jednotlivých ambulancí, nacházeli pacienti snadno?

Odpověď	Kardiologická ambulance		Kardiostimulační ambulance		Kardiovaskulární ambulance	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Ano, našel/a jsem ji snadno	49,00	28,16	74,00	42,52	11,00	6,32
2. Ne, bylo ji obtížné najít	9,00	5,17	4,00	2,20	25,00	33,78
3. Nevím/Nepamatuji se	1,00	0,57	1,00	0,58	0,00	0,00
Celkem	59,00	33,90	79,00	45,00	36,00	40,10
174,00 respondentů (100 %)						

Graf č. 39: Kterou z jednotlivých ambulancí, nacházeli pacienti snadno?

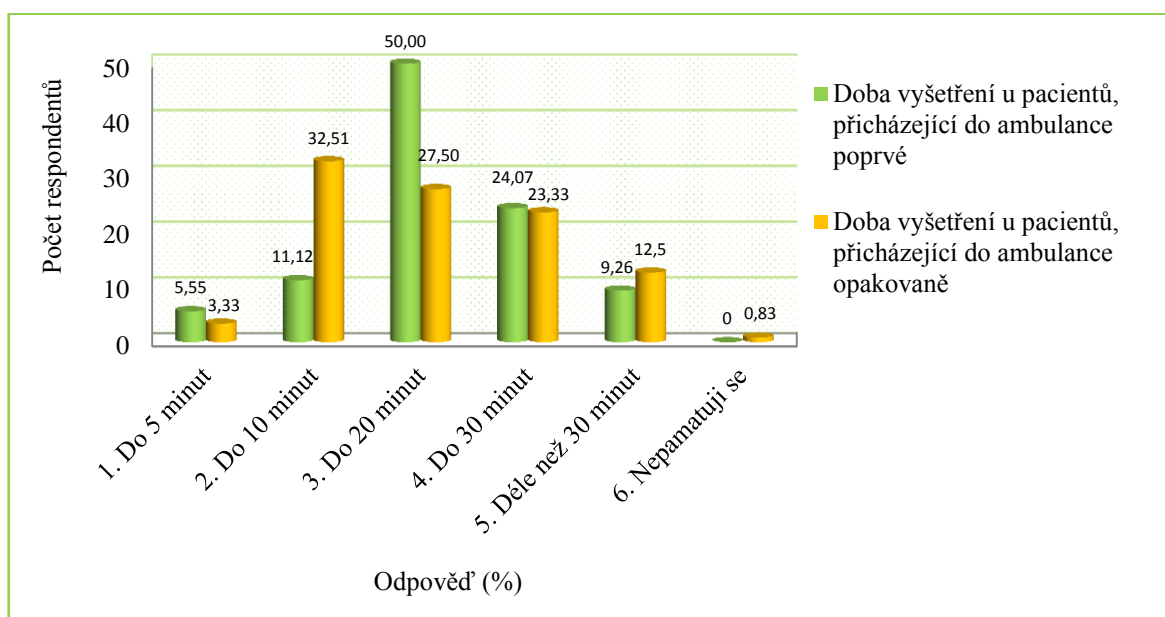
**Interpretace výsledků:**

Graf č. 39 znázorňuje orientaci pacienta v prostředí a odpovídá na otázku, která z navštěvovaných ambulancí je nejvíce snadno dohledatelná. Snadno nacházejí pacienti ambulanci kardiostimulační a největší obtíže při hledání jim činí ambulance kardiovaskulární diagnostiky.

Tabulka č. 37: Doba vyšetření u poprvé a opakovaně vyšetřovaných pacientů

Odpověď	Pacienti přicházející poprvé		Pacienti přicházející opakovaně	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. Do 5 minut	3,00	5,55	4,00	3,33
2. Do 10 minut	6,00	11,12	39,00	32,51
3. Do 20 minut	27,00	50,00	33,00	27,50
4. Do 30 minut	13,00	24,07	28,00	23,33
5. Déle než 30 minut	5,00	9,26	15,00	12,50
6. Nevím/Nepamatuji se	0,00	0,00	1,00	0,83
Celkem	54,00	100,00	120,00	100,00
	174,00 respondentů (100 %)			

Graf č. 40 : Doba vyšetření u poprvé a opakovaně vyšetřovaných pacientů

**Interpretace výsledků:**

Graf č. 40 znázorňuje dobu strávenou pacienty v ambulanci při vyšetření. Z grafu je zřejmé, že více času je věnováno pacientům, kteří do ambulance přicházejí opakovaně. Nejčastěji se doba vyšetření pohybuje do 20 minut, jak uvedl největší počet – 60 respondentů (34,48 %).

9 DISKUSE

Otázkou kvality zdravotní péče se zabývá široká odborná, ale i laická veřejnost. Téma kvality je často diskutováno a řešeno v rámci jednotlivých ZZ, ovšem oblast ambulantní péče je doposud stále nepřilíš zmapovaná. Projekt „Kvalita očima pacientů“, a to měření kvality ambulantní péče proběhla pouze ve fakultní nemocnici Hradec Králové, v Olomouci a v Ostravě.

Tato bakalářská práce přináší výsledky na základě průzkumu z pracoviště neinvazivní kardiologie KNTB, a.s., ve Zlíně:

Cíl č. 1: Zjistit, jaká je spokojenost pacientů s průběhem vyšetření.

K tomuto cíli se vztahují otázky v dotazníku č. 46, 47, 48, 49. Při vyhodnocení odpovědí pacientů jsme došli k těmto závěrům:

Je nutno říci, že pravidelné zjišťování úrovně spokojenosti pacientů nám slouží jako velmi dobrá preventivní metoda, brání vzniku vážných problémů a oprávněných stížností pacientů. Na pracovišti neinvazivní kardiologie, KNTB, a.s., jsme došli k závěru, že celková spokojenost pacientů je velmi vysoká. Otázkám spokojenosti se věnovala většina dotazovaných respondentů, proto zjištěné výsledky mají velkou vypovídající hodnotu. Spokojených pacientů, ať už zcela nebo částečně, bylo 172 pacientů (98,85 %). Nespokojeni s poskytnutou zdravotní péčí byli pouze 2 pacienti (1,15 %). Bartlová, Hnilicová (2000, s. 98) v knize *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů* uvádějí, že při interpretaci výsledků je třeba mít na paměti, že i malé odchylky od hodnot nejvyšší spokojenosti mohou mít velkou vypovídající hodnotu. Ukazují na reálně existující problémy, se kterými je potřeba se zabývat. Naše šetření v této oblasti ukázalo lepší výsledky ve srovnání s měřením na ambulancích kardiologie ve fakultní nemocnici v Ostravě, z roku 2012¹⁶, kde byla souhrnná spokojenost 87,2 %. Mohu tedy říci, že výsledky svědčí o profe-

¹⁶ RAITER, Tomáš. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. In: *Fakultní nemocnice Ostrava, Závěrečná zpráva* [online]. 2012 [cit. 2014-02-29].

Dostupné z: <<http://www.fno.cz/documents/documents/KOP-A-FN-Ostrava-2012-PUBLIC.pdf>>.

sionálním přístupem zdravotnického personálu a zdravotní služby poskytované na našem pracovišti pacientům vyhovují a jsou s nimi spokojeni. Raiter (2010), řešitel projektu „Kvalita očima pacientů“ v závěrečné zprávě pro ambulance FN Hradec Králové uvedl: *„Výhodou českého zdravotnictví je, že očekávání našich pacientů jsou ve srovnání s vyspělými zeměmi stále ještě nižší. Tato výhoda se však velmi rychle vytrácí. S tím, jak zdravotní služby začínají stále více využívat mladší ročníky pacientů, které vyrůstají již v nových společensko-politických podmínkách, nároky na kvalitu zdravotních služeb rostou. Pokud kvalita služeb poroste pomaleji, než očekávání pacientů, zákonitě bude tento trend provázen poklesem spokojenosti.“*

Za účelem upřesnění požadavků pacientů na poskytovanou ambulantní zdravotní péči, byly stanoveny a vyhodnoceny cíle č. 2 a 3.

