

Kvalita ošetrovatelské péče na očním oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a.s. Zlín

Ludmila Ťopková, DiS

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ludmila ŤOPKOVÁ, DiS.**

Osobní číslo: **H080303**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Kvalita ošetrovatelské péče na očním oddělení
Krajské nemocnice T. Bati, a. s. Zlín**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části seznámit s charakterem očního lékařství v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. a historickým vývojem očního lékařství na uvedeném pracovišti. Vymežit pojem ošetrovatelství, kvalita ošetrovatelské péče, nelékařský zdravotnický pracovník. Specifikovat roli a kompetence sester.

V praktické části zmapovat a vyhodnotit spokojenost pacientů/klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na očním oddělení. Zjistit přístup a chování nelékařských zdravotnických pracovníků k pacientům, zhodnotit způsob a rozsah edukačního procesu. Analyzovat záznamy v ošetrovatelské dokumentaci.

Na základě zjištěných informací navrhnout jejich využití k dalšímu zkvalitnění v péči o klienta/pacienta na očním oddělení

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

- BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H.** Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
- GLADKIJ, I. et al.** Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 80 s. ISBN 80-7226-996-8.
- JUŘENÍKOVÁ, P.** Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77s. ISBN 978-80-247-2171-2
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. et al.** Moderná edukácia v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 260s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- ROZSÍVAL, P. et al.** Oční lékařství. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2006. 373s. ISBN 80-7262-404.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. et al.** Základy ošetrovatelství. 1. vyd. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum Praha, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠKRLA, P.** Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.** Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, 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 24. 5. 2011

..... Jířkova' Rudmila

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 vzdělávacího 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

Svoji bakalářskou práci jsem zaměřila na zjišťování kvality péče na očním oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. V teoretické části jsem popsala historii očního oddělení v naší nemocnici, druhy a typy zde poskytované péče a její změny. Dále jsem definovala pojmy ošetřovatelství, kvalita ošetřovatelské péče, nelékařský zdravotnický pracovník a specifikovala roli a kompetence sestry.

V praktické části jsem se zaměřila na zjištění spokojenosti péče pacienta na naší ambulanci a lůžkovém oddělení. Také jsem pozorovala přístup sester k pacientovi v rámci jejich ošetřovatelské péče. Zajímala mě jednak oblast edukace pacienta před očním vyšetřením a výkony a dále dodržování bariérové techniky a správnost postupu při aplikaci oční terapie. V rámci své práce jsem provedla analýzu ošetřovatelské dokumentace.

Klíčová slova: Kvalita, kompetence, ošetřovatelství, nelékařský zdravotnický pracovník, role sestry.

ABSTRACT

My bachelor thesis is focused on research in quality of care at Ophthalmology Department of Regional Hospital of Thomas Bata in Zlín. In theoretical part is described history of Ophthalmology department at our hospital, kinds and types of offered care and its changes. Additionally I've defined terms like nursing, quality of nursing care, non-medical medical worker and I've specified roles and competences of a nurse.

In practical part I've concerned on research how patients are contended with supplied care at our ambulance and sleeping department. I've also observed approach of nurses to patient in their nursing care. I was interested in area of education of the patient before eye checkup and then keeping of barrier techniques and if the process of application of eye therapy is correct. I've made also analysis of nursing documentation.

Keywords: quality, competence, nursing, non- medical worker, roles of a nurse

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké, Ph.D za vedení mé bakalářské práce, za její rady, připomínky a hlavně velkou trpělivost. Byla mi po celou dobu velkou oporou. Bez ní bych nedokázala svoji práci zpracovat. Je to člověk s velkým pochopením a porozuměním.

Děkuji i paní MUDr. Ladislavě Machové za informace o historii očního oddělení.

Také bych ráda poděkovala celé mé rodině, přátelům a všem lidem, kteří mě podporovali a pomáhali poskytnout potřebné informace k této bakalářské práci.

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

Ludmila Ťopková

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE A SOUČASNOST OČNÍHO ODDĚLENÍ	13
1.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA NA OČNÍM ODDĚLENÍ	16
2 OŠETŘOVATELSTVÍ	20
2.1 CÍLE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	20
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	21
2.3 DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	22
3 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	24
3.1 SPECIFIKA KVALITNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB.....	24
3.2 ZNAKY KVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
3.3 METODY PRO HODNOCENÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	26
3.4 TYPY STANDARDŮ	26
3.5 METODIKA TVORBY STANDARDŮ	27
3.6 SYSTÉMOVÉ MODEL Y KVALITY.....	28
4 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK	32
5 KOMPETENCE SESTRY	34
6 ROLE SESTRY	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
7 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
7.1 STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	38
7.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ A OBLASTÍ PRŮZKUMU.....	39
7.3 METODIKA PRŮZKUMU	39
7.3.1 Charakteristika položek dotazníku a jeho organizace v ambulanci	39
7.3.2 Charakteristika položek rozhovoru a jeho organizace na oddělení.....	40
7.3.3 Pozorování práce sester	41
7.3.4 Analýza dokumentace pro ošetřovatelskou péči	42
8 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	43
8.1 ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU	43
8.2 ZPRACOVÁNÍ ROZHOVORU NA ODDĚLENÍ	64
8.3 ZPRACOVÁNÍ POZOROVÁNÍ.....	76
8.4 ZPRACOVÁNÍ ANALÝZY DOKUMENTACE	79
9 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	81

9.1	DISKUSE K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ.....	81
9.2	DISKUSE K ROZHOVORU	86
9.3	DISKUSE K POZOROVÁNÍ PŘI EDUKACI A APLIKACI KAPEK	89
9.4	DISKUSE K ANALÝZE DOKUMENTACE	90
9.5	NÁVRHY K ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ.	91
10	VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	92
11	ZÁVĚR.....	94
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	95
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	99
	SEZNAM OBRÁZKŮ	100
	SEZNAM TABULEK.....	102
	SEZNAM PŘÍLOH.....	104

ÚVOD

V současné době pracuji jako vrchní sestra na očním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně. Proto jsem se v rámci své bakalářské práce zaměřila na kvalitu ošetrovatelské péče na našem oddělení. V samotném Zlíně jsou další dvě oční centra, která jsou pro nás velkou konkurencí. Je tedy důležité, aby naše práce byla kvalitní jak po stránce lékařské, tak i ošetrovatelské. Jen kvalitní péče nám pomůže zajistit dostatečnou klientelu. Navíc se naše nemocnice chystá k certifikaci podle ISO 9000-2001. Proto jsem se snažila vypracovat svoji práci tak, aby sloužila jako základní výchozí bod pro vedení KNTB, a.s. a hlavně pro naše oddělení, ze kterého budeme mít následně možnost srovnání dalšího vývoje.

V teoretické části práce jsem popsala historii očního oddělení ve Zlíně, a to včetně změn v poskytování ošetrovatelské péče. V další kapitole vysvětluji pojem ošetrovatelství a jeho koncepci. Třetí část je zaměřena na význam kvality ošetrovatelské péče v obecné rovině. Popsala jsem základní definice a prvky, spojené s tímto pojmem. Ve čtvrté části je definován pojem Nelékařský zdravotnický pracovník. Poslední dvě kapitoly jsou věnovány kompetencím a vývoji role sestry.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na průzkum současné kvality péče na očním oddělení. Mým prvním a hlavním cílem bylo zjistit spokojenost pacientů, a to jak v ambulantní, tak i lůžkové části. Právě spokojenost pacienta je důležitým ukazatelem kvality péče.

V druhém cíli jsem zjišťovala, o jaký způsob získávání informací by měli zájem pacienti na oční ambulanci.

Dalším cílem práce bylo zjistit přístup sester k pacientům v oblastech edukace pacienta před vyšetřením a očními výkony a při aplikaci očních kapek. Tím jsem současně měla možnost zhodnotit úroveň a množství poskytovaných informací a dodržování standardu Aplikace oční terapie.

Na základě zjištěných výsledků jsem zpracovala manuál k edukaci pacienta s glaukomem. Podobným způsobem budeme společně se sestrami v dalším období vytvářet edukace i k dalším jednotlivým očním diagnózám. Chtěla bych, aby všem pacientům byla zajištěna stejná kvalita informací. Ty nám budou zároveň pomáhat také při vedení studentů UTB a VOZŠ, kteří k nám chodí na praxi.

Současně jsem vytvořila brožuru pro zlepšení informovanosti pacientů o vyšetřeních, která se u nás provádí a o přípravě k nim. Lze ji použít i u pacientů se sníženou zrakovou ostrostí, protože mají možnost si ji prohlédnout v programu na počítači a zvětšit si písmo na velikost, která jím vyhovuje.

V dnešní době stoupá i důležitost ošetrovatelské dokumentace. Ta se stává často nejen dokladem o provedené péči, ale slouží i jako základní důkaz při různých soudních sporech. Dalším mým cílem byla proto analýza ošetrovatelské dokumentace na našem oddělení, zda obsahuje všechny náležitosti.

Všechny výsledky jsem zpracovala do tabulek a grafů. Podrobnou analýzou všech získaných dat se zabývá diskuse.

S informacemi, které jsem získala svým průzkumem, bych chtěla seznámit personál našeho oddělení, abychom společně formou brainstormingu našli řešení problémů a následně využili další nápady ke stálému zvyšování úrovně ošetrovatelské péče na oddělení. Není totiž možné se pouze spokojit s tím, co je, je třeba neustále nacházet nové podněty a myšlenky k soustavnému zkvalitňování ošetrovatelské péče.

Dále bych ráda v určitém časovém odstupu svůj průzkum zopakovala, abych zjistila, jak se situace změnila. Vzhledem k zájmu pacientů o možnost videoprojekcí s oční tematikou, je mým velkým cílem a přáním vytvořit instruktážní filmy k následnému využití k promítání v čekárnách. Pacient tak bude mít možnost vidět způsoby vyšetření a různých výkonů přímo v „akci.“

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE A SOUČASNOST OČNÍHO ODDĚLENÍ

Oční oddělení bylo ve zlínské nemocnici zřízeno v roce 1949. Mělo 28 lůžek a vlastní operační sál bez pomocných přípravných místností. Vedením byl pověřen primář MUDr. Theodor Vlček, který do té doby pracoval ve Zlíně jako terénní oftalmolog. Jeho nástupcem se stal v roce 1963 MUDr. Maxmilián Politzer. V roce 1969 pak nastupuje na oční oddělení jeden z nejvýznamnějších očních lékařů historie očního lékařství nejen ve Zlíně, naší republice, ale i v zahraničí, MUDr. Karel Kuběna, CSc., žák profesora MUDr. V. Vejvodského z Olomouce. Pan primář Kuběna byl a stále je typem skvělého odborníka jak po stránce medicínské, tak i lidské. Tento skromný člověk neměl zpočátku na oddělení ani vlastní pracovnu, ale svým obrovským vědeckým a pracovním úsilím a schopnostmi dokázal vybudovat oddělení, které dosáhlo velkého významu v celé republice. Získal si úctu všech lidí, se kterými se setkal. Bylo to nejen díky jeho profesionální práci, ale hlavně úžasnému lidskému přístupu. Svoji činnost začal modernizací a přebudováním původního očního operačního sálu. Zavedl ve Zlíně nové moderní přístupy k operacím šedého zákalu metodou intrakapsulární extrakce, glaukomu a šilhání. Když byl v roce 1978 zakoupen první oční mikroskop, rozšířil operativu o operace sítnice metodou PPV¹ a transplantace rohovky. Počet jeho pacientů byl tak velký, že se muselo vybudovat nové oční oddělení, které bylo otevřeno v roce 1985. Bylo vybaveno nejnovějšími přístroji té doby pro oční diagnostiku a léčbu. Lůžková část měla kapacitu 56 lůžek, hospitalizovány zde byly i děti. Podstatně se rozšířila část ambulantní, kde byla zřízena glaukomová poradna, ortoptické ambulance pro děti s vadami zraku, především šilhání a tupozrakostí, ale hlavně diabetologická ambulance s novým argonovým laserem, který byl první na celé jižní Moravě. Operační trakt byl rozdělen na dva aseptické sály. MUDr. Karel Kuběna vychoval řadu odborníků, pokračovatelů špičkového očního lékařství. Má za sebou více než 40 odborných prací, které přednášel po celém světě (Machová, 2005).

Po jeho odchodu v roce 1998 vedl oddělení docent MUDr. Zdeněk Smečka, CSc, který dále pokračoval v zavádění moderních trendů. Začíná operace katarakt metodou

¹ PPV-Pars plana vitrektomie - operační přístup u operaci sítnice a sklivce, kdy operátor pomocí tří řezů (sklerotomií) o velikosti 1 mm vstupuje do oka v místě pars plana, to je 4 mm za limbem.

extrakapsulární extrakce, a později metodou fakoemulzifikace a mezi prvními pracovišti v republice také implantace umělých nitroočních čoček. Rozvíjel i operaci sítnice a sklivce se zavedením aplikace silikonového oleje. Jako první český oftalmolog a současně jako první v bývalých postkomunistických zemích zavedl do praxe použití excimerového laseru při odstranění krátkozrakosti, což byla v té době přelomová metoda. Do té doby se krátkozrakost dala jen částečně operovat metodou tzv. zadní skleroplastiky. Při ní se skléra zpevňovala pomocí implantovaných kolagenových plátů, aby nedocházelo k progresi onemocnění a zmenšilo se riziko komplikací. K nim patřila degenerace sítnice anebo její odchlípení (Kolín, 1994). Často ale docházelo k jejich vstřebání a proces myopie pokračoval dále.

V roce 1995 převzala funkci MUDr. Ladislava Machová. V tomto období se pokračovalo nadále v modernizaci operací šedého zákalu, spojeném s implantací dalších typů čoček, včetně čoček multifokálních. Paní primářka se nově zaměřila na rozvoj plastických operací, které se do té doby prováděly pouze v Olomouci. Patřily k nim plastické úpravy okolí oka, způsobené vrozenými i získanými vadami, včetně nádorových postižení. Rozvíjela metody transplantace rohovky s napojením na oční tkáňové banky v Praze a v Brně. Za jejího primariátu se u nás začala používat i zmodernizovaná metoda excimerového laseru Lasik, kterou uvedl do praxe jako první v tehdejší Československé republice MUDr. Pavel Stodůlka Ph.D, od roku 2002 následující primář očního oddělení. Ten zavedl řadu nových způsobů očních operací, které byly často první nejen v naší republice, ale i ve světě. Patřila k nim například centrace vychýlené lidské čočky, bezstehové operace katarakty, sítnice a sklivce, kombinované operace šedého a zeleného zákalu ultrazvukem a refrakční operace astigmatismu pomocí nářezů diamantovým nožem. Začal jako první v republice aplikovat v léčbě makulární degenerace sítnice Avastin intravitreálně. Dále rozvíjel laserové metody při odstraňování očních vad, které používal i při odstraňování dalekozrakosti. Po jeho odchodu do soukromého sektoru v roce 2008 převzala vedení opět MUDr. Ladislava Machová. Nadále se pokračuje v nejnovějších postupech při operaci oka u šedého zákalu s moderními nitroočními čočkami, antiglaukomatózních operací a operacích sítnice. V letošním roce byl jmenován do funkce primáře MUDr. Juraj Urminský, Ph.D.

A jaká je současnost očního oddělení? Podstatně se rozšířila ambulantní část, která je vybavena současnou nejnovější technikou k vyšetření očí, včetně dvou laserů. Počet lůžek

se snížil na dvacet, včetně nadstandardního pokoje. Hospitalizováni jsou hlavně pacienti s polymorbidními onemocněními, s komplikovanými očními diagnózami a dále ti, u nichž nelze po operaci doma zajistit dostatečnou péči.