Cíl č. 2: Identifikovat potřeby pacientů v rámci ambulantní péče.

K tomuto cíli se v dotazníku vztahují položky č. 7, 12, 16, 41. Na základě zjištěných výsledků můžeme navrhnout řešení, která povedou ke zvýšení spokojenosti pacientů. Při vyhodnocení odpovědí pacientů jsme došli k těmto potřebám:

- **Pacienti potřebují dostávat vysvětlení, proč musí čekat v čekárně.**

V šetřeném období 12,64 % pacientům, z celkového počtu 84,48 % oslovených pacientů, důvod čekací doby nebyl vysvětlen, i když by tuto informaci přivítaly.

- **Pacienti potřebují více času v ambulanci.**

Z celkového počtu 96,55 % pacientů, mělo 15,52 % nedostatek času a 2,87 % pacientům čas na probrání zdravotního stavu s lékařem úplně chyběl.

- **Pacienti potřebují od lékaře srozumitelnější vysvětlení na položenou otázku.**

V kapitole 4.3 na str. 35 uvádíme, jak by měl rozhovor lékaře s pacientem, podle Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu, probíhat. V bodě 6 je uvedeno, že lékař je povinen se ujistit, zda mu pacient po skončení vyšetření rozuměl. Průzkum ukázal, že 1,15 % pacientů nemělo příležitost se během rozhovoru s lékařem zeptat na důležitou otázku a 1,15 % pacientů uvedlo, že i když se na důležitou otázku zeptali, odpovědi, kterou od lékaře dostali, nerozuměli.

- **Pacienti potřebují vysvětlovat účel užívání léků.**

Na položku č. 41 odpovídali pacienti, kterým byly předepsány nové léky. Otázka měla za úkol upřesnit potřeby pacientů. Průzkumu se zúčastnilo 92,45 % pacientů z celkového

počtu pacientů, kterým byly léky předepsány. Účel užívání léků nikdo nevysvětlil 2,30 % pacientům.

Cíl č. 3: Zmapovat, co je potřeba v ambulantní péči zlepšit.

K tomuto cíli se v dotazníku vztahují položky č. 6, 15, 23, 24, 28, 44. Při vyhodnocení odpovědí pacientů jsem došla k těmto výsledkům:

- **Podávat informace pacientům, jak dlouho budou čekat.**

Žijeme v uspěchané době a nikdo nemá čas. Výjimka není ani u pacientů přicházejících na ambulantní vyšetření. Každý ambulantní pacient jistě velmi přivítá, když bude o čekací době informován. Může si tak lépe zorganizovat a využít čas, např. návštěva WC, bufetu, zařídit si jiné, v ten den plánované, vyšetření. Dobře informovaní pacienti vědí, že na ně personál nezapomněl – kontakt sestry je ubezpečí, že se s nimi na vyšetření počítá a eliminuje se tak jejich stres. I přes zmiňované výhody a fakta, největšímu počtu pacientů, tj. 58,62 % nikdo neřekl, jak dlouho budou čekat.

- **Poslouchat pacienta pozorněji.**

V průběhu vyšetření pacienta v ambulanci jsou běžné tzv. rušivé vlivy, např. když zvoní telefon, sestra telefonuje nebo odbíhá do čekárny. V kapitole 4.3, na str. 34, jsme popisovali příkladný proces rozhovoru v ordinaci, který měl probíhat v zásadě v klidném prostředí. Menší počet pacientů, tj. 16,66 % se vyjádřilo, že lékař spíše poslouchal, nebyli si však jisti, zda pozorně. Pouze 1,15 % pacientů odpovědělo, že měli pocit, že je lékař neposlouchal. Pro pacienty je důležité, abychom se jim snažili věnovat maximální pozornost, i když kritika pozornosti byla jen ve dvou případech.

- **Nehovořit v přítomnosti pacienta, jako by nebyl přítomen.**

Položkou č. 23 jsme zjišťovali skutečnost, na kterou jsou téměř všichni pacienti citliví, neboť čas, který mohou trávit v ambulanci, je přesně vymezen a pozornost má být soustředěna pouze na pacientovy obtíže. Měli tedy pacienti pocit, že se lékaři nebo ostatní zdravotnický personál před nimi baví tak, jako by nebyli přítomni? Kladně odpovědělo dohromady 19,37 % pacientů, z čehož 13,62 % se s tímto jevem setkalo v ambulanci občas a 5,75 % často. Rozbor výsledků nám ukazuje částečné pochybení na straně zdravotnického personálu. V kodexu práv pacientů (viz. Příloha I) se v bodě 5 píše: „*V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně.*

Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.“ Je naší povinností, abychom, v rámci naší profesionality, tento kodex práv dodržovali.

- **Dávat pacientovi přiměřené množství informací o jeho zdravotním stavu.**

Gladkij et al. (1999, s. 132), ve své knize Management ve zdravotnictví uvádí, že právě tato oblast je často velmi kriticky hodnocena pohledem pacienta. Pacienti sdělují, že se jim nedostávají potřebné informace o jejich zdravotním stavu, o režimech, které mají v průběhu léčení zachovávat a o dalších informacích, které jsou pro ně důležité.

Jak moc jsou pacienti informováni během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu nebo léčbě, jsme zjišťovali položkou č. 24. Zajímavé je, že 7,47 % pacientů si myslí, že informací o svém zdravotním stavu i léčbě dostali příliš mnoho. Zde vidíme, že i přílišná péče může být pro pacienta nežádoucí - pro mnoho informací si pacient nemusí zapamatovat nejdůležitější údaje. Málo informací během návštěvy v ambulanci vnímalo 5,17 % pacientů a 2,30 % pacientů odpovědělo, že nedostali žádné informace o léčbě.

- **Nechat pacienta více se zapojovat do rozhodování o jeho léčbě.**

V teoretické části bakalářské práce popisujeme vztah lékař – pacient (viz. str. 34) a stále častější jev, kdy pacienti usilují o partnerství. V současných ZZ dochází k nové orientaci na pacienta, co by zákazníka/uživatele, neboli klienta, kterému nabízíme své služby, abychom tak vyhověli jeho přání a očekávání. Zapojovat se do léčby o trochu více, by chtělo 17,24 % pacientů. Mnohem aktivněji by se chtělo o své léčbě rozhodovat 9,8 % pacientů. Na základě výsledků můžeme říci, že i když je většina pacientů s rozhodováním o léčbě spokojena, musíme být připraveni na stále větší počet pacientů, kteří budou chtít být, na svém léčebném postupu, lékařovým partnerem.

- **Informovat pacienta o příznacích jeho nemoci, které má sledovat.**

Sledování příznaků, které jsme si uváděli na str. 32, patří mezi základní informace pro pacienta s kardiologickým onemocněním. Rozpoznání specifických potíží a jejich důležitosti, na základě selfmonitoringu, vede k zahájení včasné léčby, která je tímto potom úspěšná. O sledování příznaků svého měnícího se zdravotního stavu nebylo poučeno 10,92 % pacientů. Z průzkumu vyplývá, že je zapotřebí dbát na důslednější poskytování informací, o sledování příznaků aktuální nemoci, u všech pacientů. Tato metoda zabrání jak zdravotním komplikacím, tak pomůže lékařům ke správné diagnostice.

Pro doplnění hlavních cílů bakalářské práce se zabýváme otázkami, které vychází z 11 dimenzí uvedených ve standardizovaném dotazníku „Kvalita očima pacientů“:

Otázka č. 1: Bylo pacientům nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?