Provádíme veškeré vyšetření v rámci diagnostiky zeleného zákalu u nově zjištěného onemocnění a také ke kontrole již zavedené léčby. Tito pacienti k nám přicházejí na tzv. „víkendové pobyty,“ během kterých se provedou veškerá vyšetření a měření oka. Poté lékař zhodnotí všechny výsledky a určí další vhodnou terapii, včetně možné operace. Operujeme nejnovějšími metodami od laserových zákroků až po zákroky s pomocí různých očních implantátů. Pacienti po operaci jsou zpravidla hospitalizováni do stabilizace nitrooční tenze pět až sedm dnů.

Patříme k jednomu z mála oddělení, které provádí ošetření sítnice u předčasně narozených dětí s diagnózou ROP. V této oblasti spolupracujeme se zdejším neonatologickým oddělením, kde naši lékaři provádějí pravidelný screening u těchto novorozenců. Tím dochází k včasnému zachytu tohoto onemocnění a k adekvátní terapii u postižené části sítnice laserem nebo kryopexí (zmrazením). Díky tomu se zabrání dalšímu těžkému poškození zraku včetně úplné slepoty u dítěte. Časté jsou u nás i operace strabismu a to jak u dětí, tak i u dospělých. U nich se používá technika nastavitelného stehu, kdy se pooperačním dotažením nebo uvolněním doladí závěrečný efekt operace (Hycl, Trubičková, 2008).

Oční lékařství se postupně mění, operační řešení se stále více přesouvá na ambulantní část. Mezi nejčastější typy operací patří stále operace šedého zákalu. Právě na této operaci je nejlépe vidět, jak rychlý rozvoj oční lékařství prodělává. Jak jsem psala již v úvodu, zpočátku se prováděla převážně intrakapsulární extrakce čočky (IKE). Oko bylo lokálně znecitlivěno za pomoci injekce intraokulárně. Řezem, který byl až 20 mm dlouhý, se otevřela přední komora podél limbu. Čočka se zmrazila kryosondou a vytáhla ven. Operační rána se pak šila jemnými stehy. Nebyla žádná náhrada čočkou umělou, a proto pacient po této operaci musel nosit brýle až se +14 dioptriemi. Navíc kvůli velkému řezu vznikl po operaci výrazný astigmatismus. Proto se výzkum zaměřil na zmenšování vstupního řezu a dalším způsobem operace byla extrakapsulární extrakce čočky (EKE). Limbální řez se zmenšil na velikost kolem 12 mm. Odstranila se přední část čočkového pouzdra včetně zkaleného čočkového jádra a na zadní část pouzdra se již vkládala umělá

nitrooční čočka. Následně se u pacienta pooperační vidění korigovalo brýlovými skly s +3 - 4 dioptriemi (Kolín, 1994).

V současnosti se operuje způsobem zvaným fakoemulsifikace, kdy se do oka malým, jenom 2 - 3 mm řezem, zavádí ultrazvuková kanyla, pomocí ultrazvuku se rozdrťí jádro zkalené čočky a odsaje se. Poté se do vyprázdněného pouzdra vkládá složená umělá čočka, která je vyráběná z různých gelových materiálů. Díky jejich vlastnostem se v oku roztáhne na původní velikost. Operační rána se nemusí šít. Operuje se většinou v instilační anestezii. Ale vývoj jde neustále dopředu. Již nyní je možnost operace pomocí laseru, která však není vhodná při tvrdém jádru čočky. Objevila se i další metoda operačního řešení, zvaná mikroincisní operace katarakty, která umožňuje operaci řezem menším než 1,5 mm (Rozsival et al., 2005). Podstatně se zkrátila i doba operace, která trvá maximálně 10-15 minut oproti dřívějším 60 minutám. Pacient skoro ihned po operaci dobře vidí a může se normálně pohybovat. Proto se tato operace stala více ambulantním typem operací. K nim patří i různé plastické a estetické výkony, jako je úprava očních víček, odstranění drobných útvarů kolem oka včetně odstranění bazaliomu.

Zajišťujeme také oční pohotovost pro celý Zlínský kraj, a proto se zde postupně buduje tým, který řeší i závažné úrazy oka. Stále se provádí transplantace rohovky, kde nadále spolupracujeme s Oční tkáňovou bankou Praha a bohužel častěji i enukleace oka pro nádorové onemocnění.

Oční lékařství patří mezi obory, kde se používá k vyšetření mnoho přístrojové techniky. Ta je v současnosti na vysoké úrovni a zvyšuje se možnost zjištění mnoha různých onemocnění již v časném stadiu, kdy je naděje na jejich vyléčení.

1.1 Ošetřovatelská péče o pacienta na očním oddělení

Tak, jako se postupně měnily způsoby vyšetření a operačních technik, měnil i způsob ošetřování pacientů na očním oddělení. Dříve byl kladen větší důraz na ošetřovatelskou péči, tedy na roli sestry jako poskytovatele ošetřovatelské péče. Pacientovi se před operací šedého zákalu a glaukomu ostříhaly řasy a byl proveden průplach slzných cest. Těsně před výkonem byla aplikována intramuskulárně celková premedikace, a pacient byl odvážen vleže na operační sál. Po operaci musel dodržovat přísný tělesný klid a proto u něho byla prováděna veškerá ošetřovatelská péče na lůžku. Oko měl pevně zavázáno obvazem a ten

se sundával pětkrát denně vždy při aplikaci oční terapie. Hospitalizace trvala průměrně kolem 14 dní. Operace sítnice probíhala jen v celkové anestezii, po ní měl pacient binokulus. To kladlo vysoké nároky na způsob jeho ošetřování a celkovou péči. Délka hospitalizace trvala více než tři týdny a také zde byl pacient po celou dobu upoután na lůžko.

Dále u nás byly přijímány děti k operaci šilhavosti. Teprve později převzalo předoperační a pooperační péči o ně dětské oddělení.

Postupně, jak se měnily a stále mění způsoby a typy operací a vyšetření, přibývají nové přístroje. Rostou nároky spíše na odbornou práci sestry při používání nových způsobů vyšetření a na edukační činnost u pacienta. Vzrostla mnohonásobně jedna z jejích dalších rolí – role sestry edukátorky. Je opravdu důležité umět pacientovi správně vysvětlit postup při provádění vyšetření, opakovaně mu vše zdůrazňovat a zjistit, zda vše chápe. Vždyť na správném provedení často závisí i další postup léčby. A navíc se staráme o nejcennější smysl člověka, který mu pomáhá v jeho orientaci v prostředí. U nás se člověk ocitá v situaci, kdy je zrak ohrožen, kdy nastává náhlá nebo částečná ztráta vidění, ať už z příčin postižení oka či celkových onemocnění.

Jedna z nejčastějších diagnóz je postižení sítnice a zrakového nervu kvůli diabetu. Mnohdy se cévní změny projeví jako první právě v oku a již v případě, kdy se s tímto stavem nedá mnoho dělat a zlepšení zraku je přes veškerou péči minimální. Pak je pro pacienta velmi obtížné se s danou situací smířit. Musí si zvykat na jiný způsob života, trpí obavami a často ztrácí svoje zaměstnání. Na oční oddělení přicházejí s velkou nadějí, o to horší je zklamání, že nic změnit již nelze. Sestra bývá často první člověk, kterému se svěřuje, je mu rádcem, utěšitelem, učitelem. Ona musí umět pochopit jeho bolest, poradit mu, kde a jak najde pomoc, naučit ho, co se dá dělat jinak. Stává se ale, že sestra je tím, na kterém si pacient uleví, na kom si „vyleje svoji zlost, beznaděj.“ A i to musí umět zvládnout.

„Nemoc, stejně jako tělesné postižení, klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí a na motivaci, neboť u nemocného nejde jen o to smířit se s faktem onemocnění a přijmout pasivně vše, co sebou choroba přináší, ale nemocný je postaven před úkol překonávat problémy s nemocí spojené, před úkol vyrovnat se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho a přijímat jako fakt další nutné nepříjemné a bolestivé (případně devalvující) diagnostické a terapeutické postupy. Pro nemocného je tedy jeho choroba

obvykle těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků“ (Jobánková, 2000, str. 59).

Je také důležité, aby pacient věděl jméno toho, kdo se o něj stará. My zdravotníci to někdy podceňujeme, ale pro pacienta je jméno sestry, která o něj pečuje často záchytným bodem. Proto bychom se mu měli vždy představit.

Další sesterskou činností je péče o pacienty před a po operaci oka. Celková předoperační příprava se neliší od péče na jiných chirurgických odděleních. Operace jsou nyní prováděny většinou v lokální anestezii, v celkové anestezii se provádí jen operace strabismu, částečně transplantace a výjimečně některé druhy operací zadního segmentu oka. Odpadlo stříhání řas i průplachy slzných cest. Podle typu operace se aplikuje oční premedikace pro přípravu oka. U operací katarakty je nutná široká mydriáza, stejně jako u operací zadního segmentu oka (sítnice, sklivec). Během těchto operací se pacientům do oka aplikuje kvůli tamponádě sítnice v současnosti nejen olej, ale i plyn.

Po jeho aplikaci je důležité, aby pacient dodržoval určitou, často pro něj nepříjemnou polohu hlavy. Lékař pacienta informuje o této poloze a zapíše ji do dokumentace. Je důležité, aby sestra kontrolovala její dodržování, jinak nedojde k přiložení trhliny sítnice. Naopak u operace glaukomu nebo transplantace je předoperačně mióza zorničky. Po operacích oko může, ale nemusí být překryto sterilním krytím.

Následně se podle ordinace operátora se aplikuje oční terapie. Samozřejmostí by mělo být dodržování bariérového způsobu ošetřování. Správné aplikaci kapek je nutné naučit i pacienta nebo příbuzné, protože si je bude kapat i doma. Na druhý den sestra na operovaném oku měří nitrooční tenzi a refrakci a připravuje pacienty k vizitě. Pacient je obvykle schopen se o sebe postarat sám.

Nejdůležitější částí při přípravě k operaci oka, ale i po ní, je psychologická péče o pacienta. Zatímco po operaci katarakty pacient skoro ihned vidí, u operace sítnice se střídá zlepšení následným poklesem visu. Naším úkolem je dodávat pacientovi naději a pomáhat mu snížit obavy. Často se setkávám s názorem, že práce sestry na očním oddělení je jen kapání do oka. Ale sestra na očním oddělení se při své péči stará o pacienty se stejnými diagnózami jako na jiných odděleních. Je u ní navíc velmi důležitá empatie, protože snížené vidění anebo dokonce náhlá ztráta zraku jako nejcennějšího lidského smyslu je pro pacienta

velkou psychickou zátěží. Pacient se ocitá v místě, kde se neorientuje, je bezradný a řadu věcí nedokáže často bez pomoci zvládnout. Velkou úlohu hraje často i obava s operace a z jejích následků.

Sestry také slouží v rámci své směny i pohotovostní služby, kdy při úrazech musí asistovat lékaři na operačním sále.

V ambulantní části se práce sestry z největší části skládá z různých měření a vyšetření pacientů na přístrojích, zkoušky visu a následně podle ordinace lékaře zajištění mydriázy nebo miózy zorničky k dalším výkonům a její asistence u nich. K těm nejběžnějším patří vyšetření na štěrbínové lampě, laserové zákroky a aplikace kontrastní látky kvůli zobrazení sítnicových cév pomocí fundus kamery. Dále je to péče o pacienta před a po operaci.

Rozšířil se počet ambulancí, k základním stále patří všeobecná ambulance, dále glaukomová pro pacienty se zeleným zákalem a diabetická poradna. Přibyla vitreoretinální ambulance pro pacienty s onemocněním sítnice a sklivce, neontologická poradna, dětská a strabologická ambulance pro děti ale i dospělé trpící šilhavostí. Je zde také rohovková ambulance pro pacienty před a po transplantaci rohovky a refrakční pro pacienty s očními vadami. Práce sestry na ambulanci klade velký důraz na její komunikační schopnosti. Jde často o první kontakt pacienta s oddělením, zde se vytváří jeho první dojem o celkové péči. Jde o to, aby tento dojem byl pro naše image co nejlepší.

Součástí oddělení jsou i operační sály. Nyní máme 2 sály pro operace katarakty a zadního segmentu oka, plastický sál a septický sálek. Operační tým je tvořen nejen zkušenými lékaři-operatéry, ale i sálovými instrumentářkami a ostatním nelékařským personálem. Všichni společně vytváří zázemí pro provádění kvalitní a odborné práce během operace.

Perioperační sestry musí umět perfektně zvládnout veškerou instrumentační techniku a instrumentárium při mikrochirurgických operačních zákrocích, dále znát zásady hygienického a bariérového režimu na sálech včetně manipulace s přístroji a materiálem. Na našich sálech si také sami provádíme veškerou sterilizaci materiálu a nástrojů. Nedílnou částí práce sester je i perioperační příprava a edukace pacienta.

2 OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem ošetřovatelství je definován mnoha autory. Patří k nim například definice jednoho z prvních učitelů studia ošetřovatelství jako vědního oboru prof. MUDr. Vladimíra Pacovského, DrSc., který říká: „Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka vzniklé nemocí a pomáhat těm, kteří sami o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí pečovat“ (Pacovský, 1981, str. 13).

Podle Virginie Hendersonové je ošetřovatelství „proces řešení problémů pacienta/klienta prostřednictvím poskytování pomoci. Hlavním cílem ošetřovatelství je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí tak, aby byl schopný hodnotně žít. V situacích, kdy vlastní potenciál jedince nestačí, nahrazuje úbytek soběstačnosti pacienta/klienta sestra správnou a vhodnou ošetřovatelskou péčí“ (Pavlíková, 2006, str. 46).

Definice

WHO zní: „Ošetřovatelství systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (Šamánková et al., 2006, str. 25).

2.1 Cíle ošetřovatelské péče

- pomáhat jednotlivci, ale i skupinám rodinám k dosažení tělesného, sociálního a duševního zdraví
- podporovat pozitivní přístup ke zdraví a zapojit člověka do péče o své zdraví
- podpořit člověka v péči o sebe a vést ho k posílení schopností o své zdraví, životní prostředí a životní styl
- zaměřovat se na prevenci u svého zdraví
- snížit negativní dopad onemocnění a předcházet komplikacím, zapojit do péče ostatní rodinu (Šamánková et al., 2006).