Při objednávání na návštěvu ambulance nabízíme pacientům nejbližší volný termín s ohledem na jejich aktuální zdravotní stav a potřebu vyšetření. Pokud nabízený termín na návštěvu ambulance pacientovi nevyhovuje, nabízíme termín další. Z průzkumu jsme zjistili, že nejpočetnější skupinu tvořili pacienti, kteří nepožadovali nabídku více termínů návštěv do ambulance. Z výsledků lze usoudit, že pacienti jsou s objednacím režimem spokojeni. Výběr z více termínů nedostalo, i když by tuto nabídku přivítalo, 6 pacientů. Jednou z priorit našeho pracoviště neinvazivní kardiologie je dodržování stanovených termínů kontrol pacientů. Na odborných ambulancích neinvazivní kardiologie KNTB, a.s., pracuje více lékařů. Pokud se pacient objednává, je limitován ordinační dobou a dnem příslušného lékaře. Z tohoto důvodu se může stát, že pokud navrhovaný termín pacientovi nevyhovuje, další může být až za delší dobu. Pouze v náhlých, neočekávaných situacích, řádných dovolených či pracovní neschopnosti lékařů pacienty řádně předem informujeme na telefonní čísla, která si za tímto účelem od pacientů odebíráme, již při první kontrole v ambulanci.

Otázka č. 2: Jak dlouho čekají pacienti v čekárně před vlastním vyšetřením?

Tato oblast dotazů na pacienty přicházející na vyšetření bývá nejvíce a nejpřísněji hodnocena v utváření si názoru na ambulantní ZZ. Z grafu č. 6 je patrné, že odpovědi na tuto otázku jsou velmi vyrovnané. Nejvíce pacientů bylo z čekárny do ambulance vyzváno do hodiny. Téměř stejný, ale o něco menší počet tvořili pacienti, kteří vůbec nečekali nebo do ambulance byli vyzváni do 5, 15 či 30 minut. Do dvou hodin čekalo výrazně méně pacientů. Nejnižší počet pacientů čekal více jak 2 hodiny. Čekací doba je často uváděným problémem ze strany nemocných. Musíme ovšem konstatovat, že čekat více jak 2 hodiny, je opravdu dlouhá doba, zejména má-li pacient akutní potíže. Na druhou stranu, s ohledem na požadavky procesu vyšetření (viz s. 35, 36), je nutno počítat s delší časovou dotací na vyšetření nemocného.

Otázka č. 3: Nachází pacienti ambulanci snadno?

Vzhledem ke každodenní situaci v mém zaměstnání, kdy neustále potkávám na chodbách bloudící pacienty, jsem se domnívala, že výsledky průzkumu budou více vypovídající o tomto problému, což se nepotvrdilo. Podle většiny pacientů se ambulance nachází snadno. V menším zastoupení byli pacienti, kteří odpověděli, že se v prostředí nemocnice neorientovali a ambulanci tak hledali obtížně. Podle grafu č. 39 je zřejmé, že nejlépe je označena ambulance kardiostimulační. Největší problém nalézt ambulanci mají pacienti přicházející do ambulance kardiiovaskulární diagnostiky.

Otázka č. 4: Jak dlouho se v ambulanci pacientům věnuje lékař?

Pacienty objednávané na vyšetření podle objednávacího sešitu s předem nadepsanými časy. Naší snahou je, abychom standardně každému pacientovi věnovali v ambulanci 20 minut, což potvrdil z odpovědí pacientů i náš průzkum. Další nejčastěji uváděnou dobou je čas do 30 minut a do 10 minut. Déle než 30 minut se lékař věnuje pacientům výrazně méně. Nejmenší počet pacientů uvádělo dobu do 5 minut. Délka pobytu v ambulanci se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu, zda pacient přichází na první vyšetření, předepsání receptu nebo např. na půlroční preventivní prohlídku. Některá návštěva pacienta v ambulanci je posuzována pouze jako minimální kontakt, např. u pacientů, kterým se nastavuje dávkování nových léků nebo konzultace laboratorních výsledků. Z průzkumu jsme dále zjistili, že v měřeném období se lékaři déle věnovali pacientům, kteří navštěvují ambulanci opakovaně, než pacientům přicházejícími poprvé (viz. Graf č. 40).

Otázka č. 5: Mají pacienti při vyšetření dostatek soukromí?

Abychom přesně odpověděli na tuto otázku, zkoumali jsme zvlášť jednotlivé ambulance, zahrnuté do průzkumu (viz. Graf č. 38). Mezi šetřenými ambulancemi nejvíce soukromí pocítovali pacienti navštěvující kardiostimulační ambulanci. Pacienti přicházející do ambulance kardiologické a kardiiovaskulární, hodnotili soukromí při vyšetření jako částečné. Stud prožívali 3 pacienti, protože neměli žádné soukromí, ani jej nepocítovali. Závěrem lze konstatovat, že i když výsledky dopadly kladně a většina pacientů pocítuje při vyšetření dostatek soukromí, musíme být neustále vnímaví, ohleduplní a snažit se co nejvíce zachovávat pacientovu důstojnost.

Otázka č. 6: Vysvětluje personál pacientům před vyšetřením, o co půjde a proč jej potřebují?

Na otázku odpovídala pouze vybraná skupina pacientů, kteří v ambulanci absolvovali nějaké testy (např. odběr krve, RTG snímek apod.). Důvod a záměr se snažíme vždy vysvětlit tak, aby jej pacient pochopil, proto spokojených pacientů, kterým byl důvod testů zcela vysvětlen, byla většina. Větší potřeba srozumitelnějšího vysvětlení vyplývá ze skutečnosti, že několika pacientům se dostalo pouze částečné vysvětlení, ba dokonce 4,60 % pacientů uvedlo, že jim důvod vyšetření nikdo nevysvětlil.

Otázka č. 7: Vysvětluje lékař účel užívání nových léků a jejich vedlejší účinky?

Otázka se týkala pouze těch pacientů, kterým byly předepsány nové léky. Dobře seznámena s možnými vedlejšími léky byla největší část pacientů. Vyrovnané odpovědi byly, že účel užívání nových léků vysvětluje personál ambulance pouze částečně nebo účel dokonce nikdo nevysvětlil. Beran (2011, s. 114) v knize Lékařská psychologie uvádí, že pacientovi musí být známo, jaký cíl se léky sleduje, jaké příznivé změny má očekávat a kdy a také jaké komplikace v podobě vedlejších účinků mohou nastat.

Je samozřejmé, z praktických důvodů, že by pacient měl znát název léku. Pokud bude pacient někdy později tázán jiným lékařem, podá kvalifikovanější odpověď a vyhne se případným alergickým reakcím. Při farmakoterapii má značný význam vztah pacienta k lékaři. Je-li vztah pozitivní, pak je to patrné z toho, že pacient při léčbě spolupracuje, přesně užívá léky a snáší i jejich případné vedlejší účinky.

Otázka č. 8: Ví pacienti po opuštění ZZ, koho kontaktovat v případě, že by se necítili dobře?

Údaj o následné a případné další péči, kdy již pacient není v ambulantním zařízení, je pro pacienty velmi důležitý, ba dokonce někdy i život zachraňující. Pacient musí být seznámen s možnostmi ošetření u svého obvodního lékaře, o okamžitém příchodu na příjem ZZ nebo o volání rychlé záchranné služby. Z výsledků odpovědí je zřejmé, že většina pacientů je informována dobře. Koho kontaktovat, nevědělo 14,37 % pacientů. V bodě 8 Přílohy I je uvedeno: „*Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, kteří lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu po propuštění k dispozici. Má právo očekávat, jaký nemocnice určí postup a jaká bude jeho další péče.*“

Otázka č. 9: Jaké jsou sociodemografické údaje pacientů?

Šetření ve sledovaném období se zúčastnilo celkem 174 pacientů, což odpovídá 100 %. Respondenti byli rozděleni na 56,32 % mužů a 43,68 % žen. Pro potřeby zpracování výsledků průzkumu byli pacienti rozděleni do 6 věkových kategorií (viz. Graf č. 3). Nejvíce pacientů bylo zastoupeno ve věku 54-73 let. V těchto letech dochází nejvíce k nárůstu srdečních onemocnění, přitom pacienti v tomto věku jsou většinou pracovně aktivní lidé. Nejméně pacientů, kteří se zúčastnili průzkumu, bylo ve věku 34-43 let. Průměrný věk pacientů byl 46 let. Výsledek naší bakalářské práce potvrzuje studie České kardiologické společnosti¹⁷, která uvádí prudce narůstající riziko kardiovaskulární příhody od 45. roku života a tvrzení, že i když nemoci srdce a kardiovaskulárního systému jsou v příčinách úmrtí u obou pohlaví na prvním místě, umírá na ně dvakrát více mužů než žen. Dále jsme zjistili, že z hlediska vzdělání převažují pacienti s vyučením bez maturity. Nejmenší počet pacientů byl s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 10: Jaký je zdravotní stav pacientů před návštěvou v ambulanci?

Zdravotní stav pacientů zcela jistě ovlivňuje spokojenost pacientů s poskytovanou zdravotní péčí. Graf č. 33 znázorňuje zdravotní stav u pacientů přicházejících na vyšetření poprvé a opakovaně. Šetření ukázalo uspokojivé výsledky. Nejvíce z obou skupin pacientů hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý. Méně pacientů se cítilo dostatečně, tzn. dobře, ale již s většími zdravotními potížemi. Výrazné zdravotní obtíže a velmi špatně, ba dokonce nejhůř hodnotilo svůj zdravotní stav 4,02 % pacientů. Tento zdravotní stav označili pacienti, přicházející na vyšetření poprvé. Oproti tomu se, 2,3 % poprvé přichozích pacientů cítilo výborně.

¹⁷ ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku*. [online]. ©2005 [cit. 2014-01-02].

Dostupné z: <<http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/351-86-103.pdf>>.

Otázka č. 11: Jaké jsou vlastní názory a postřehy pacientů, které by nám chtěli sdělit?

Jediná otázka, ke které se pacienti mohli volně vyjádřit, byla položka 01. Tuto možnost využilo 13,22 % pacientů a odpovědi byly ve většině případů pozitivní (konkrétní odpovědi uvádím na str. 80). Z odpovědí pacientů se nejvíce opakovala přání týkající se doby čekání a způsobu pořadí objednaných pacientů. Potěšující byla odpověď, kdy pacienti ocenili náš telefonický způsob přeobjednávání (touto službou pro pacienty zamezujeme, aby pacient jezdil, v nepřítomnosti lékaře, zbytečně). Další poznámky označovaly nedostatečný počet parkovacích míst pro pacienty. Pacientům chybí WC. Společné, které je dostupné pro všechny ambulantní pacienty v přízemí, pacienti označují za nevyhovující a malé. Postřehy se týkaly i automatu v čekárně, kde si pacienti pochutnávají na dobré kávě. Zaznamenala jsem i jednu stížnost na špatné dohledání ambulance, kdy se jeden z pacientů několikrát musel na chodbě zeptat, aby ambulanci našel. Většina pacientů však připomínky neměla, s péčí v ambulanci byli velmi spokojeni. Přístup lékařů i sester označovali za velmi příjemný a profesionální. Takto popsané vnímání kvality zdravotní péče pacientem je potvrzení výroku Zacharové, Šimčíkové-Čížkové (2011, s. 16) popisované v kapitole 2.3.

10 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že pacienti navštěvující ambulance neinvazivní kardiologie KNTB a.s., hodnotí kvalitu zdravotní péče pozitivně. Přesto je ale nutné stále implementovat postupy k udržení poskytované kvality zdravotní péče. Výsledky šetření bakalářské práce budou předloženy managementu nemocnice.

Nyní si dovolím připojit návrhy doporučení, které by mohly ještě více zlepšit spokojenost pacientů přicházející na odborná vyšetření. Návrhy pro management nemocnice se zaměřují na dvě hlavní linie působení, a to v péči o pacienty a pro zdravotnický personál:

- Podporovat soukromí při vyšetření v ambulanci (nevcházet do ambulance během vyšetření, používat zástěny).
- Informovat pacienty o výhodách a možnostech parkovacího domu (tisková zpráva/média).
- Vylepšit orientační značení, zvláště kardiiovaskulární ambulance (odstranit neaktuální informace a piktogramy ze stěn. Umístit do chodby pracoviště velkou přehlednou informační ceduli s údaji o názvu pracoviště, čísel dveří a směrovek k ambulancím, informací o dostupnosti WC. Vymezit a barevně odlišit všechny ambulance neinvazivní kardiologie).
- Kontrolovat dveře jednotlivých ambulancí a aktualizovat uvedené údaje.
- Zajistit, aby personál ZZ, jednotně a správně představoval do telefonu pracoviště, jak je pojmenované na razítkách jednotlivých ambulancí.
- Pokusit se získat finanční příspěvek na montáž venkovních žaluzií pro sonografické vyšetřovny.

Doporučení pro další postup:

- Průběžně zjišťovat úroveň poskytované zdravotní péče a spokojenost pacientů pomocí pravidelného monitoringu jedenkrát ročně, nejlépe ve stejném období z důvodu vyloučení vlivu sezónních výkyvů na dotazovou situaci.
- Pro jednotné vyhodnocení všech ambulancí KNTB, a.s. sjednotit monitoring všech ambulancí.

ZÁVĚR

Na závěr bych celý průzkum ráda zhodnotila. V této bakalářské práci, s názvem Kvalita ambulantní péče měřená prostřednictvím spokojenosti pacientů, je ukázáno, jak je možné se zabývat potřebami a názory pacientů přicházejících na ambulantní vyšetření.

V části, která měla být teoretickým východiskem zkoumané tematiky, jsme se zabývali základními složkami, které determinují kvalitu ambulantní péče a které ji následně ovlivňují. První kapitola byla zaměřena na projekt „Kvalita očima pacientů“ a jeho uplatnění pro ZZ. Ve druhé kapitole je popsán systém kvality ve zdravotnictví a monitoring ambulantní zdravotní péče. Ve třetí kapitole byly zhodnoceny moderní prvky, které jsou pro ZZ a jejich konkurenční schopnost důležité. Čtvrtá kapitola poukazovala na faktory a požadavky, které jsou kladeny na ošetrovatelskou péči v ambulantní péči ZZ a úlohu sestry se zaměřením na péči o kardiologicky nemocné pacienty. Popisovali jsme úlohu lékaře a jeho vliv na spokojenost pacientů a dále psychosociální aspekty komunikace personálu s pacienty. Poslední pátá kapitola se zabývala prostředím interní kliniky KNTB, a.s., ve Zlíně. Vliv prostředí nemocnice a důležitost orientačního značení, byly v této kapitole zmiňovány jako oblasti, které by se měly současně zlepšovat s kulturně-sociálními požadavky pacientů.

V části empirické se nám, pomocí dotazníkového šetření v ambulancích neinvazivní kardiologie interní kliniky KNTB, a.s., podařily splnit tři předem stanovené cíle. Identifikovali jsme klíčové oblasti potřeb pacientů, zhodnotili názory a spokojenost nemocných s poskytovanou zdravotní péčí a navrhli řešení zjištěných nedostatků. Výsledky našeho průzkumu ukázaly 98,85% spokojenost pacientů s aktuálně poskytovanou ambulantní zdravotní péčí.

Oblast spokojenosti je označována jako jeden z významných indikátorů kvality, který je, z dlouhodobých cílů v KNTB, a.s., sledován. Těší mě tedy, že jsem se také mohla zapojit do tohoto sledování a zjistit tak výsledky na našem pracovišti. Díky tomuto průzkumu jsem získala cenné informace pro svůj další profesní rozvoj. Věřím, že tato bakalářská práce může být přínosem, zvláště pak, povedou-li opakovaná šetření k zachycení dynamiky vývoje kvality péče nebo budou-li porovnávána s jinými ambulantními pracovišti. Jestli zpětná vazba z průzkumu bude využita ke konkrétním opatřením ve prospěch spokojenosti pacientů, pak tato práce měla jistě smysl.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ, 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDPVZ. ISBN 80-7013-311-2.