Naše ošetrovatelství má svoji koncepci z roku 2004, která je plně v souladu koncepcí Světové zdravotnické organizace. Respektuje i doporučení OSN, směrnice EU, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998. Ošetrovatelství je v ní definováno jako „samostatná vědecká disciplína, zaměřená na vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (Věstník MZ ČR částka 9/2004, str. 3). Jeho cíle jsou upevnění a podpora zdraví, podílení se na navrácení zdraví a rozvoji soběstačnosti, zmírňování utrpení nemocných a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Je zde kladen důraz hlavně na aktivní a samostatnější práci ošetrovatelského personálu, holistický přístup k nemocnému, nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu spolu s řádně vyplněnou ošetrovatelskou dokumentací jako základním metodickým postupem ošetrovatelského personálu při jeho práci se zdravými i nemocnými lidmi, jejich rodinami a sociálním prostředím. (Koncepce ošetrovatelství, Věstník MZ ČR částka 9/2004)

2.2 Ošetrovatelský proces

Moderní ošetrovatelská péče spočívá v tom, že sestra umí propojit ošetrovatelské činnosti tak, aby reagovala na aktuální ošetrovatelské problémy pacienta a případně jeho rodiny či komunity. Jako metoda praxe v ošetrovatelství se používá ošetrovatelský proces. Je nedílnou součástí zdravotní péče a představuje systémový a komplexní přístup a celkové řešení problémů pacienta. Zaměřuje se na celého jedince a nejen na nemoc. Současně je způsobem uvažování sester o nemocném a jeho problémech. Cílem procesu je kvalitní uspokojování potřeb pacienta. Skládá se z pěti fází:

1. Ošetrovatelská anamnéza - zjišťování informací a zhodnocení pacienta a jeho potřeb. Důležitá je znalost hodnotících škál, pozorování, dobrá komunikace, znalost patofyziologie, vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem
2. Ošetrovatelské diagnóza – nutnost kritického myšlení, seskupení informací, charakteristika projevů a mechanismy adaptace, analýza problémů, formulování

ošetřovatelských diagnóz, stanovení priorit, určení problémů co nejpřesněji, časově i lokálně

3. Cíle (očekávaný výsledek) a plánování ošetřovatelských intervencí - v této fázi je důležitá spolupráce s pacientem na řešení problémů, znát názory a hodnoty pacienta, umět používat prostředky ošetřovatelské péče, stanovení cílů společně s pacientem, výběr vhodných intervencí a strategií péče. Cíl musí být měřitelný, dosažitelný a individuální pro daného pacienta
4. Realizace - provedení navržených opatření, vlastní provedení činností, nácviky, poskytování rady, delegování pravomocí na ostatní členy týmu, záznam s datem a časovým údajem, četnost intervencí
5. Zhodnocení efektu poskytované péče a závěr – diagnóza uzavřena, nebo přehodnocení závěrů a zvažování nových ošetřovatelských činností (Staňková, 1999, Šamánková et al., 2006).

2.3 Dokumentace ošetřovatelské péče

Je součástí zdravotnické dokumentace pacienta, proto pro ni platí stejné právní předpisy. Jako hlavní zdroj informací o pacientovi zajišťuje kontinuitu péče a aktuální popis zdravotního stavu a ošetřovatelských problémů pacienta, rodiny či jeho blízkých. Umožňuje rychlou orientaci v problémech u pacienta, je i nástrojem pro měření kvality. Každá její část musí být označená jménem pacienta, rodným číslem a očíslovaná. Zápisy musí být čitelné, opatřené datem a podpisem sestry, včetně razítka - jmenovky. Patří k ní ošetřovatelská anamnéza, zhodnocení zdravotního stavu pacienta, dokumentované posouzení stavu individuálních lidských potřeb pro stanovení postupu při ošetřovatelské péči a formulaci ošetřovatelského plánu. Ten by měl obsahovat popis problému pacienta a stanovení ošetřovatelské diagnózy, postupy při realizaci péče včetně data a časových údajů nebo četnosti poskytnutí jednotlivých ošetření a hodnocení poskytované péče. Je zde také denní záznam a hlášení sester. Dále se k ní řadí překladová a propouštěcí zpráva, soupis věcí pacienta (šatní lístek), protokol o mimořádné události, protokol o pádu, záznam bolesti, edukační plán, bilance tekutin, záznam o dekubitu a ošetřování rány. (Policar, 2010)

Slouží jako doklad o provedení péče a zároveň jako dokument, který nás chrání před obviněním z nedbalosti či zanedbání péče (Vondráček L., Vondráček J., 2006).

V současnosti se v naší nemocnici zavádí elektronická podoba ošetrovatelské dokumentace.

3 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pojem kvalita ošetrovatelské péče je možné nastínit z více pohledů. Jinak se na kvalitu péče dívá pacient, jiný je pohled sestry, jiný pohled bude mít lékař a úplně jiný pak management nemocnice. Je jasné, že naším cílem je co nejlepší péče o pacienta. Pacient vnímá péči z hlediska své kultury, svých vědomostí, hodnot, sociálního prostředí, předcházejících zkušeností. Kvalitní péče je:

- účinná v souvislosti se zdravotním stavem pacienta
- pacient má pozitivní přístup k péči
- adekvátní z hlediska možného využití zdrojů (Farkašová, 2005).

Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní diagnostiky a s terapií základ, ze kterého vychází celková péče v každé nemocnici (Gladkij et al., 2003). Z komplexně poskytované a kvalitně prováděné ošetrovatelské činnosti může vzniknout signál k upřesnění diagnózy. Je nutné, aby byla ošetrovatelská péče opravdu oceněna a všeobecné sestry měly rovnocenné místo ve zdravotnickém týmu. Při vnímání kvality péče není základním hlediskem jen kvalita léčebného výkonu, ale i ostatní služby v rámci péče o pacienta. (Madar et al., 2004). Jak se tedy dá definovat kvalita péče? Známa je definice Palmera „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi“ (Škrla, Škrlová, 2003). WHO pak kvalitu definuje jako „stupeň dokonalosti péče ve vztah k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje“ (Gladkij, 2003, str. 292). Důležitost kvality stoupá a to jak z ekonomických důvodů, tak z důvodů forézních (problematika soudních sporů). Dalšími důvody jsou konkurenční a prestižní pověst zdravotnického zařízení.

3.1 Specifika kvalitních zdravotnických služeb

- Účinnost a včasnost péče
- dostupnost péče
- bezpečnost prostředí
- přiměřenost zdravotnímu stavu na současné úrovni znalostí
- soustavnost a návaznost

- rovnocennost péče každému bez rozdílu
- ekonomická efektivnost vznikající dodržováním jednoty medicíny a ekonomiky
- Je nutné a důležité neustálé kontinuální zvyšování kvality v rámci celé nemocnice a zapojení všech jejích zaměstnanců (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

3.2 Znaký kvalitní ošetrovatelské péče

- v zařízení, respektive v zemi existuje jasná koncepce ošetrovatelství
- ošetrovatelská péče se poskytuje formou ošetrovatelského procesu
- respektují se práva pacienta
- práce při ošetrování je prováděna v týmu
- ošetrovatelský tým je odborně připravený a má motivaci ke své práci
- dodržuje se etický kodex
- péče se poskytuje na základě nejnovějších poznatků
- ošetrovatelský tým má reálné cíle
- do péče jsou zapojeni pacienti i rodinní příslušníci
- existuje mezioborová spolupráce
- Zajišťování kvality ošetrovatelské péče je proces, který zahrnuje tři významné kroky:
 - monitorování skutečné praxe a odstraňování problému tak, aby praxe odpovídala dohodnuté normě.
 - Stanovení konkrétních kroků v systému zajištění kvality péče (ošetrovatelský audit).
 - Vytváření specifických ošetrovatelských standardů (Mastiliaková, 2002).

3.3 Metody pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče

- informace od pacientů
- informace od externích odborníků
- informace z auditů
- informace z indikátorů kvality.

Jako první se kvalitou zabýval profesor Avedis Donabedián, podle kterého je „kvalitní zdravotní péče takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek ve srovnání s náklady je vyšší ve všech fázích léčebného procesu“ (Gladkij, 1999, str. 12, Madar et al., 2004, str. 33). Stanovil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě. Jeho schéma se skládá ze tří částí: struktury, procesu a výsledku. Prostředkem, který se v rámci kvality ve zdravotnictví osvědčil, je standardizace. Standardy jsou dohodnutá míra či pravidlo kvality, zavedení norem, stanovujících minimální úroveň provedené péče a jejího výsledku. Odborníky jsou popsány jako závazné normy. Umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Zajišťují pacientům bezpečí a chrání sestry před postihem. Pokud pracujeme podle standardů a dodržujeme jimi stanovený postup, je naše péče prováděná správně. Stejně jako jiné aktivity, které se zabývají kvalitou péče, musí být využity pouze k podpoře zlepšování. Formy zpracování standardů jsou různé, protože neexistuje žádný nadnárodní právní či formální předpis, který by bylo možné převzít. Ale vždy musí obsahovat parametry, podle kterých se činnost měří a hodnotí. Pokud chceme zlepšit péči, je nutné sledovat dodržování standardů a realizovat nápravná opatření, které vzešly z auditů (Mastiliaková, 2002).

3.4 Typy standardů

1. strukturální – organizace a regulace ošetrovatelské praxe a služeb, vybavení (pomůcky, prostory) a předpoklady pracovníků k výkonu péče,
2. procesuální- standardy ošetrovatelských postupů buď při výkonech, anebo v rámci ošetrovatelského procesu, úroveň komunikace pacient a zdravotník,
3. výsledkové – hodnocení kvality, výsledky hodnocení péče osobní, veřejné, spokojenost pacienta (Bártlová, 2010).

Rozdělení standardů:

- A) centrální – externí – na celorepublikové úrovni, jsou to zákony, vyhlášky
- B) lokální – interní - stanoví si je jednotlivé zdravotnické zařízení, nejsou v rozporu s centrálními. Dělí se:
 - standardy ošetrovatelských činností - týkají se činností u všech pacientů
 - standardy ošetrovatelských postupů - posloupnosti činností, výkonu, procedury
 - standardy péče o pacienty se speciálními potřebami
 - standardy péče o pacienty s určitou diagnózou

3.5 Metodika tvorby standardů

Vytvoření standardů je důležitým krokem k praktické realizaci zlepšení kvality péče. Standardy mají:

- Být založeny na jasné definici cílů činnosti
- Podporovat další rozvoj povolání ve shodě s jeho potencionálním společenským přínosem
- Být dostatečně všeobecné a neustále zlepšované
- Mít možnost pro inovaci, která bude zaměřená na vyšší kvalitu
- Zvyšovat úroveň výkonnosti
- Být formulované tak, aby byly realizovatelné
- Obsahovat zaměření (*koho se týká*), míru závaznosti (*pro koho je určený*), cíl (*požadovaný výsledek*) a kritérium požadované normy, které musí mít svůj kód. (Mastiliaková, 2002).

Ošetrovatelský audit, který je součástí každého standardu, obsahuje metodu monitorování jednotlivých kritérií struktury, procesu a výsledku. Je to nezávislý dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností správným způsobem. Zjistí rozdíl mezi skutečností a standardem, rozumíme jím kontrolu, revizi a prověřování a hodnocení ošetrovatelské péče. Dále posoudí, zda je standard stále platný a aktuální nebo se mají

provést změny. Audit musí obsahovat vyhodnocení splnění standardu, název oddělení, jméno auditora, datum a metody, které byly používány - otázky, pozorování. Může být jak interní, tak externí. Interní slouží ke vlastní kontrole a k udržení kvality v daném zařízení, vnější je vykonávám odbornou certifikační či akreditační komisí. Ta provádí audit na základě schválených standardů. Audity mohou být plánované a neplánované (Škrļa, Škrlová, 2003, Gladkij et al., 2003, Madar et al., 2004).

3.6 Systémové modely kvality

- a) Modely systémů řízení kvality (ISO)
- b) Modely pro národní a nadnárodní akreditační standardy (JCAHO, JCIA, SAK-ČR)
- c) Modely definující proces tvorby národních standardů (ISQua, ALPHA)
- d) Modely excellence – ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma).

ad a) ISO (The International Organization for Station)

Je jednou z metod zavedení systému kvality u nás. Je vedena snahou o:

- zvýšení spokojenosti pacientů
- uspokojení potřeba a očekávání pacientů
- vnesení transparentnosti a efektivity do provozních činností ve zdravotnickém zařízení
- efektivní využívání lidských zdrojů
- interní a externí hodnocení této způsobilosti.

Tento systém patří k modelům řízení kvality a vychází z politiky kvality definované v určitém zařízení. Zahrnuje identifikaci jednotlivých činností, stanovení odpovědnosti za výkon těchto činností a zajištění koordinace mezi těmito činnostmi. Nejvýznamnější jsou standardy ISO 9000 – základy řízení a terminologie, ISO 9001, který se zabývá systémem řízení kvality – požadavky, co musí organizace splnit a ISO 9004, který je systémem kvality a funguje jako návod ke zlepšování výsledků. V roce 2000 byla celá tato série přebudována a dnes je známa jako ISO 9001:2000. Není zaměřeno na standardizaci

specifických produktů, ale na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek ve výkonu. ISO není určeno jen pro nemocnice. Získání certifikace ISO 9001:2000 znamená, že organizace má takový systém managementu, který zajišťuje důslednost a spolehlivost, tedy že všichni zákazníci dostanou vždy stejné služby a produkty. V organizaci existuje systém zajišťování kvality. Normy ISO definují, co je nutné kontrolovat prostřednictvím požadavků, které norma vyžaduje. Jsou zaměřené na zabezpečení provozu bez chyb a jejich prevenci spolu s kvalitní zdravotní péčí poskytovanou během hospitalizace. Organizace tedy řekla, co bude dělat, dělá to, a dokumentuje vše, co se udělalo. Následně se zlepšují výsledky v souvislosti se skutečnými výstupy (Pešek, 2003, Madar et. al., 2004).

ad b) JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) – v této organizaci je angažováno mnoho prominentních a vysoce erudovaných amerických organizací a asociací, včetně ošetrovatelských. Ovlivňuje akreditační standardy pro zdravotnická zařízení v ostatních zemích. Dceřinou společností je Joint Commission International Accreditation - (JCIA) – Spojená mezinárodní komise, která vydala mezinárodní standardy pro nemocnice (Madar et al., 2004). Byly vytvořeny ve spolupráci se 16 zeměmi, které reprezentovaly hlavní světové oblasti. Obsahují 370 standardů a 3 cíle (efektivita, kvalita péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí (Škrála, Škrlová, 2003). U nás mají tuto formu akreditace Ústřední vojenská nemocnice, Ústav hematologie a transfuze, Nemocnice Na Homolce, Masarykův onkologický ústav a Fakultní nemocnice Ostrava.

SAK-ČR (Spojená akreditační komise České republiky) organizuje u nás proces akreditačního řízení s cílem zjištění shody mezi akreditačními standardy, které vydala, a aktuálním stavem zařízení. Certifikát je platný 2-3 roky.

Samotný pojem akreditace je spojen se snahou snížení rozdílnosti péče v jednotlivých zařízeních. V neposlední řadě je kladen důraz na bezpečnost péče. Akreditační standardy mají deset tématických oblastí:

1. Oblast kvality: sledování, zajištění KZK, dokumentace, tvorba standardů
2. Diagnostické postupy - standardizace příjmového vyšetření, zápisů do dokumentace
3. Péče o pacienta – plán péče, epikríza, SOP, stravování pacientů
4. Kontinuita péče-propouštěcí zpráva, převoz pacienta

5. Dodržování práv pacienta
6. Podmínky poskytované péče- směrnice, metodické listy
7. Standardy managementu- řády organizace, plány rozvoje
8. Péče o zaměstnance-popis práce, vzdělávání, kvalifikace
9. Sběr a získávání informací – standardizace dokumentace
10. Protiepidemická opatření – NN, manipulace s biologickým materiálem.

ad c) ISQua (The International Society for Duality in Care) - je mezinárodní společnost pro rozvoj kvality ve zdravotnictví. Její dceřinou společností je organizace ALPHA. Ta pomáhá jednotlivým zemím vytvářet nebo zlepšovat jejich vlastní standardy. Snaží se do nich zabudovat principy ISO nebo Baldrige.

ALPHA principy:

- Zapojení pacienta do zdravotní péče a respektování jeho práv
- Zaměření na pacienta
- Monitorování kvality
- Navázání spojení s ostatními poskytovateli služeb
- Řízení rizik
- Zahrnutí působnosti do strategie plánování
- Jasně procesy řízení
- Jasná definice typu a rozsahu standardů
- Obsah standardů je jasně členěný, umožňuje měření výkonu
- Standardy jsou aktuální a založené na informacích a praxi.