BERAN, Jiří, 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1125-6.

EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ, 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86419-73-8.

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš a STRNAD, Ladislav, 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: IDV PZ. ISBN 80-7013-272-8.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

GREGOR, Pavel a Petr WIDIMSKÝ, 1999. *Kardiologie*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-021-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ, 2013. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-063-9.

HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vydání Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.

JOBÁNKOVÁ, Marta, 2004. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. upravené vydání. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-390-2.

KOŠTA, Oto, 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4422-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-277-9.

MINIBERGOVÁ, Lenka a Jiří, DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-436-4.

PACOVSKÝ, Vladimír. 1981. *O moderním ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Avicenum.

POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-420-8.

POKORNÁ, Andrea, 2006. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-440-2.

STAŇKOVÁ, Marta, 2001. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-243-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-61.

ŠKRLA, Petr a Magda, ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent - Orion. ISBN 80-7172-741-1.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-24608-413.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

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

Publikace:

Informativní publikace o Interní klinice ILF se sídlem ve Zlíně. Zlín, 1983.

Články v odborných časopisech:

MAŠEK, Jiří, 2001. Kvalita zdravotnické péče jako výsledek procesu efektivního řízení v nemocnici. *Medicína v praxi*, roč. I., č. 4. ISSN 1212-8759.

ŠIMEK, Jiří, 2007. Komunikace v ošetrovatelství. *Esprit Communication*, roč. I., č. 1. ISSN 1802-4084.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana, 2005. Kvalita ošetrovatelské péče. *Acta media*, roč. V., č. 1. - 2. ISSN 1212-723X.

Příručka:

ŽALOUDKOVÁ, Michaela, 2011. *Příručka praktických rad při zavádění nebo modernizaci orientačního systému v nemocnicích*.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Webové sídla:

ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT. *Československá norma: Grafické značky. Užití šípek. ISO 4196* [online]. ©1992 [cit. 2013-12-09].

Dostupné z: <<http://www.cni-normy.cz/graficke-znacky.uzitisipek.php>>.

ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku*. [online]. ©2005 [cit. 2014-01-02].

Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/351_86-103.pdf>.

HODNOCENÍ NEMOCNIC. O projektu: *Kvalita očima pacientů* [online]. ©2010 [cit. 2013-12-09]. Dostupné z: <<http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>>.

INSTITUT PRO VEŘEJNOU DISKUSI. *Zdravotní služby v ČR: Jak jsme na tom?* [online]. ©2012 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z: <<http://www.ivd.cz/cs/zdravotnictvi.html>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Bezpečí pacientů v ambulantních zdravotnických zařízeních*. [online]. ©2008 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/bezpeci-pacientu-v-ambulantnich-zdravotnickych-zarizenich.html>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Regulační poplatky - metodický pokyn* [online]. ©2010 [cit. 2014-02-19].

Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/regulacni-poplatky-metodicky-pokyn-1821-1197-3.html>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník MZ ČR: Metodický návod pro distribuci a sběr dotazníků pro měření kvality zdravotních služeb prostřednictvím spokojenosti pacientů v ambulantní péči*. [online]. ©2008 [cit. 2013-12-09].

Dostupné z: <<http://www.hodnoceninemocnic.cz/metodicky-navod/Vestnik.pdf>>.

Příspěvky na webu:

JAGNOW, Gerda. Weiterbildung. In: *Pflege* [online]. Universitätsklinikum Jena, 2013 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z: <<http://www.pflegeweiterbildung.uniklinikum-jena.de/Startseite.html>>.

RAITER, Tomáš. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušenosti pacientů. In: *Fakultní nemocnice Hradec Králové, Závěrečná zpráva* [online]. 2009 [cit. 2014-02-25].

Dostupné z: <http://www.fno.cz/documents/documents/KOP-A-FN-Hradc_Kralove-2009-PUBLIC.pdf>.

ŽALOUDKOVÁ, Michaela. Orientační značení v tuzemských nemocnicích. In: *Spojená akreditační komise* [online]. 2012 [cit. 2013-11-06].

Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/orientacni-znaceni-v-tuzemskych-nemocnicich/pdf>>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ECHO	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiograf
FN	Fakultní nemocnice
HUT	Head adaptile test
IK IPVZ	Interní klinika institutu postgraduálního vzdělávání
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s.
MBO	Management By Objektive, řízení podle cílů
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
STEM/MARK	Středisko empirických a statistických výzkumů
OECD	Indikátory kvality zdravotní péče
SZP	Střední zdravotnický personál
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Celkový přehled socio-demografických charakteristik pacientů	50
Graf č. 2: Jste muž nebo žena?	50
Graf č. 3: Věk respondentů.....	51
Graf č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	52
Graf č. 5: Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav v posledních 4 týdnech?.....	53
Graf č. 6: Bylo vám nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?	54
Graf č. 7: Byl termín vaší návštěvy změněn na pozdější termín ZZ?.....	55
Graf č. 8: Jak dlouho jste před vlastním vyšetřením čekal/a v čekárně?.....	56
Graf č. 9: Řekl vám někdo, jak dlouho budete čekat?	57
Graf č. 10: Vysvětlil vám někdo, proč musíte čekat?	58
Graf č. 11: Našel/a jste snadno ambulanci, kterou jste potřeboval/a navštívit?	59
Graf č. 12: Měl jste dostatek času probrat váš zdravotní stav s lékařem?	60
Graf č. 13: Poslouchal lékař pozorně, co jste mu říkal/a?	61
Graf č. 14: Když jste položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?	62
Graf č. 15: Nabyl/a jste dojmu, že lékař znal vývoj vašeho zdravotního stavu v minulosti?.....	63
Graf č. 16: Hovořili lékaři nebo další pracovníci ve vaší přítomnosti o vás, jako byste nebyl/a přítomen?	64
Graf č. 17: Jak moc informací jste dostal/a během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu?	65
Graf č. 18: Měl/a jste dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě?	66
Graf č. 19: Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než vám bylo umožněno?	67
Graf č. 20: Absolvoval/a jste při návštěvě ambulance nějaké testy?.....	68
Graf č. 21: Vysvětlil vám personál ambulance, proč potřebujete toto vyšetření?	69
Graf č. 22: Vysvětlil vám personál ambulance výsledky testů způsobem, kterému jste rozuměl/a?	70
Graf č. 23: Byly Vám před opuštěním ambulance předepsány nové léky?	71

Graf č. 24: Vysvětlil Vám personál ambulance účel užívání léků, které Vám byly předepsány?.....	72
Graf č. 25: Seznámil Vás personál ambulance s vedlejšími účinky léků, které se mohou projevit?.....	73
Graf č. 26: Řekl Vám někdo z personálu ambulance, jaké příznaky Vaší nemoci nebo léčby máte sledovat po opuštění ambulance?	74
Graf č. 27: Sděлил vám personál ambulance, koho máte kontaktovat v případě, že byste se necítil/a dobře po opuštění zdravotnického zařízení?	75
Graf č. 28: Byl jste spokojen/a s péčí, kterou personál ambulance věnoval hlavnímu důvodu vaší návštěvy?	76
Graf č. 29: Jak dobře byl podle vaší zkušenosti organizovaný provoz ambulance?	77
Graf č. 30: Cítíte celkově, že s vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?	78
Graf č. 31: Jak byste ohodnotil/a péči, která vám byla v ambulanci poskytnuta?.....	79
Graf č. 32: Celkový přehled věkového složení respondentů/pacientů	81
Graf č. 33: Celkový přehled zdravotního stavu pacientů	81
Graf č. 34: Hodnocení poskytované péče, vzhledem k pohlaví	82
Graf č. 35: Hodnocení péče pacienty, přicházející na vyšetření poprvé/opakovaně.....	83
Graf č. 36: Hodnocení péče, vzhledem k navštívené ambulanci	84
Graf č. 37: Celková spokojenost s péčí v jednotlivých ambulancích	85
Graf č. 38: Soukromí pacientů při samotném vyšetření, v jednotlivých ambulancích	86
Graf č. 39: Kterou z jednotlivých ambulancí pacienti nacházeli snadno?.....	87
Graf č. 40: Doba vyšetření u poprvé a opakovaně vyšetřovaných pacientů.....	88