Ad d) EFQM (The European Foundation for Quality Management) je nadace, jejímž cílem je vést organizace v EU ke kvalitě pomocí programu TQM (Total Quality Management). Její filosofií je, že ke kvalitě lze dojít různými cestami a vede organizace k vlastnímu sebehodnocení a následně ke zvyšování kvality (Kilíková, Jakešová, 2008, Škrála, Škrlová, 2003).

Sigma je modelem, který pomáhá organizacím splňovat požadavky na kvalitu a tedy práci bez chyb. Jeho smyslem je dosáhnout tak excelentní kvality, kdy v souboru dat existují jen 3 - 4 odchylky na milión případů. K tomu má specifický proces s pěti kroky – definuj, měř, vyhodnoť, zlepší a kontroluj.

Akreditace definuje program zvyšování kvality zdravotnického zařízení. Snižuje se rozdíl mezi odděleními a zařízeními, zlepšuje se kvalita. Pro pacienta je zárukou, že zařízení splňuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost. Pro pojišťovnu je akreditace důkazem, že služby pro pacienty jsou prováděny podle měřitelného a prokazatelného standardu. Pro komunitu je zárukou kvalitní péče. Pro sestry je přínosem v rámci zlepšení kvality ošetrovatelské péče a dokumentace, vytvoření bezpečného prostředí, efektivní využívání zdrojů, zlepšení organizační struktury a vztahů mezi členy týmu. Zvyšuje se image zařízení i personálu (Škrla, Škrlová, 2003).

V současnosti se naše nemocnice připravuje k certifikaci podle ISO 2001:9000. Myslím si, že tak mezi námi vzniká otázka, zda by nebylo pro nás spíše lepší získat akreditaci SAK, která zde byla již započata a následně přerušena. Jednou z odpovědí pro nás může být, že každý z modelů slouží k jinému účelu a navzájem se doplňují. Je lépe začít programem ISO, následovaným programem SAK. Je nutné zavést principy jako je standardizace dokumentace, odpovědnost lidí za efektivní procesy, vyhodnocování spokojenosti pacientů a následná náprava chyb, zájem o rozvoj vzdělanosti u zaměstnanců. Tak se začnou správně a ve správnou dobu dělat procesy ve zdravotnictví. Nebude se tedy měnit nebo hodnotit péče, ale bude se zlepšovat činnost zařízení tak, aby se každý mohl věnovat své práci a přitom akceptoval cíle a strategii celého zařízení (Madar et al 2004, Škrla, Škrlová 2008). K tomu je nutné dosáhnout identifikace všech zaměstnanců s tímto cílem. Na konci tohoto snažení pak bude nemocnice finančně stabilní, schopná poskytovat kvalitní péči při minimálních nákladech s ohledem na přání a potřeby pacientů. Zatím jsme jen na začátku a naše pocity jsou smíšené. Přibývají dokumentace, které mnohým připadají zbytečné. Je však nutné se na celý proces dívat jako na možnost lepší a kvalitnější péče o pacienta.

4 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

Podle zákona 96/2004 může nelékařské zdravotnické povolání vykonávat osoba, která splňuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Podle paragrafu 3 má způsobilost ten, kdo má odbornou způsobilost podle tohoto zákona, je zdravotně způsobilý a je bezúhonný. Zdravotní způsobilost zjišťuje lékař závodní preventivní péče. Ministerstvo zdravotnictví stanoví právním předpisem seznam nemocí a vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost, dále druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek, které musí zdravotnický pracovník absolvovat.

Za bezúhonného je považován ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin nebo za trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Odborná způsobilost se liší podle povolání. Mezi nelékařské zdravotnické profese patří všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany veřejného zdraví, ortoptik protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický laborant, biomedicínský technik, radiologický technik. Dále sem jsou řazena povolání po získání odborné a specializované způsobilosti, jako je klinický psycholog a logoped, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků, biomedicínský inženýr, odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví, zdravotnický asistent, laboratorní asistent, ortopticko-protetický technik, nutriční technik, asistent zubního technika, dezinfektor, řidič vozidla záchranné služby, ošetřovatel, masér a nevidomý a slabozraký masér, laboratorní pracovník, zubní instrumentářka, řidič dopravy nemocných a raněných, autoptický laborant, sanitář.

Vzhledem ke svému studiu popisují způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Ta se získává absolvováním:

- 1) nejméně tříletého akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
- 2) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

- 3) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie-péče o nemocné, pedagogika-ošetřovatelství, pedagogika-péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
- 4) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- 5) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004
- 6) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997
- 7) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Všeobecná sestra, která získala způsobilost podle bodů 5-7, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po třech letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetřovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. (Sbírka zákonů č.96/2004, částka 30 str. 1459).

5 KOMPETENCE SESTRY

Samotný pojem kompetence znamená oprávnění, povinnost či způsobilost a s nimi souvisejících postojů a hodnot důležitých pro rozvoj jedince a jeho zapojení do společnosti. Jsou to tedy činnosti a způsobilosti, které jsou u sestry dané vyhláškou a které jim ukládají tyto činnosti provádět. Známe však opravdu dostatečně svoje kompetence? Sestra se stala pracovnící bez odborného dohledu, musí se neustále vzdělávat, přibývá jí mnoho papírové činnosti. Počet pacientů se přitom nemění. A ona musí vše zvládnout, pracuje často nad rámec svých povinností a přebírá i práci lékaře. Ale proč? Myslím si, že problém je často v nás samotných, nedovedeme se ohradit, stále nejsme členy týmu, jsme jen pomocníkem lékaře. Přitom jsou na druhé straně sestry často od lékařů pověřovány výkony, ke kterým nemají ani oprávnění a ani kvalifikaci. Obvykle se jedná o administrativní činnost jako je opisování léků, ale zvláštností nejsou i výkony odborné. Mnohdy tak sestra provádí i činnosti, které nemá ve své náplni a nesmí je podle zákona dělat. Navíc může pacienta poškodit. Každá z nás si musí uvědomit, že jí při nesprávném postupu hrozí sankce, které mohou být i soudního charakteru. Vzhledem ke své dlouholeté práci ve zdravotnictví dovedu pochopit, jak situace vznikla. Jsou to obvykle vžitá zvyky na oddělení, potřeba rychle vyřešit situaci, mít klid a známé „hotovo,“ ale co je nejhorší, neznalost svých kompetencí. Nicméně ty by měla každá sestra znát, stát si za nimi a společně s ostatními kolegyněmi si je umět obhájit. Chráníme tak totiž nejen pacienta, ale i samy sebe. Proto by k základním vědomostem všech sester měla patřit i znalost práva. Bylo by dobré mít opakované školení o této problematice. Je také na nás všech, abychom se dokázaly ohradit a důrazně říct, že to není moje práce, k tomu nemám pověření. Myslím si, že pověřování sester úkoly, které nemá v kompetenci, bude ještě dlouho místem konfliktů mezi zdravotnickým týmem. Každý z nás musí mít jasné postavení, jasné kompetence a ty dodržovat. Všichni máme za úkol pečovat a uzdravit pacienta. Ale měli bychom se o něho všichni starat společně jako členi týmu, kde má každý své místo a dělá práci, kterou má, dobře ji zná a hlavně, je v jeho náplni práce.

Činnosti všeobecné sestry jsou dány vyhláškou 55 ze dne 1. března 2011 O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle ní všeobecná sestra vykonává činnosti podle paragrafu 3 odstavce 1 a dále bez odborného dohledu a indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje a zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom

vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů onemocnění, rizikových faktorů i za použití měřicích technik. (Sbírka zákonů č. 55/2011, částka 20, str. 484).

Dále sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce a další tělesné parametry, pozoruje a hodnotí stav pacienta, zajišťuje herní aktivity dětí. K jejím kompetencím dále patří zajištění a provádění vyšetření biologického materiálu semikvantitativními metodami, provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích, hodnotí a ošetřuje cévní vstupy, poruchy celistvosti kůže a chronické rány.

Také spolupracuje s fyzioterapeutem a ergoterapeutem a provádí rehabilitační ošetřování, nácvik sebeobsluhy, edukuje pacienty nebo jiné osoby o ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně edukační materiály, hodnotí sociální situaci pacienta a identifikuje potřebnost sociálního šetření. Stará se o příjem, překlad a propuštění pacientů provádí psychickou podporu umírajících zajistí péči o zemřelé tělo. Přejímá a kontroluje léčivé přípravky včetně návykových látek, zdravotnické prostředky a prádlo, zajišťuje sterilizaci a dezinfekci. Na základě indikace lékaře může vykonávat činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče.

Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, které může na základě indikace lékaře buď sama provádět, nebo při nich asistovat, zajišťovat ošetřovatelskou péči, zejména může podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a s výjimkou radiofarmak, pokud není stanoveno jinak.

Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí sceeningová a depistážní vyšetření, odebírá a orientačně hodnotí biologický materiál, ošetřuje akutní a operační rány a drény, provádí katetrizaci u žen a dívek nad deset let, pečuje o katedry včetně výplachů, provádí výměnu tracheotomické kanyly, zavádí nazogastické sondy pacientům při vědomí nad deset let a pečuje o ně, aplikuje výživu do sondy nebo do žaludeční stomie, provádí výplachy žaludku, pod dohledem lékaře může aplikovat krevní deriváty a asistuje při aplikaci transfuzních přípravků a bez odborného dohledu se stará o pacienta v průběhu transfuze a ukončuje ji. Podrobněji jsou činnosti rozpracovány každým zaměstnavatelem. Proto všichni důkladně studujme své kompetence a dělejme, co máme.

6 ROLE SESTRY

Sestra se nachází na pracovišti v různých rolích a je různě vnímána. Co je to vlastně role? Je to očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Jen málo profesí prodělalo ve svém vývoji takové změny, jako povolání sestry. Tvoří ji celý systém společenských rolí, které jsou navzájem spojené. Charakterizují ji tyto znaky:

- při své práci vychází z potřeb nemocného a z chápání jeho problémů
- je schopná zabezpečit pro pacienta pocit jistoty a bezpečí
- zachovává emocionální neutralitu
- má technické kompetence a dovednosti nezbytné pro její praxi.

Profesionální ošetrovatelství vyžaduje systematický přístup, speciální dovednosti a znalosti, které mají vědecký základ.

Roli sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie. V současnosti plní sestra nejčastěji tyto role:

- sestra - poskytovatel ošetrovatelské péče
- sestra - manažerka
- sestra- zprostředkovatel, rádce pacienta
- sestra - edukátorka, učitelka pacienta
- sestra-advokátka, obhájkyně pacienta
- sestra-nositelka změn
- sestra-mentorka pro studenty ošetrovatelství
- sestra-výzkumnice.

Tyto role se navzájem prolínají a slouží k objasnění povinností sestry (Mastiliaková, 2002, Šamánková, 2006, Staňková, 2002, Ivanová, 2006). Důležité je podle mého názoru i image sestry ve společnosti. A to, jak si musíme přiznat, není zrovna nejlepší. Myslím si, že je důležité, aby se obraz sestry na veřejnosti změnil. Nebude to hned a nebude to jednoduché.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Na začátku práce jsem si stanovila základní cíle a hypotézy, definovala oblasti průzkumu, vymezila okruhy respondentů a zvolila nejvhodnější metody pro svoji průzkumnou práci.

7.1 Stanovení cílů a hypotéz

Cíl 1: Zmapovat spokojenost pacientů s péčí sester na oční ambulanci metodou dotazníkového šetření.

Hypotéza 1: Domnívám se, že s prací sester na ambulanci je spokojeno více jak 50 % pacientů.

Cíl 2: Zjistit, o jaký způsob získání informací mají pacienti na oční ambulanci zájem.

Hypotéza 1: Domnívám se, že více jak 30 % pacientů by uvítalo možnost vytvoření informační brožury o vyšetřovacích metodách a výkonech, které budou na očním oddělení absolvovat.

Cíl 3: Zjistit, zda jsou pacienti na lůžkové části očního oddělení spokojeni s péčí, která je jim poskytována.

Cíl 4: Zmapovat přístup sester k edukaci pacienta a její kvalitu metodou pozorování.

Cíl 5: Zjistit, zda sestry dodržují bariérový režim při aplikaci kapek.

Cíl 6: Analyzovat vedení ošetrovatelské dokumentace na oddělení.

Hypotéza 1: Předpokládám, že ošetrovatelská dokumentace je ve více než 85 % vedena správně.

Hypotéza 2: Domnívám se, že 80 % ošetrovatelské dokumentace je vyplněno podle standardu KNTB, a.s. do 12 hodin od přijetí pacienta.

7.2 Charakteristika respondentů a oblastí průzkumu

V rámci své práce jsem se rozhodla zkoumat spokojenost pacientů na oční ambulanci a lůžkové části.

Na ambulanci jsem k zjištění příslušných dat použila metodu dotazníku, kterým jsem chtěla získat co největší počet dat. Zkoumaný vzorek zde tvořili pacienti, kteří k nám chodí na vyšetření nebo zákroky a to opakovaně nebo ke konzultaci léčby.

Na lůžkové části oddělení jsem použila metodu cíleného rozhovoru (focus groups) o kterém jsem přesvědčena, že umožňuje dosáhnout vyšší účast pacienta na hodnocení spokojenosti. Tato metoda mi připadala také vhodnější z hlediska zrakového omezení u většiny našich pacientů. Navíc si myslím, že se zjistí větší množství podnětů pro zlepšení kvality v oblasti péče, než u opakující se ankety spokojenosti. Zkoumaný vzorek tvořili pacienti, kteří u nás byli hospitalizováni nejméně pět dnů.

Také jsem provedla analýzu ošetrovatelské dokumentace očního oddělení. Ta je velmi důležitou částí v rámci péče o pacienta. Jednak se z ní dají zjistit data o provedené péči, dále jsou informací pro ostatní spolupracovníky a hrají úlohu u možných soudních sporů, kde jsou důkazem, že péče provedena byla.

V rámci komplexního zpracování průzkumu jsem pozorovala i práci sester a jejich přístup k pacientům. Zaměřila jsem se na dvě oblasti v rámci ošetrovatelské péče, a to pozorování při edukci a při aplikaci oční terapie. U ní jsem chtěla současně zjistit, jak sestry dodržují standard, který jsme si sami vytvořili (Příloha P V).

7.3 Metodika průzkumu

7.3.1 Charakteristika položek dotazníku a jeho organizace v ambulanci

Před zahájením samotného průzkumu jsem udělala pilotní studii u deseti pacientů, abych se ujistila o srozumitelnosti daných otázek. Následně jsem některé z nich upravila. Šetření jsem prováděla na oční ambulanci v průběhu měsíce ledna a února. Chtěla jsem, aby respondenti měli na vyplnění dotazníku klid a necítili se ovlivňováni. Proto jsem je oslovila až po vyšetření a předala jim dotazník společně s obálkou se známkou a svojí zpáteční adresou. Vysvětlila jsem jim účel a důvody, pro které bude použit. Celkově jsem oslovila a předala dotazník 100 pacientů. Vrátilo se mi 96 dotazníků, 1 byl vyřazen pro nevyplnění všech dat.

Dotazník, který jsem používala, obsahoval 21 otázek (Příloha P I). První tři položky byly demografické - ke zjištění věku, pohlaví a vzdělání respondenta. Následovala je pak položka o počtu návštěv na naší ambulanci. Další pak již byly zaměřeny na dané téma spokojenosti respondenta. Použila jsem otázky uzavřené (1, 2, 3, 4, 7, 9, 11, 15), polouzavřené (6, 16, 17), filtrační (15) a škálové (5, 8, 10, 12, 13, 18, 19, 20, 21). Vždy jsem k nim připojila možnost doplňující otevřené odpovědi. Na závěr jsem dala položku volnou, k možnosti vyjádření vlastního názoru na provoz ambulance. K analýze dat bylo použito 95 dotazníků. Výsledky dotazníkového šetření jsem uspořádala do tabulek a grafů a vyjádřila pomocí absolutní a relativní četnosti.

Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem.

Relativní četnost je vyjádřena v procentech a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Relativní četnost f_i byla vypočítána dle vzorce: $f_i = n_i / n$ (kde n_i je absolutní četnost a n je celková četnost).

7.3.2 Charakteristika položek rozhovoru a jeho organizace na oddělení

Pro část lůžkovou jsem zvolila metodu cíleného rozhovoru. Bylo to jednak z důvodu zkusit i jiný typ výzkumu, ale také proto, že na oddělení mívají často pacienti před operací nebo v rámci různých vyšetření „rozkapané oči,“ případně je u nich z důvodu jejich onemocnění omezena zraková ostrost a vyplnění dotazníku jim působilo potíže. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru mi vyhovoval, protože jsem sice měla vytvořené určité schéma oblastí, avšak jejich pořadí jsem mohla měnit na základě vývoje rozhovoru. Dále jsem si mohla ověřit, zda jsem dobře porozuměla odpovědi, a nechat vysvětlit, jak je odpověď myšlena. U tohoto typu rozhovoru je definováno minimum témat, které se s pacienty probírá (Kutnohorská, 2009).

Pacienti, se kterými jsem prováděla průzkum, u nás museli být hospitalizováni nejméně pět dní. Vybrané respondenty jsem oslovila a zeptala jsem se, zda by mi pomohli v mém průzkumu při zjištění kvality péče na oddělení. Po obdržení jejich souhlasu jsem jim předala pozvánku s tématy, o kterých jsem s nimi chtěla mluvit, aby měli čas se připravit (Příloha P II). Měla jsem připraveno pět hlavních oblastí, které byly zaměřeny na příjem pacienta na oddělení, spokojenost s prací sester, edukace pacienta, připomínky k vybavení

oddělení a náměty ke zlepšení péče. Využila jsem možnost zvětšení velikosti písma na pozvánce tak, aby vyhovovala respondentům – vycházela jsem přitom z vyšetření zrakové ostrosti v dokumentaci pacienta. Na druhý den jsem respondenty pozvala do připravené místnosti, kde jsme nebyli rušeni. Jednalo se o sedm skupin respondentů v celkovém počtu 24 osob. Ke každé položce jsem si sama pro sebe připravila několik podotázek, ale do rozhovorů jsem zasahovala co nejméně. Spíše jsem respondenty povzbuzovala k vyjádření co nejvíce myšlenek a podnětů k daným položkám.

Před začátkem rozhovoru jsem se zeptala na souhlas s použitím diktafonu. Byla jsem ráda, že s ním respondenti souhlasili. Měla jsem tak možnost zachytit všechny jejich myšlenky, což by bylo až při následném přepisu rozhovoru hodně obtížné. Aby se mi získané názory lépe zpracovávaly, rozdělila jsem si je u prvních tří položek podle toho, zda měly spíše pozitivní či negativní vyznění. Dále jsem si jednotlivé odpovědi rozdělila podle jejich podobnosti na kategorie, které jsem nazvala podle jejich charakteristiky. Ve čtvrté položce jsem se zaměřila na získání informací ohledně stravování, vybavení sociálního zařízení, vybavení pokoje a připomínek k organizaci práce na ošetrovací jednotce. Poslední položku jsem nechala volnou k získání podnětů respondentů ke zlepšení podmínek při hospitalizaci. Výsledky jsem zpracovala do tabulek a grafů. Pro lepší přehlednost odpovědí pacientů jsem použila graf řádkový.

7.3.3 Pozorování práce sester

Pozorování se dělí na přímé, tedy bezprostřední a systematické pozorování jevů, procesů a činností, a nepřímé. Rozeznáváme pozorování nezúčastněné, kdy se pozorovatel v ději sám neangažuje, a zúčastněné, kdy se stává součástí zkoumaného prostředí. Dále podle vztahu pozorovatele k objektům rozeznáváme pozorování skryté a zjevné (Bártlová, 2000). Volila jsem metodu skrytého pozorování, aby sestry pracovaly tak, jak jsou běžně zvyklé.

Na začátku vlastního pozorování jsem si připravila pozorovací list pro každou sestru. Na něm jsem měla v tabulce kritéria, které jsem u pozorování sledovala. Tak jsem mohla rychle zaznamenávat jejich plnění a případně další své postřehy.

První oblastí bylo pozorování práce sestry při edukaci. Pozorovací list jsem si zpracovala podle směrnice KNTB, a.s. SM 01-01/01 Edukace pacienta (Příloha P III). Mým cílem bylo zmapovat spokojenost pacientů s přístupem sestry při provádění edukace. Současně jsem

využila této možnosti ke zjištění, jak je sestra na činnost připravena, jaké používá pomůcky, jak provádí samotný edukační proces. Také jsem kontrolovala, jak jsou provedeny zápisy do edukačního záznamu, a zda splňují všechny náležitosti. Poté jsem si v praxi ověřovala, že pacient rozuměl všemu, co mu sestra řekla a umí získané znalosti použít v praxi.

Další zkoumanou oblastí byla aplikace oční terapie. Ta by měla být právě na našem oddělení prováděna na vysoké úrovni. Chtěla jsem zjistit, jak sestry dodržují standard, který jsme si sami zpracovali (Příloha P V). Nejvíce mě zajímalo dodržování bariérového režimu při aplikaci léčby. Pozorovací záznam (Příloha P IV) jsem si vytvořila na základě auditu k tomuto standardu (Příloha P VI).

7.3.4 Analýza dokumentace pro ošetrovatelskou péči

Zákoník práce stanovuje vedoucím pracovníkům povinnost organizovat, řídit a kontrolovat a posuzovat práci podřízených a jejich výsledky (Hlava II, § 302). Z tohoto ustanovení vyplývá oprávněnost, ale hlavně povinnost vrchních a staničních sester kontrolovat správnost vedení ošetrovatelské dokumentace a podle zjištěných výsledků kontroly přijímat opatření. Kontrola ošetrovatelské dokumentace je tedy i v mé náplni práce jako vrchní sestry.

V případě nesprávně vyplněné dokumentace může být nadřízený pracovník postizen, že dostatečně neplní své povinnosti podle zákona. Každá sestra ale musí vědět, co má dokumentace obsahovat a jak se vyplňuje. Není omluvou říct, že o tom nic neví, protože tyto znalosti se učí již ve škole.

Kontrolní kritéria k analýze dokumentace jsem si připravila podle směrnice SM 01 – 02/02 Řízení zdravotnické dokumentace KNTB, a.s. (Příloha P VII).

8 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Při hodnocení výsledků jednotlivých položek, jsem pro větší přehlednost použila dva typy grafů: koláčový, pokud respondent měl možnost pouze jedné odpovědi, a řádkový v případech, kdy byla možnost zvolit více odpovědí.

8.1 Zpracování dotazníku

Položka č. 1 – Váš věk?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
19-29 let	9	9,47 %
30-39 let	9	9,47 %
40-49 let	11	11,58 %
50-59 let	10	10,52 %
60-69 let	19	20,00 %
70-79 let	26	27,37 %
80-89 let	11	11,58 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 1 - Věk respondentů na oční ambulanci

Z 95 (100 %) respondentů bylo 9 (9,4 %) osob mladších 30 let, 9 (9,4 %) dosahovalo věku 30-39 let, ve věku 40-49 let - 11 (11,58 %) respondentů, ve věku 50-59 let 10 (10,53 %), ve věku 60-69 let 19 (20 %) respondentů, největší skupina byla ve věku 70-79 celkem 26 (26,37 %) a poslední skupina byla ve věku 80-89 let v počtu 11 (11, 58 %) respondentů.

Položka č. 2 – Pohlaví

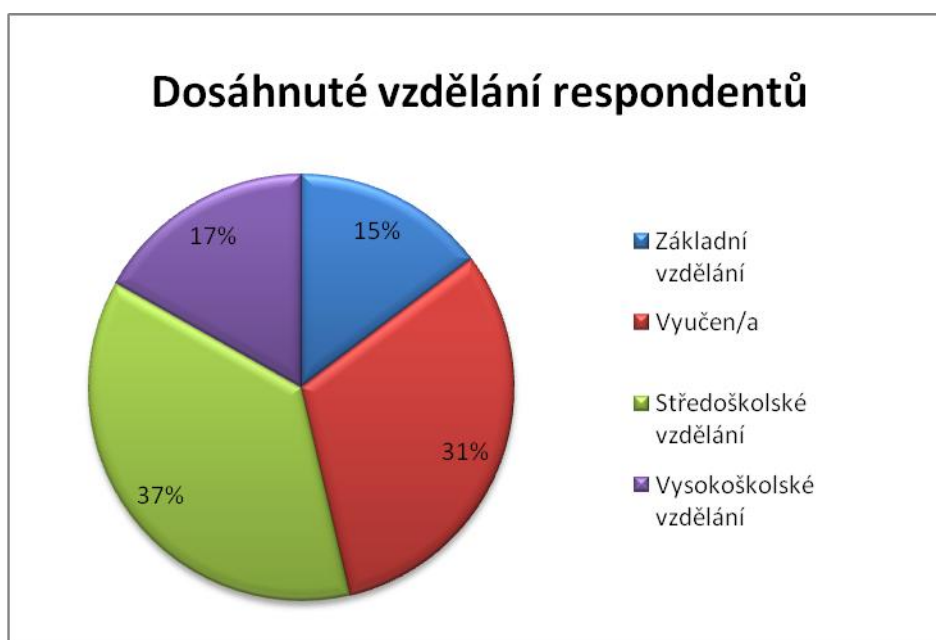
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	37	38,95 %
Ženy	58	61,05 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 2 - Pohlaví respondentů na oční ambulanci

Z celkového počtu 95 (100 %) na otázky odpovídalo 37 (38,5 %) mužů a 58 (61,05 %) žen.

Položka č. 3 – Vzdělání respondentů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	14	14,74 %
Vyučen/a	30	31,58 %
Středoškolské vzdělání	35	36,84 %
Vysokoškolské vzdělání	16	16,84 %
Celkem	95	100,00 %

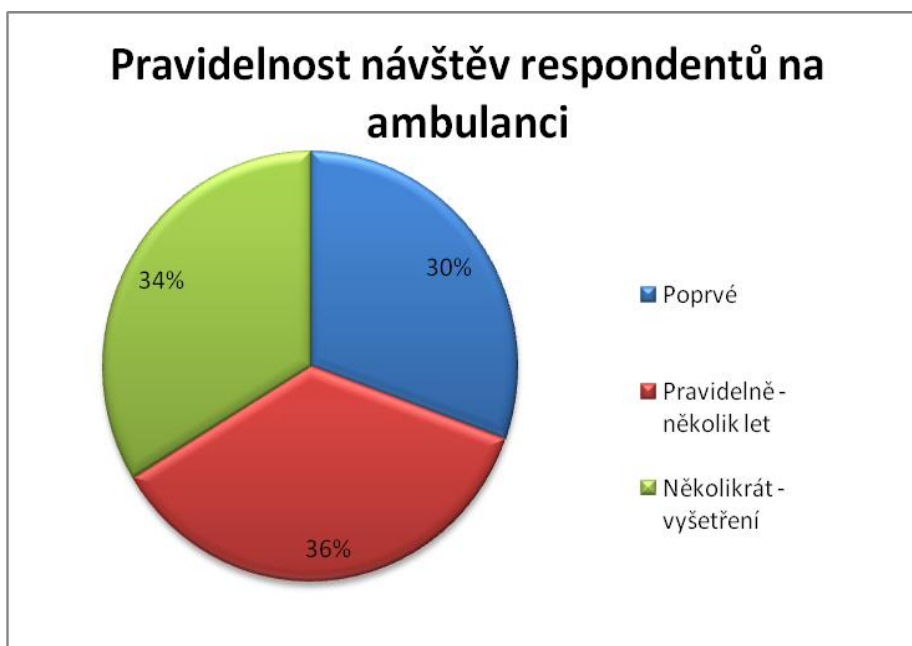
Tabulka 3 - Vzdělání respondentů na oční ambulanci*Graf 1 - Vzdělání respondentů*

Z celkového počtu 95 respondentů mělo základní vzdělání 14 (14,74 %), vyučeno bylo 30 (31,58 %) respondentů. Středoškolské vzdělání získalo 35 (36,84 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání dosáhlo 16 (16,84 %) respondentů.

Položka č. 4 – Na naší ambulanci jste:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	29	30,53 %
Pravidelně - několik let	34	35,79 %
Několikrát - vyšetření	32	33,68 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 4 - Počet a pravidelnost návštěv na oční ambulanci



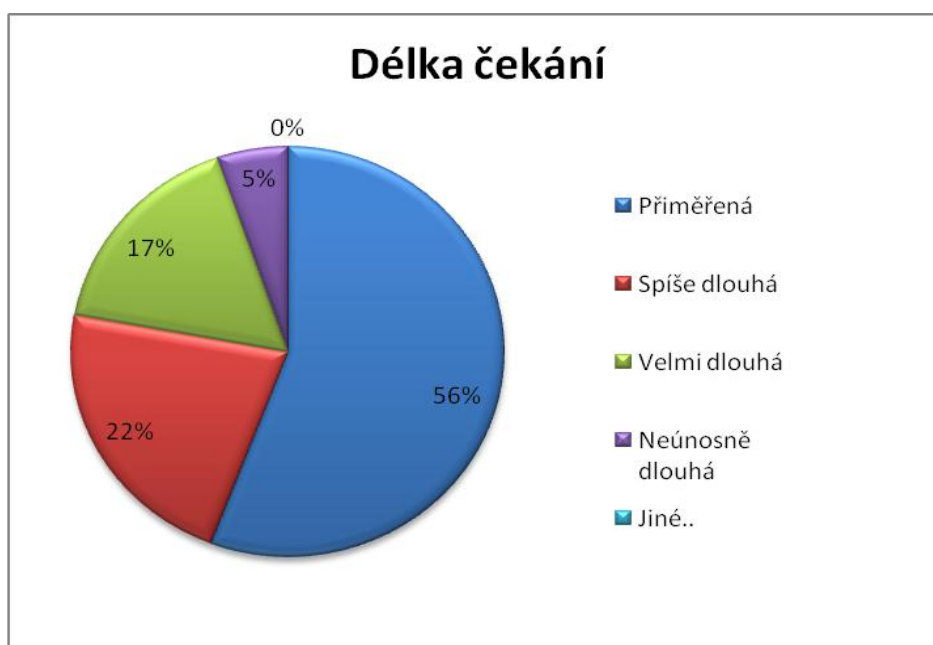
Graf 2 - Pravidelnost návštěv na oční ambulanci

Z celkového počtu respondentů bylo našich pravidelných pacientů 34 (35,79 %) respondentů, poprvé zde bylo 29 (30,53 %) a několikrát na vyšetření 32 (33,68 %) respondentů. V každé oblasti byla přibližně jedna třetina celkového počtu, což bylo dobré k možnosti získání informací od všech skupin, které k nám přicházejí na ambulanci.

Položka č. 5 – Délka čekání je zde pro Vás:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přiměřená	53	55,79 %
Spíše dlouhá	21	22,11 %
Velmi dlouhá	16	16,84 %
Neúnosně dlouhá	5	5,26 %
Jiné...	0	0,00 %
Celkem	95	77,89 %

Tabulka 5 - Délka čekací doby



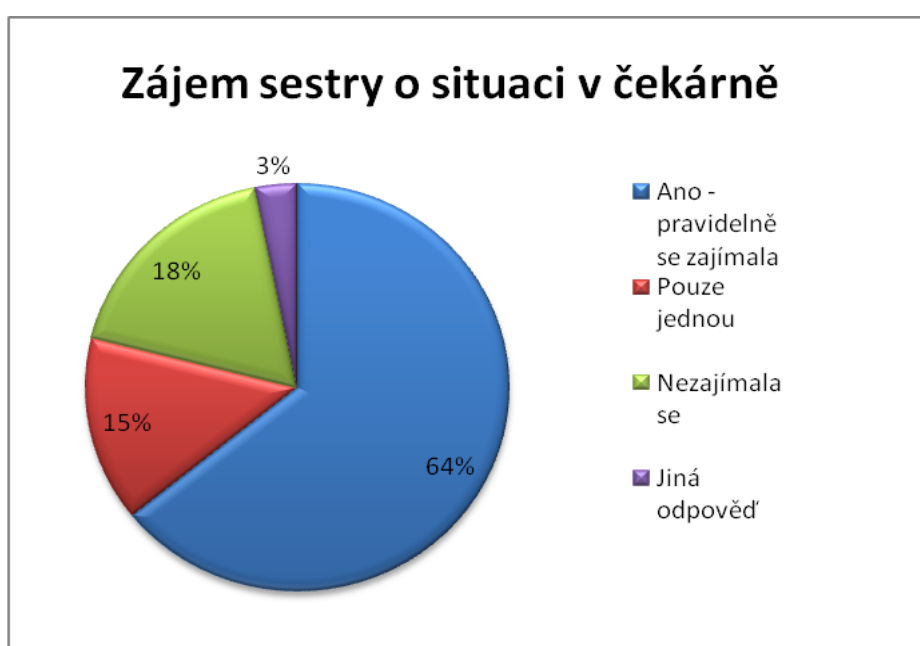
Graf 3 - Délka čekací doby

V této položce jsem zjišťovala, jak pacienti vnímají délku čekací doby. Pokud je pacient objednan, vždy předpokládá, že bude v určitou hodinu také vyšetřen. Je sice pravdou, že 53 respondentů (55,79 %) pokládá čekací dobu za přiměřenou, ale ostatní již hodnotí délku čekání negativně. Za spíše dlouhou ji považuje 21 (22,11 %), za velmi dlouhou 16 (16,84 %) a za neúnosně dlouhou 5 (5,26 %) respondentů, což je dohromady 44,20 %. Je nutné zlepšení této situace, protože dlouhé čekání dokáže pacienty odradit od opakované návštěvy a jde tam, kde je čekání kratší.

Položka č. 6 – Zajímala se sestra pravidelně o situaci v čekárně?

Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - pravidelně se zajímala	61	64,21 %
Pouze jednou	14	14,74 %
Nezajímala se	17	17,89 %
Jiná odpověď	3	3,16 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 6 - Zájem sestry o situaci v čekárně



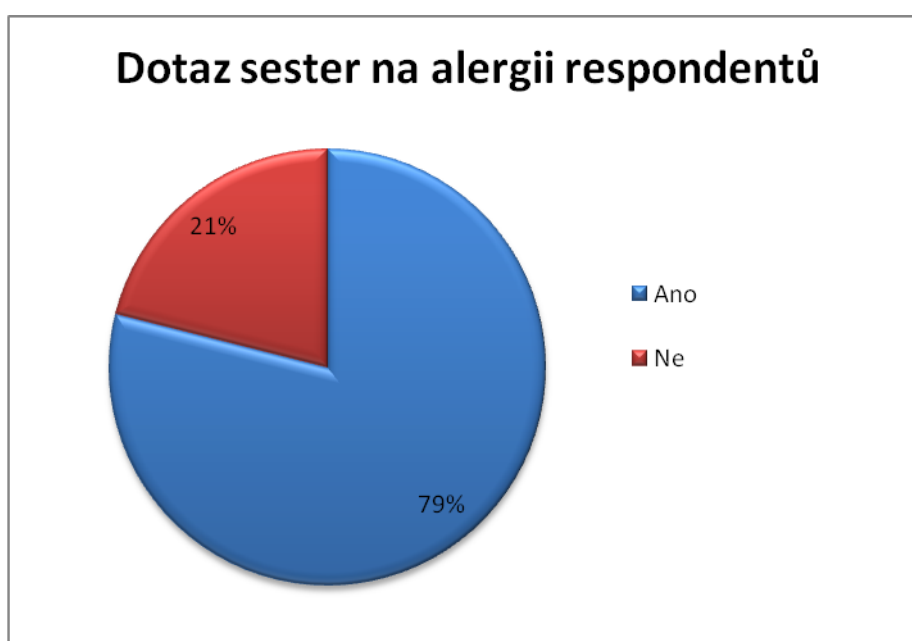
Graf 4 - Zájem sestry o situaci v čekárně

V této položce respondenti hodnotili zájem sestry o stav a situaci v čekárně. 61 (64,5 %) respondentů se vyjádřilo, že sestra pravidelně situaci kontrolovala, 14 (14,74 %) respondentů uvedlo, že sestra přišla pouze jednou a 17 (17,89 %) že se sestra o situaci vůbec nezajímala. Ve volné odpovědi se 3 (3,16 %) vyjádřili – cituji: „sestra se opravdu velmi intenzivně zajímala, jak dlouho tu čekáme,“ dále: „občas se přišla zeptat, zda něco nepotřebujeme, ale nepokládám to za pravidelné“. Jeden respondent pak červeně do dotazníku napsal, že přednostně vzala své známé a nic víc ji nezajímalo.

Položka č. 7 – Zeptala se Vás sestra na to, zda jste alergický/á na nějaký přípravek?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	75	78,95 %
Ne	20	21,05 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 7 - Dotaz na alergii



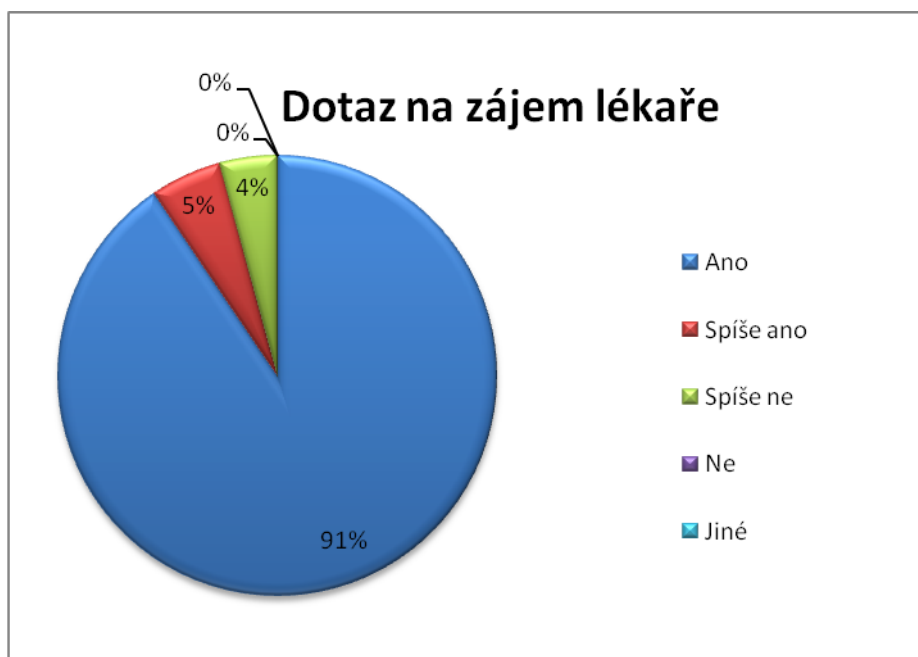
Graf 5 - Dotaz na alergii

K této položce mě vedl zájem o zjištění, zda se sestra před aplikací kapek zeptá pacienta na alergii. Stává se často, že pacient přichází na objednané vyšetření nebo zákrok. Telefonicky je volán lékař, a ten žádá rozkapání zorničky do mydriázy, podání léku ke snížení nitroočního tlaku apod. Dotaz na alergii je pak nezbytný. V odpovědi na položku respondenti uvedli, že se sestra zeptala 75 (78,95 %) z nich a nezeptala se 20 (21,05 %).

Položka č. 8 – Měl/a jste pocit, že se Vaším problémem a vyšetření lékař věnoval s dostatečným zájmem?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	86	90,53 %
Spíše ano	5	5,26 %
Spíše ne	4	4,21 %
Ne	0	0,00 %
Jiné	0	0,00 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 8 - Dotaz na zájem lékaře na ambulanci



Graf 6 - Dotaz na zájem lékaře

V této položce jsem zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni se zájmem lékaře o jejich problém. Budu tak mít možnost srovnání pocitů respondentů o péči ze strany sestry. 86 (90,53 %) respondentů je spokojeno, spíše spokojeno je 5 (5,26 %). Spíše nespokojeni jsou 4 (4,21 %) respondenti. Žádný neuvádí nespokojenost ani se nevyjádřil ve volné odpovědi. Myslím si, že s těmito odpověďmi můžeme být spokojeni.

Položka č. 9 – Představil se vám lékař nebo sestra, který vás vyšetřoval/a nebo Vám prováděla vyšetření ?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
LÉKAŘ		
Ano	70	73,68 %
Ne	25	26,32 %
Celkem	95	100,00 %

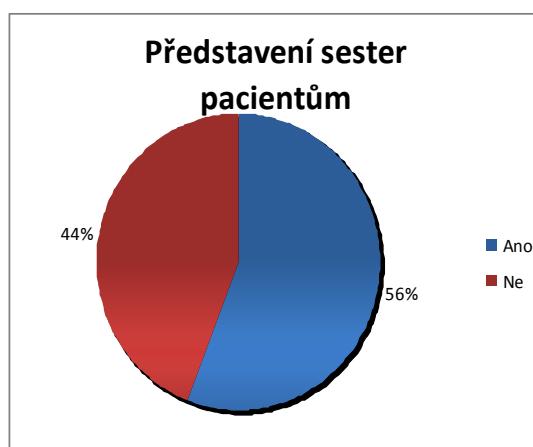
Tabulka 9 - Představení se u lékařů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
SESTRA		
Ano	53	55,79 %
Ne	42	44,21 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 10 - Představení se u sester



Graf 7 - Představení se lékaře



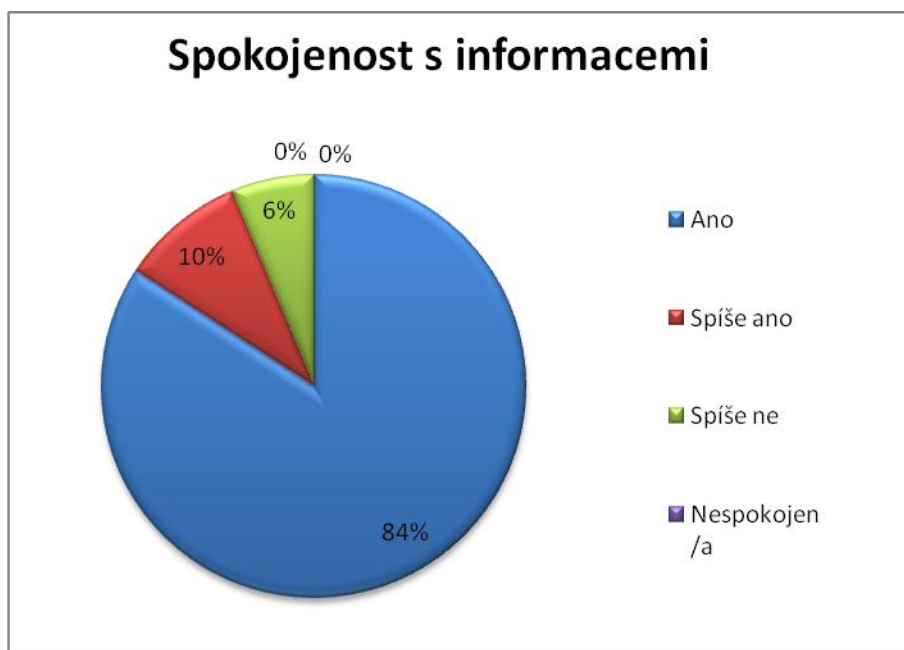
Graf 8 – Představení se sestry

V této položce jsem si srovnávala, kdo se častěji představuje pacientům. Víím, že to není povinnost, ale pacient má právo znát jméno toho, kdo o něj pečuje. Navíc to také na něho lépe působí. Jak respondenti uvádí, 70 (73,68 %) lékařů se představuje, 25 (26,3 %) bylo ne. U sester je situace horší, představuje se 53 (55,79 %) a nepředstavuje se 42 (44,21 %) sester.

Položka č. 10 – Byl/a jste spokojen/a ze strany lékaře s informacemi o Vaší nemoci, zákroku, léčebných postupech?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	80	84,21 %
Spíše ano	9	9,47 %
Spíše ne	6	6,32 %
Nespokojen/a	0	0,00 %
Velmi nespokojen/a	0	0,00 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 11 - Spokojenost s informacemi od lékaře



Graf 9 - Spokojenost s informacemi od lékaře

Spokojenost s podanými informacemi ze strany lékaře uvádí 80 (84,21 %), spíše spokojeno bylo 9 (9,4 %). Spíše nespokojeno bylo 6 (6,32 %) respondentů. Žádný nevedl, že je nespokojen nebo velmi nespokojen s informacemi od lékaře. Jeden respondent se vyjádřil ve volné odpovědi, že mu chyběl osobnější přístup a dále měl připomínku, že lékařka nedokáže nebo neumí vysvětlit, v čem spočívá nadstandardní typ operace (jiný operační postup, kvalita materiálu, lepší kvalita zraku po operaci)

Položka č. 11 – Byl/a jste dotázán/a, zda souhlasíte se zákrokem nebo s vyšetřením, které Vám bylo prováděno?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	89	93,68 %
Ne	6	6,32 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 12 - Informovaný souhlas



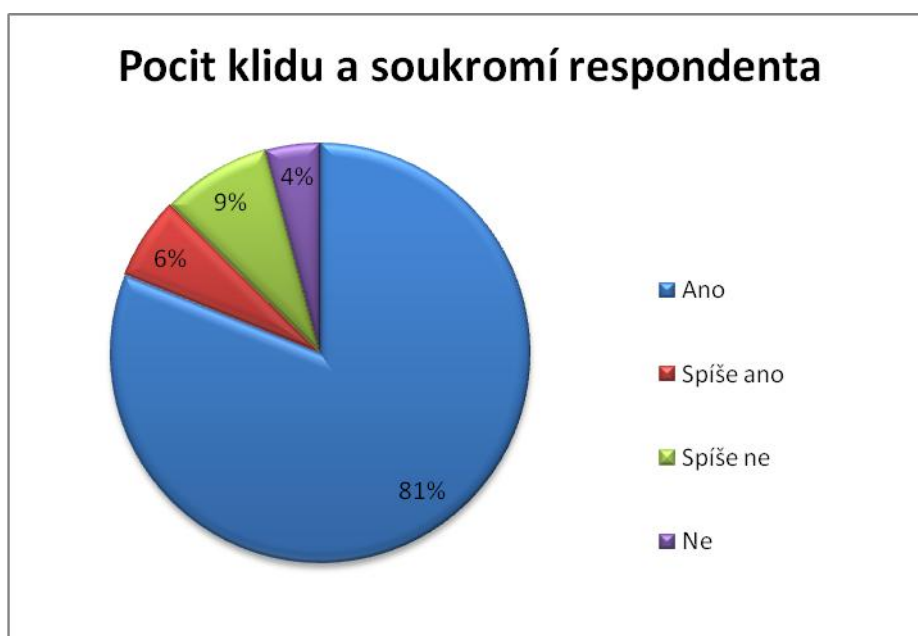
Graf 10 - Informovaný souhlas

V této položce jsem zkoumala, zda jsou pacienti tázáni na souhlas s výkonem či vyšetřením. Kladně odpovědělo 89 (93,68 %) respondentů, záporně 6 (6,32 %) respondentů.