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Jste muž nebo žena?	50
Tabulka č. 2: Věk respondentů.....	51
Tabulka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?.....	52
Tabulka č. 4: Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav v posledních 4 týdnech?.....	53
Tabulka č. 5: Bylo vám nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?.....	54
Tabulka č. 6: Byl termín vaší návštěvy změněn na pozdější termín ZZ?	55
Tabulka č. 7: Jak dlouho jste před vlastním vyšetřením čekal/a v čekárně?.....	56
Tabulka č. 8: Řekl vám někdo, jak dlouho budete čekat?.....	57
Tabulka č. 9: Vysvětlil vám někdo, proč musíte čekat?.....	58
Tabulka č. 10: Našel/a jste snadno ambulanci, kterou jste potřeboval/a navštívit?	59
Tabulka č. 11: Měl jste dostatek času probrat Váš zdravotní stav s lékařem?	60
Tabulka č. 12: Poslouchal lékař pozorně, co jste mu říkal/a?	61
Tabulka č. 13: Když jste položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?	62
Tabulka č. 14: Nabyl/a jste dojmu, že lékař znal vývoj vašeho zdravotního stavu v minulosti?.....	63
Tabulka č. 15: Hovořili lékaři nebo další pracovníci ve vaší přítomnosti o vás, jako byste nebyl/a přítomen?	64
Tabulka č. 16: Jak moc informací jste dostal/a během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu?	65
Tabulka č. 17: Měl/a jste dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě?	66
Tabulka č. 18: Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než vám bylo umožněno?	67
Tabulka č. 19: Absolvoval/a jste při návštěvě ambulance nějaké testy?	68
Tabulka č. 20: Vysvětlil vám personál ambulance, proč potřebujete toto vyšetření?...	69
Tabulka č. 21: Vysvětlil vám personál ambulance výsledky testů způsobem, kterému jste rozuměl/a?	70
Tabulka č. 22: Byly Vám před opuštěním ambulance předepsány nebo předány nové léky?	71

Tabulka č. 23: Vysvětlil Vám personál ambulance účel užívání léků, které Vám byly předepsány?.....	72
Tabulka č. 24: Seznámil Vás personál ambulance s vedlejšími účinky léků, které se mohou projevit?.....	73
Tabulka č. 25: Řekl Vám někdo z personálu ambulance, jaké příznaky Vaší nemoci nebo léčby máte sledovat po opuštění ambulance?	74
Tabulka č. 26: Sděлил vám personál ambulance, koho máte kontaktovat v případě, že byste se necítil/a dobře po opuštění zdravotnického zařízení?	75
Tabulka č. 27: Byl jste spokojen/a s péčí, kterou personál ambulance věnoval hlavnímu důvodu vaší návštěvy?	76
Tabulka č. 28: Jak dobře byl organizovaný provoz ambulance?	77
Tabulka č. 29: Cítíte celkově, že s vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?	78
Tabulka č. 30: Jak byste ohodnotil/a péči, která vám byla v ambulanci poskytnuta? ..	79
Tabulka č. 31: Hodnocení poskytované péče, vzhledem k pohlaví	82
Tabulka č. 32: Hodnocení péče pacienty, přicházející na vyšetření poprvé/opakovaně	83
Tabulka č. 33: Hodnocení péče, vzhledem k navštívené ambulanci.....	84
Tabulka č. 34: Celková spokojenost s péčí v jednotlivých ambulancích.....	85
Tabulka č. 35: Soukromí pacientů při samotném vyšetření, v jednotlivých ambulancích	86
Tabulka č. 36: Kterou z jednotlivých ambulancí pacienti nacházeli snadno?	87
Tabulka č. 37: Doba vyšetření u poprvé a opakovaně vyšetřovaných pacientů	88

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA I	Kodex práv pacientů
PŘÍLOHA II	Žádost o umožnění dotazníkového šetření
PŘÍLOHA III	Žádost o umožnění k přístupu dat
PŘÍLOHA IV	Souhlas k použití standardizovaného dotazníku
PŘÍLOHA V	Standardizovaný dotazník

PŘÍLOHA I: KODEX PRÁV PACIENTŮ

Kodex práv pacientů byl u nás zveřejněn v roce 1992 a vytváří morální normu, která respektuje pacienta jako rovnoprávného partnera v uskutečňování zdravotní péče. Pacienti se svými právy teprve postupně seznamují a začínají je uplatňovat v praxi.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o dalších léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností vyhovět jeho žádostem o poskytovanou péči v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto překlady a ostatních alternativách, které přitom existují.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, kteří lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu po propuštění k dispozici. Má právo očekávat, že nemocnice určí postup a jeho další péče.

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

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

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

Etický kodex Práva pacientů navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992 (Dostupné z: www.mzcr.cz).

PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	Simona Karbusová		
Téma bakalářské práce: - pracovní název	Spokojenost pacientů s ambulantní péčí na neinvazivní kardiologii		
Plánovaný počet respondentů	300		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
KNTB a.s., Neinvazivní kardiologie	Souhlasím ✓	Nesouhlasím	Bc. Marcela Drábková

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 12. 7. 2013


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín


razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA III: ŽÁDOST O PŘÍSTUP K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Simona Karbusová		
Téma bakalářské práce	Kvalita očinná praxe		
Skupina respondentů	300		
Pracoviště <small>doc. Marcela Drábková</small>	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
	Souhlasím	Nesouhlasím	<i>[Podpis]</i>
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 12. 4. 2013.


[Podpis]
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

[Podpis] 110-11 *[Podpis]*

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (10)

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA IV: SOUHLAS K POUŽITÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

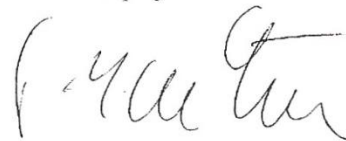
SOUHLAS K POUŽITÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU

Obracím se na Vás s žádostí o vydání Vašeho souhlasného stanoviska k využití standardizovaného dotazníku „Kvalita očima pacientů. Hodnocení ambulantní péče“. Dotazník bude využitý v rámci zpracování výzkumné části mé bakalářské práce s pracovním názvem „Spokojenost s péčí očima ambulantních pacientů“. Sběr dat proběhne v ambulancích v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně, a.s. Výsledky budou použity pro účely zpracování mé bakalářské práce.

Jméno a příjmení studenta	Simona Karbusová
Ročník, studijní obor	2. ročník, Všeobecná sestra
Téma bakalářské práce (pracovní název)	Spokojenost s péčí očima ambulantních pacientů
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně
Vyjádření řešitele projektu RNDr. Raitera (nehodící se škrtněte)	Souhlasím ✓ Nesouhlasím

V Praze dne 2. 7. 2015

RNDr. Tomáš Raiter
řešitel projektu



.....
razítko a podpis

PŘÍLOHA V: STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK

KVALITA OČIMA PACIENTŮ HODNOCENÍ AMBULANTNÍ PÉČE

Číslo dotazníku:

--	--	--

Vážená paní, vážený pane,
dovolte mi, abych se Vám krátce představila:

Jmenuji se Simona Karbusová a jsem studentkou bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V závěru svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: **Spokojenost pacientů s ambulantní péčí na neinvazivní kardiologii.**

Důvod, proč se na Vás obracím:

Chtěla bych Vás požádat o spolupráci. Zvyšování kvality zdravotní péče je jednou z priorit tohoto zdravotnického zařízení. Vaše odpovědi mi umožní zjistit, jaké jsou Vaše potřeby, jaká je Vaše spokojenost s průběhem Vaší poslední návštěvy a co je potřeba v ambulantní zdravotní péči zlepšit. Abych získala objektivní data, požádala jsem autora, řešitele projektu "Kvalita očima pacientů - hodnocení ambulantní péče" RNDr. Tomáše Raitera o svolení použít jeho standardizovaný **zcela anonymní dotazník** používaný v řadě ambulancí po celé republice. Bližší informace k projektu naleznete na webové stránce www.hodnoceni-nemocnice.cz. **Zdravotnický personál jednotlivých ambulancí nebude mít k Vaším odpovědím přístup.**

Cílem výzkumu je podpora trvalého zvyšování kvality ambulantní zdravotní péče.