Položka č. 12 – Měl/a jste během vyšetření lékařem dostatečný pocit klidu a soukromí?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	77	81,05 %
Spíše ano	6	6,32 %
Spíše ne	8	8,42 %
Ne	4	4,21 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 13 - Pocit soukromí při vyšetření lékařem



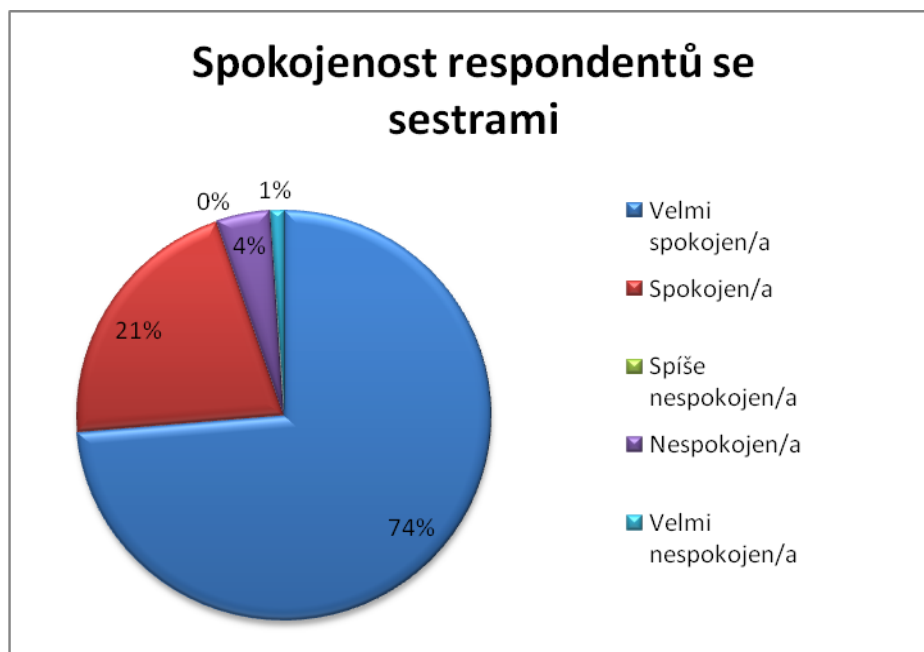
Graf 11 - Pocit klidu a soukromí při vyšetření lékařem

Dostatečný pocit klidu a soukromí udává 77 (81,05 %). Spíše dostatečný pocit soukromí mělo 6 (6,32 %) respondentů. Spíše nedostatečný pocit soukromí mělo 8 (8,42 %) respondentů a pocit nedostatečného soukromí měli 4 (4,21 %) respondentů. Jako důvody své nespokojenosti udávají neustále otevřené dveře při vyšetření a příchody druhého lékaře nebo sestry do vyšetřovacího boxu.

Položka č. 13 – S chováním a jednáním sester na ambulanci jste byl/a:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi spokojen/a	70	73,68 %
Spokojen/a	20	21,05 %
Spíše nespokojen/a	0	0,00 %
Nespokojen/a	4	4,21 %
Velmi nespokojen/a	1	1,05 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 14 - Spokojenost s chováním sester



Graf 12 - Spokojenost s chováním sester

V této položce byla zjišťována spokojenost respondentů s chováním sester. Velmi spokojeno bylo 70 (73,68 %) respondentů, spokojenost udává 20 (21,05 %). Žádný nenapsal, že byl spíše nespokojen, ale nespokojeni byli 4 (4,21 %) respondentů a 1 (1,05 %) respondent udává velkou nespokojenost. Následně jako důvody své nespokojenosti udávají: rozhovory sester o soukromých věcech před pacienty, používání mobilů.

Položka č. 14 – Jak byste zhodnotil/a vysvětlení sester o přípravě k vyšetření, k výkonu?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostatečné	63	66,32 %
Spíše dostatečné	12	12,63 %
Spíše nedostatečné	15	15,79 %
Nedostatečné	5	5,26 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 15 - Informace od sester



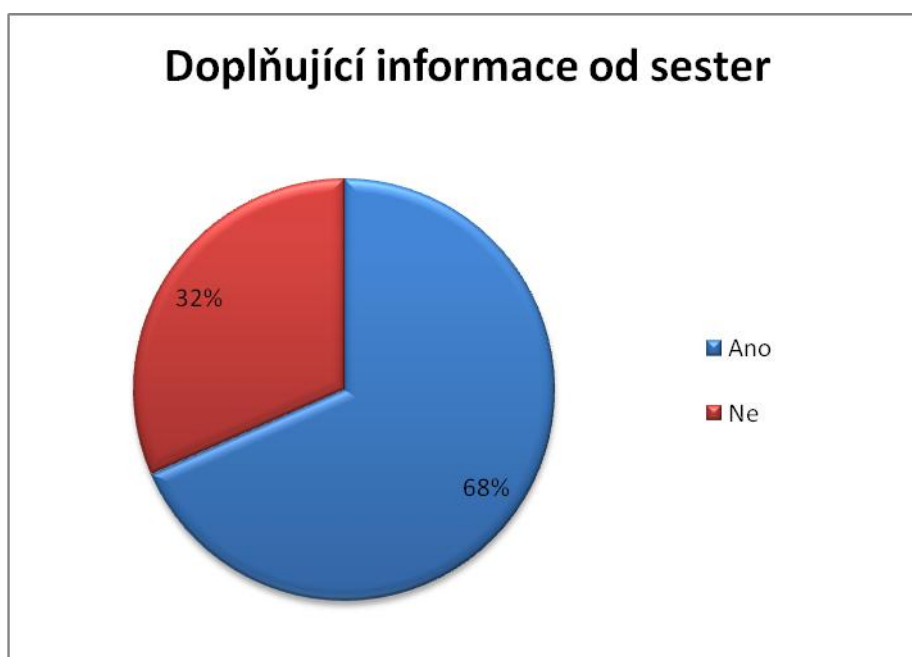
Graf 13 - Informace od sester

Jako dostatečné hodnotí vysvětlení sester 63 (66,32 %) respondentů, jako spíše dostatečné 12 (12,63 %), jako spíše nedostatečné 15 (15,79 %) respondentů. Nedostatečné vysvětlení se objevuje u 5 (5,26 %) respondentů. Z dalších volných odpovědí vybírám opět zvonění mobilu, přerušení příchodem další sestry, sestra mluvila rychle a respondent jí nerozuměl. Je také udáván nedostatek soukromí při poskytování informací.

Položka č. 15 – Využil/a jste možnost se zeptat na doplňující informace v případě, že Vám něco nebylo jasné?n

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	65	68,42 %
Ne	30	31,58 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 16 - Doplňující informace od sester



Graf 14 - Doplňující informace od sester

Tato položka byla filtrační, pokud respondent odpověděl ne, odpovídal na položku číslo 16, jinak přecházel k položce číslo 17.

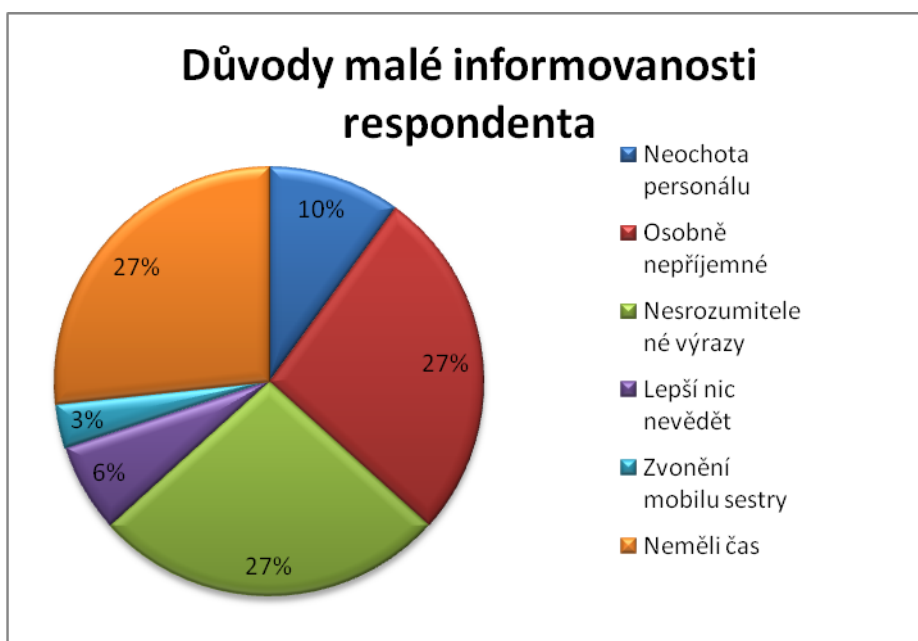
Respondenti odpověděli kladně v 65 (68,42 %) případech. Zápornou odpověď mělo 30 (31,58 %) respondentů.

Pokud jste na předcházející otázku odpověděl „ne,“ prosím o odpověď na následující otázku. Pokud jste odpověděl „ano,“ na tuto otázku neodpovídejte.

Položka č. 16 – Jsou důvodem Vaší předešlé odpovědi:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neochota personálu	3	10,00 %
Osobně nepříjemné	8	26,67 %
Nesrozumitelné výrazy	8	26,67 %
Lepší nic nevědět	2	6,67 %
Zvonění mobilu sestry	1	3,33 %
Neměli čas	8	26,67 %
Celkem	30	100,00 %

Tabulka 17 - Důvody pro nedání dotazu



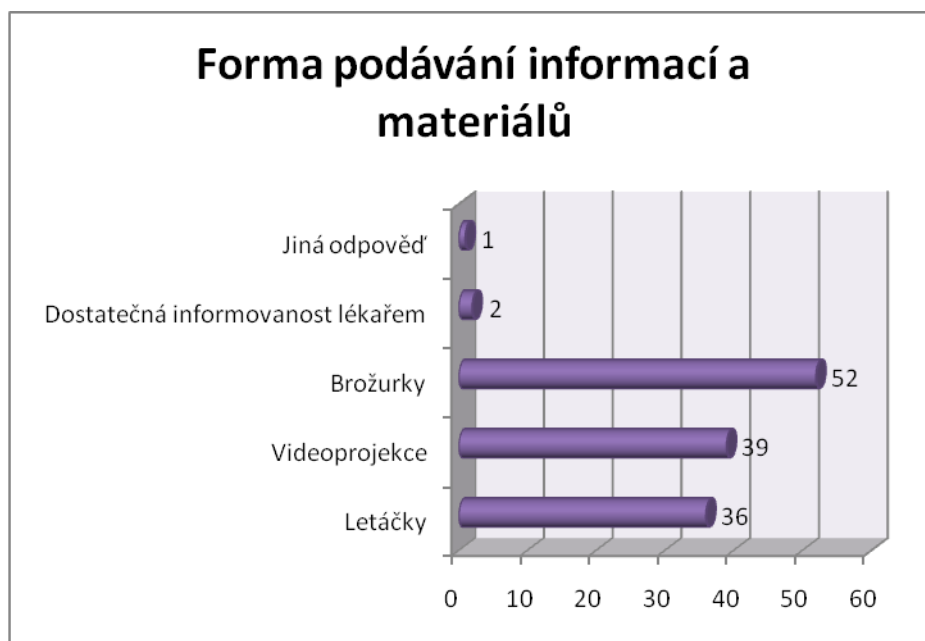
Graf 15 - Důvody pro nedání dotazu

V této otázce odpovídali je respondenti, kteří v předcházející otázce odpověděli ne. Tím se absolutní četnost snížila na 30 odpovědí. V nich byly udávány jako důvody neochota personálu ve 3 (10 %) odpovědích, dále používání odborných výrazů v 8 (26,67 %) odpovědích na toto položku. Dalším 8 (26,67 %) je to osobně nepříjemné, u 2 (6,67 %) je odpovědí, že je lepší nic nevědět, a dalších 8 respondentů uvádí ve volné odpovědi, kterou jsem si zpracovala i do grafu, že viděli, že sestry nemají čas (26,67 %) a znovu se opakuje zvonění mobilu u 1 (10 %) respondenta. Měli bychom si uvědomit, že pacient nerozumí výrazům, které jsou pro nás běžné.

Položka č. 17 – Uvítal/a byste možnost získání více informací a materiálů v ambulantní čekárně typu (můžete zaškrtnout i více odpovědí):

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Letáčky	36	27,69 %
Videoprojekce	39	30,00 %
Brožurky	52	40,00 %
Dostatečná informovanost lékařem	2	1,54 %
Jiná odpověď	1	0,77 %
Celkem	130	100,00 %

Tabulka 18 – Informační materiály



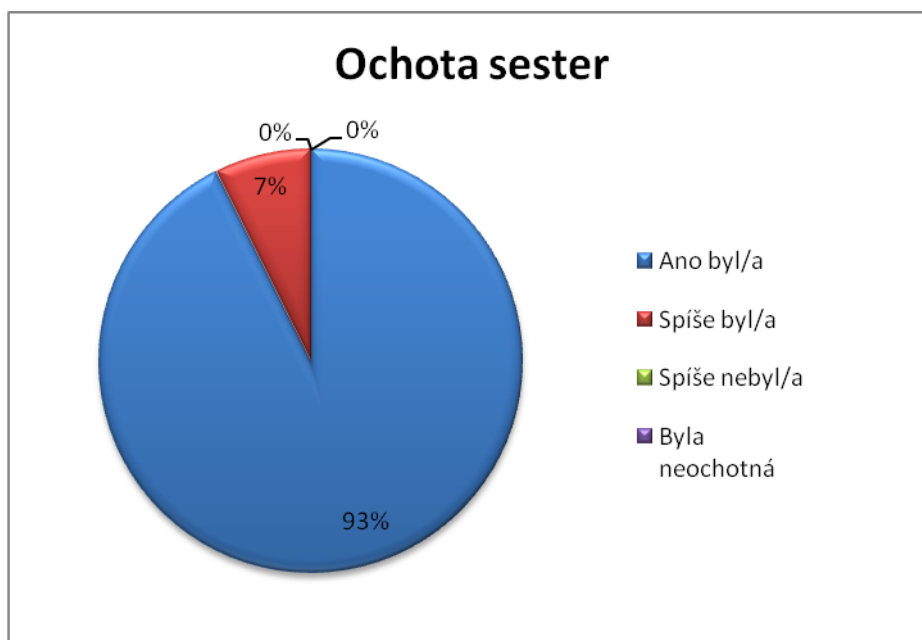
Graf 16 - Informační materiály

Respondent měli možnost i více odpovědí, proto se absolutní četnost navýšila na 130. Největší zájem byl o informační brožury a to u 53 (40,77 %) respondentů, videoprojekci by uvítalo celkem 42 (32,31 %) respondentů. Letáčky o vyšetření by uvítalo 32 (24,62 %) respondentů. V jiné odpovědi udávají 2 respondenti (1,54 %) že je to zbytečné, protože všechny informace ví od lékaře a 1 (0,77 %) respondent udává, že se má ve zdravotnictví šetřit a nevyhazovat peníze za papír. Dále pak udává, že by se videoprojekce měla pouštět místo TV, kde jsou jen nic neříkající seriály USA. Letáčky jsou podle něj vhodnější pro čekárny u privátních lékařů, my bychom měli mít „nahrané informace do televize.“