Jak dotazník vyplnit:

Prosím Vás, aby jste věnoval/a přibližně deset minut pečlivému vyplnění tohoto dotazníku. Nejde o nic složitého. Dotazník je sestaven do přehledných kapitol, které se vždy týkají určité oblasti péče o pacienty. **U každé otázky označte, prosím, zakřížkováním do příslušného okénka tu odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší současné zkušenosti.** Vaše odpovědi na položené otázky by měli co nejvěrněji popsat Vaši zkušenost s poslední návštěvou ambulantního oddělení. Nebojte se proto kritiky u těch oblastí, se kterými jste zde nebyl/a spokojen/a, a naopak kladného hodnocení v případě, že jste spokojen/a byl/a. **Pokud na některou otázku nedokážete z nějakého důvodu odpovědět, zaznamenejte čitelně tuto skutečnost u dané otázky.** Pokud se při vyplňování zmýlíte, stačí chybnou odpověď zřetelně přeškrtnout a vyplnit správné okénko.

Vyplněný dotazník, prosím, vložte do přiložené obálky a vhodte do řádně označené sběrné schránky umístěnou před navštívenou ambulancí.

Děkuji Vám za spolupráci.

Simona Karbusová
simona.seznam@seznam.cz

S1. Uvedte datum návštěvy ambulance této nemocnice, při které vám byl předán tento dotazník.

Den: Měsíc: Rok: 2 0 1

S2. Která ambulance to byla?

Vypište název:

Všechny otázky se budou týkat pouze této vaší návštěvy ambulance v této nemocnici. Hodnotte ve svých odpovědích pouze zkušenost s touto vaší poslední návštěvou ambulance.

PŘED NÁVŠTĚVOU AMBULANCE

1. Jak dlouho jste musel/a čekat od objednání do přijetí v ambulanci.
 - 1 Přišel/a jsem neplánovaně bez objednání =>Přejděte k otázce 5
 - 2 Byl/a jsem přijat/a do 1 týdne od objednání
 - 3 Do 2 týdnů
 - 4 Do 1 měsíce
 - 5 Do 3 měsíců
 - 6 Do půl roku
 - 7 Více než půl roku
 - 8 Nevím/ Nepamatuji se
2. Bylo vám nabídnuto více termínů k návštěvě ambulance?
 - 1 Ano
 - 2 Ne, ale nepožadoval/a jsem více termínů.
 - 3 Ne, ale přivítal/a bych výběr z více termínů.
 - 4 Nevím/Nepamatuji se.
3. Věděl/a jste před návštěvou ambulance, o jaké vyšetření se jedná, nebo co bude předmětem vaší návštěvy v ambulanci?
 - 1 Ano, přesně jsem věděl/a.
 - 2 Ano, přibližně jsem tušil/a.
 - 3 Ne
4. Byl termín vaší návštěvy změněn na pozdější termín zdravotnickým zařízením?
 - 1 Ne
 - 2 Ano, jednou
 - 3 Ano, 2-3x
 - 4 Ano, 4x nebo vícekrát

ČEKÁNÍ

5. Jak dlouho jste před vlastním vyšetřením čekal/a v čekárně?
(Pokud jste byl/a objednán/a na určitou hodinu, počítejte čas od okamžiku, na který jste byl/a objednán/a.)
 - 1 Šel/a jsem hned na řadu. Nečekal/a jsem. =>Přejděte k otázce 8
 - 2 Do 5 minut. => Přejděte k otázce 8
 - 3 Do 15 minut. => Přejděte k otázce 8
 - 4 Do 30 minut. => Přejděte k otázce 6
 - 5 Do hodiny. => Přejděte k otázce 6
 - 6 Do 2 hodin. => Přejděte k otázce 6
 - 7 Více než 2 hodiny. => Přejděte k otázce 6
 - 8 Nevím/Nepamatuji se. => Přejděte k otázce 6
6. Řekl vám někdo, jak dlouho budete čekat?
 - 1 Ano, ale nakonec jsem čekal/a kratší dobu.
 - 2 Ano, a asi tak dlouho jsem čekal/a.
 - 3 Ano, ale čekal/a jsem déle.
 - 4 Ne, neřekl.
 - 5 Nevím/Nepamatuji se.
7. Vysvětlil vám někdo, proč musíte čekat?
 - 1 Ano
 - 2 Ne, ale přivítal/a bych býval/a vysvětlení
 - 3 Ne, ale nevadilo mi to
 - 4 Nevím/Nepamatuji se.

PROSTŘEDÍ A ORIENTACE

8. Našel/a jste snadno ambulanci, kterou jste potřeboval/a navštívit?

- 1 Ano, našel/a jsem ji snadno.
- 2 Ne, bylo ji obtížné najít.
- 3 Nevím/Nepamatuji se.

9. Jaký jste měl/a celkový pocit z ambulance a čekárny?

- 1 Bylo tam velmi čisto.
- 2 Bylo tam docela čisto.
- 3 Nebylo tam příliš čisto.
- 4 Nebylo tam vůbec čisto.
- 5 Nevím/Nepamatuji se.

10. Jak bylo čisto na toaletách u ambulance?

- 1 Bylo tam velmi čisto.
- 2 Bylo tam docela čisto.
- 3 Nebylo tam příliš čisto.
- 4 Nebylo tam vůbec čisto.
- 5 Nevím/Nevyužil jsem toalety.

NÁVŠTĚVA LÉKAŘE

11. Setkal/a jste se během návštěvy ambulance s lékařem?

- 1 Ano => Přejděte k otázce 12
- 2 Ne => Přejděte k otázce 19

12. Měl/a jste dostatek času probrat váš zdravotní stav nebo problémy s lékařem?

- 1 Určitě ano.
- 2 Spíše ano.
- 3 Ne.

13. Jak dlouho se vám věnoval lékař?

- 1 Do 5 minut.
- 2 Do 10 minut.
- 3 Do 20 minut.
- 4 Do 30 minut.
- 5 Déle než 30 minut.
- 6 Nevím/Nepamatuji se

14. Vysvětlil vám lékař důvody a způsob léčby tak, že jste tomu rozuměl/a?

- 1 Ano, zcela srozumitelně.
- 2 Ano, většinou jsem rozuměl.
- 3 Ne, příliš jsem tomu nerozuměl/a.
- 4 Nepotřeboval/a jsem žádné vysvětlení.
- 5 Nebylo co vysvětlovat, žádnou léčbu jsem nepotřeboval/a.

15. Poslouchal lékař pozorně, co jste mu říkal/a?

- 1 Určitě ano.
- 2 Spíše ano.
- 3 Ne.

16. Když jste položil/a lékaři důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1 Vždy
- 2 Většinou
- 3 Ne
- 4 Nepotřeboval jsem se ptát.
- 5 Neměl jsem příležitost se zeptat.

17. Důvěřoval/a jste lékaři, který se vám věnoval během návštěvy ambulance?

- 1 Určitě ano
- 2 Spíše ano
- 3 Ne

18. Nabyl/a jste dojmu, že lékař znal vývoj vašeho zdravotního stavu v minulosti?

- 1 Znal dostatečně
- 2 Něco věděl, ale ne dostatečně.
- 3 Věděl málo nebo nic.
- 4 Nevím/ Nepamatuji se

NÁVŠTĚVA JINÉHO PRACOVISTĚ

19. Setkal/a jste se během návštěvy ambulance ještě s jiným pracovníkem zdravotnického zařízení, kromě lékaře?

- 1 Ano => Přejděte k otázce 20
2 Ne => Přejděte k otázce 23

20. Kdo byl hlavní další pracovník, se kterým jste se setkal/a?
(Uveďte pouze jednu možnost.)

- 1 Jiný lékař
2 Zdravotní sestra
3 Rehabilitační pracovník
4 Pracovník rentgenu
5 Někdo jiný, vypište kdo

.....

21. Když jste mu/jí položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1 Vždy
2 Většinou
3 Ne
4 Nepotřeboval jsem se ptát.
5 Neměl jsem příležitost se zeptat.

22. Důvěřoval/a jste mu/jí?

- 1 Určitě ano
2 Spíše ano
3 Ne

VŠEOBECNĚ K NÁVŠTĚVĚ

23. Hovořili lékaři nebo další pracovníci ve vaší přítomnosti o vás, jako byste nebyl/a přítomen?

- 1 Ano, často.
2 Ano, občas.
3 Ne, nikdy.

24. Jak moc informací jste dostal/a během návštěvy ambulance o svém zdravotním stavu nebo léčbě?

- 1 Nepřiliš
2 Přiměřeně, dostatečné množství.
3 Příliš mnoho.
4 Nedostal/a jsem žádné informace o léčbě.

25. Měl/a jste dostatek soukromí při probírání svého zdravotního stavu nebo léčby?

- 1 Ano, měl/a.
2 Částečně.
3 Ne, neměl/a.

26. Měl/a jste dostatek soukromí při samotném vyšetření nebo léčbě?

- 1 Ano, měl/a.
2 Částečně.
3 Ne, neměl/a.

27. Stalo se vám, že jste dostal/a během návštěvy ambulance od zdravotnického personálu (lékařů, sester) protichůdné informace?

- 1 Ano, stalo.
2 Částečně.
3 Ne, nestalo.

28. Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než Vám bylo umožněno?

- 1 Ano, chtěl.
2 Částečně.
3 Ne, nechtěl.

29. Představili se Vám jménem zdravotnických pracovníků, kteří Vás vyšetřovali nebo léčili?

- 1 Ano, všichni se představili.
2 Někteří se představili.
3 Nepředstavili se vůbec nebo jen výjimečně.
4 Nevím/Nepamatuji se.

30. Navštívil/a jste již někdy dříve tuto ambulanci se stejnými potížemi nebo ze stejného důvodu?

- 1 Ano. => Přejděte k otázce 31
2 Ne. => Přejděte k otázce 32

31. Navštěvujete stále stejného lékaře nebo specialistu, když jdete do této ambulance.

- 1 Ano vždy.
2 Ano, někdy.
3 Ne nikdy.
4 Nepamatuji se.

UYŠETŘENÍ A LÉČBA

Vyšetření – testy

32. Absolvoval/a jste při návštěvě ambulance nějaké testy (jako např. odběr krve, rentgenový snímek, sonografické vyšetření a podobně)?

- 1 Ano. => Přejděte k otázce 33
2 Ne. => Přejděte k otázce 36

33. Vysvětlil vám personál ambulance, proč potřebujete toto vyšetření (test).

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne

34. Vysvětlil vám personál ambulance, jak se dozvíte výsledky vyšetření (testů)?

- 1 Ano
2 Ne
3 Nejsem si jistý/á/Nepamatuji se

35. Vysvětlil vám personál ambulance výsledky testů způsobem, kterému jste rozuměl/a?

- 1 Určitě ano
2 Spíše ano
3 Ne
4 Nejsem si jistý/á/ Nepamatuji se
5 Bylo mi řečeno, že výsledky budou později
6 Nikdy jsem nebyl/a s výsledky seznámen.

Léčba

36. Absolvoval/a jste během návštěvy ambulance nějaký lékařský zákrok nebo léčbu?

- 1 Ano. => Přejděte k otázce 37
2 Ne. => Přejděte k otázce 39

37. Vysvětlil vám personál ambulance před samotným zákrokem či léčbou o co půjde?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne
4 Nepožadoval/a jsem vysvětlení.

38. Vysvětlil vám personál ambulance před zákrokem nebo léčbou rizika a přednosti zákroku způsobem, kterému jste rozuměl/a?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne
4 Nepožadoval/a jsem vysvětlení.

UKONČENÍ NÁVŠTĚVY

Léky

39. Byly vám před opuštěním ambulance předepsány nebo předány nějaké nové léky?

- 1 Ano. => Přejděte k otázce 40
2 Ne. => Přejděte k otázce 43

40. Vysvětlil vám personál ambulance, jak máte nové léky užívat?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne
4 Nepožadoval/a jsem vysvětlení.

41. Vysvětlil vám personál ambulance účel užívání léků, které vám byly předepsány?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne
4 Nepožadoval/a jsem vysvětlení.

42. Seznámil vás personál ambulance s vedlejšími účinky léků, které se mohou projevit?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne
4 Nepožadoval/a jsem tyto informace

INFORMOVANOST

43. Dostal/a jste kopie dokumentů, které ambulance zaslala vašemu praktickému lékaři?

- 1 Ano, pokud vím, dostal/a jsem kopie všech dokumentů
2 Nějaké dokumenty jsem dostal/a
3 Ne, nedostal/a jsem žádné dokumenty
4 Nevím, jestli nějaké dokumenty byly posílány
5 Nechtěl jsem žádné kopie dokumentů

44. Řekl vám někdo z personálu ambulance jaké příznaky vaší nemoci nebo léčby máte sledovat po opuštění ambulance?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne
4 Nepožadoval/a jsem tyto informace

45. Sděлил vám personál ambulance, koho máte kontaktovat v případě, že byste se necítil dobře po opuštění zdravotnického zařízení?

- 1 Ano
2 Ne
3 Nevím/Nepamatuji se

CELKOVÝ DOJEM

46. Byl jste spokojen s péčí, kterou personál ambulance věnoval hlavnímu důvodu vaší návštěvy?

- 1 Ano, zcela.
2 Ano, částečně.
3 Ne

47. Jak dobře byl podle vaší zkušenosti organizovaný provoz ambulance?

- 1 Vůbec nebyl organizovaný
2 Docela dobře organizovaný
3 Výborně organizovaný

48. Cítíte celkově, že s vámi bylo zacházeno s úctou a respektem?

- 1 Ano, po celou dobu
2 Většinou ano
3 Ne

49. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která vám byla v ambulanci poskytnuta?

- 1 Výborná
2 Velmi dobrá
3 Dobrá
4 Dostatečná
5 Nedostatečná
6 Velmi nedostatečná

SOCIO-DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

50. Jste muž nebo žena?

- 1 Muž
2 Žena

51. Rok narození (prosím dopište):

52. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- 1 základní bez vyučení
2 vyučení bez maturity
3 maturita
4 vysokoškolské

53. Jak byste celkově ohodnotil/a svůj zdravotní stav v posledních 4 týdnech?

- 1 Výborný
2 Velmi dobrý
3 Dobrý
4 Dostatečný
5 Nedostatečný
6 Velmi nedostatečný

54. Trpíte nějakými dlouhodobými fyzickými či mentálními potížemi nebo postižením?

- 1 Ano. Přejděte k otázce 55
2 Ne. Přejděte k otázce O1

55. Ovlivňují nějak tyto potíže nebo postižení vaše každodenní činnosti?

- 1 Určitě ano
2 Částečně ano
3 Ne

OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY

O1. Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další zkušenosti z vaší poslední návštěvy ambulance, sdělte je prosím stručně nyní. Napište je prosím do následujícího rámečku.

Děkujeme vám za čas, který jste věnoval/a našim otázkám.

Zkontrolujte prosím, zda jste odpověděl/a na všechny otázky, které se Vás týkaly.

Zalepte prosím vyplněný dotazník do přiložené obálky a pošlete bezplatně poštou, případně vhod'te do sběrné schránky k tomuto účelu zřízené ve zdravotnickém zařízení. Pro odeslání nepotřebujete žádnou známku.