Položka č. 18 – Byl/a sestra vždy ochotná pomoc, pokud jste ji o to požádal?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano byl/a	88	92,63 %
Spíše byl/a	7	7,37 %
Spíše nebyl/a	0	0,00 %
Byla neochotná	0	0,00 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 19 - Ochota a pomoc od sestry



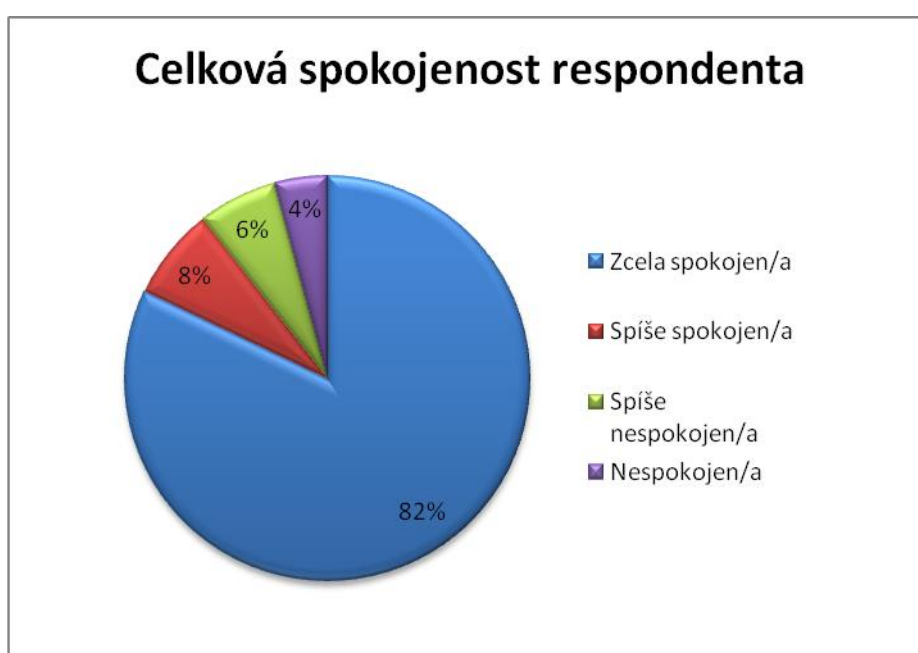
Graf 17 - Ochota a pomoc od sestry

V této položce jsem chtěla zjistit, zda byla sestra ochotna pomoc, když to respondenti potřebovali a zda neměli obavy ji o pomoc požádat. Jsem ráda, že 88 (92,63 %) respondentů udává ochotu sestry pomoc a 7 (7,37 %) možnost, že spíše byla. Negativní typ odpovědi nezazněl ani jednou.

Položka č. 19 – Jak jste celkově spokojen/a s návštěvou oční ambulance?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela spokojen/a	78	82,11 %
Spíše spokojen/a	7	7,37 %
Spíše nespokojen/a	6	6,32 %
Nespokojen/a	4	4,21 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 20 - Spokojenost s návštěvou ambulance



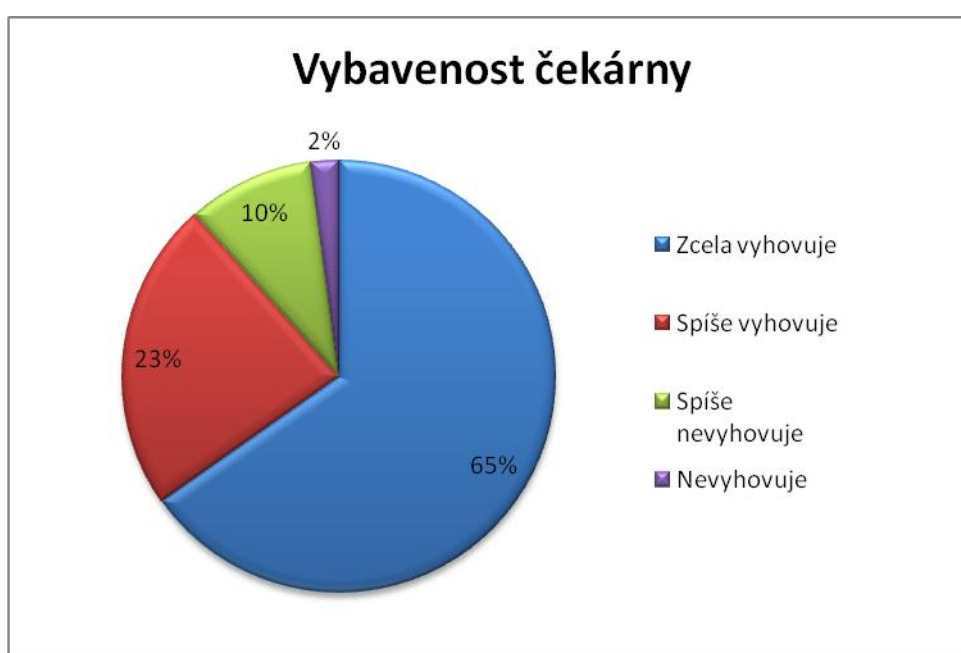
Graf 18 - Spokojenost s návštěvou ambulance

Cílem této položky bylo zjistit celkovou spokojenost respondentů s návštěvou na oční ambulanci. Celkem 78 (82,11 %) respondentů udává, že byli zcela spokojeni, 7 (7,37 %) označilo odpověď, že byli spíše spokojeni. Spíše nespokojeno bylo 6 (6,32 %) respondentů a nespokojeni byli 4 (4,21 %) respondenti. Jako důvod je udáván špatný přístup lékaře k ostatním pacientům, čehož byl respondent svědkem, znovu je opakována dlouhá čekací doba a málo soukromí. Dále jedna respondentka udává, že byla informována, že bude dobře vidět do dálky a do blízka bude nosit brýle a přitom je to přesně naopak.

Položka č. 20 – Vybavení naší čekárny je podle všeho názoru:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zcela vyhovuje	62	65,26 %
Spíše vyhovuje	22	23,16 %
Spíše nevyhovuje	9	9,47 %
Nevyhovuje	2	2,11 %
Celkem	95	100,00 %

Tabulka 21 - Vybavení čekárny



Graf 19 - Vybavení čekárny

V této položce udává spokojenost s vybavením 62 (65,26 %) respondentů, spíše vyhovuje 22 (23,16 %) respondentům. V 9 (9,47 %) případech pokládají respondenti vybavení za spíše nevyhovující a nevyhovuje 2 (2,11 %) respondentů. Jako důvody ve volné odpovědi následně uvádějí málo prostoru, společnou šatnu s muži, spolu s dodatkem, že zde není bezbariérové WC na obou ambulancích, toaletní papír nebo ručníky. Také že je koženkové sedačky v chodbě pálí do zad a člověk se potí.

Položka č. 21 – Mohl/a byste nám sdělit, co se Vám líbilo nebo nelíbilo, co bychom měli zlepšit v naší ambulanci? Prosím o konkrétní příklady, popř. pocity, co jste postrádal/a.

Tato položka byla otevřená. Zazněly kladné i záporné odpovědi a připomínky. Některé cituji:

„Nelíbil se mi hluk, pobíhání sester, které do sebe vrážely. Chtělo by to lepší organizovanost.“

„Moc děkuji Vám všem za krásný přístup. S prvním okem jsem byl na operaci v soukromém zařízení, kde jsem si připadal jak na pásové výrobě. Lékařka se ani nepředstavila a při mé operaci se bavila se sestrami. Navíc tam byl velký hluk. Tady mě sestřička pohladila, řekla mi, ať se nebojím. Všem Vás budu doporučovat.“

„Se vším jsem spokojena, ráda sem jezdím. Líbí se mi automat na kávu za lidové ceny“.

„Přístup personálu a ošetřujících lékařů jak v ambulanci, tak i v lůžkové části dávám za příklad ostatním. Hlavně je krásný přístup k přestárlým pacientům.“

„Byl jsem pouze pacientem na ambulanci, což je krátká doba k poznání. Doporučuji směřovat dotazy na pacienty v lůžkové části.“

„Ve svém životě jsem poznal a potkal i ve svém zaměstnání tak i u lékařů a v nemocnicích 99 % slušných lidí. Nevím, co by se u vás ještě dalo zlepšit. Jsem u vás spokojen.“

„Máme možnost srovnat přístup Ostravy a zdejší nemocnice. V Ostravě jsme navštívili během let minimálně 7 lékařů a jsme vděční, že sem můžeme jezdit na vyšetření. Děkujeme.“

„Byla jsem spokojená a mile překvapená, pěkné prostředí, příjemný personál.“

„Automat výběru poplatků zahajuje provoz až od 7 hodin, což vzbuzuje u pacientů objednaných na 6.30 hodin negativní reakce, zejména jedná-li se o první návštěvu.“

„V čekárně větší počet míst na sezení. Jinak jsem spokojena s úložnými prostory pro osobní věci.“

„V některých částech bych přidala více míst na sezení. Nechala bych objednat barely s vodou zdarma, kterou mohou lidé kdykoliv popíjet, hlavně staří.“

„Jsem velmi spokojena s vaším přístupem k nám pacientům. Jen tak dál. Těšíme se na další setkání s vámi.“

„Proč jsem objednaná na ráno, když výkon se dělá až v poledne. Čekání je dlouhé až únavné a neúnosné. Nejsem ze Zlína a vozí mě syn. I vůči němu je mi to nepříjemné.!

„Byla jsem tu zatím dvakrát. Jsem z vás nadšená a všem vám věřím.

8.2 Zpracování rozhovoru na oddělení

Demografické údaje

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
25-40 let	6	25,00 %
41-50 let	6	25,00 %
51-60 let	6	25,00 %
61-70 let	6	25,00 %
Celkem	24	100,00 %

Tabulka 22 - Věk respondentů na oddělení

Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů bylo vždy po 6 ve všech věkových skupinách a to věku od 25- 40 let,(25 %) ve skupině od 41–50 let (25 %), stejně tak tomu bylo i ve skupině, od 51–60, (25 %)a v poslední skupině od 61–70 let.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	10	41,67 %
Ženy	14	58,33 %
Celkem	24	100,00 %

Tabulka 23 - Pohlaví respondentů na oddělení

Rozhovoru se zúčastnilo 10 (41,67 %) mužů a 14 (58,33 %) žen.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	2	8,33 %
Vyučen/a	8	33,33 %
Středoškolské vzdělání	7	29,17 %
Vysokoškolské vzdělání	7	29,17 %
Celkem	24	100,00 %

Tabulka 24 - Vzdělání respondentů na oddělení

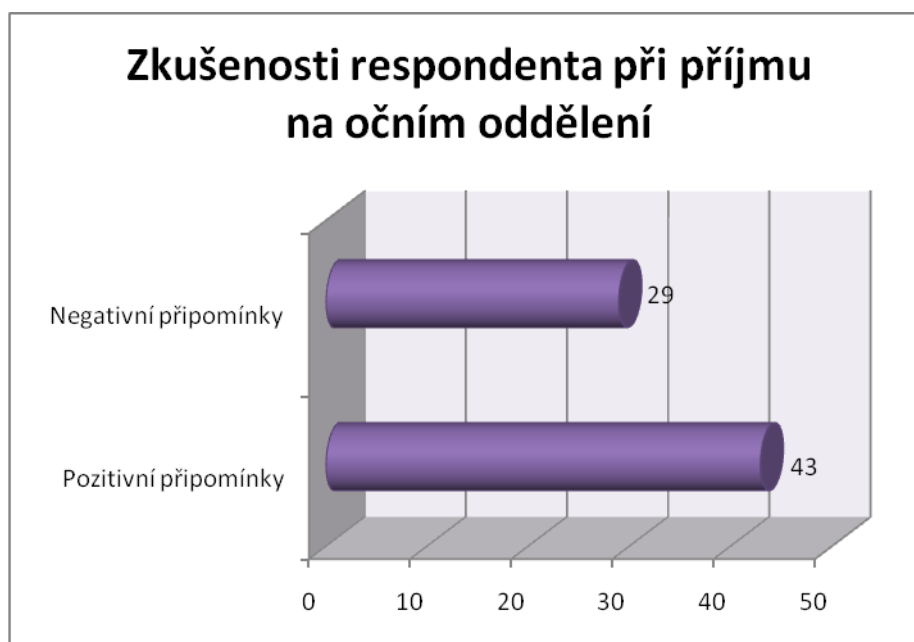
Základní vzdělání měli 2 (8,33 % respondentů), vyučeno bylo 8 (33,33 %) respondentů, středoškolské vzdělání mělo 7 (29,17 %) respondentů a stejný počet byl i respondentů, kteří měli vysokoškolské vzdělání

U 1. – 3. položky rozhovoru měli respondenti vždy možnost říct více odpovědí jak v pozitivním, tak negativní kategorii. Proto se zde měnila absolutní četnost vždy podle počtu odpovědí.

Položka č. 1 Zkušenosti respondenta při příjmu na očním oddělení

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní připomínky	43	59,72 %
Negativní připomínky	29	40,28 %
Celkem	72	100,00 %

Tabulka 25 - Rozdělení zkušeností u příjmu

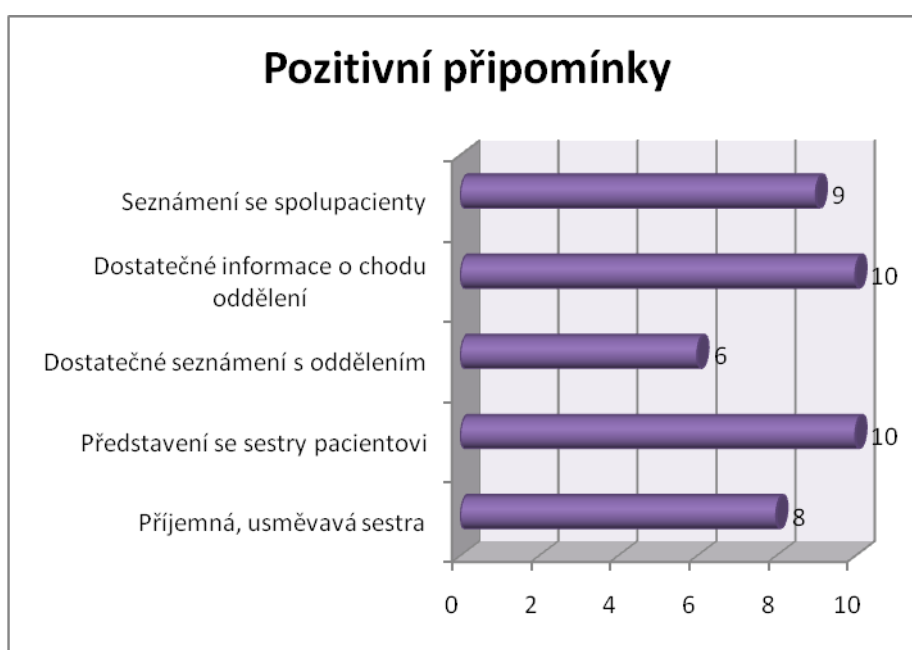


Graf 20 - Zkušenosti při příjmu na oddělení

Respondenti měli možnost více odpovědí, absolutní četnost se navýšila na 72. Z odpovědí při přijetí pacienta na oddělení je 43 (59,72 %) pozitivních zkušeností a 29 (40,24 %) negativních zkušeností.

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Příjemná, usměvavá sestra	8	18,60 %
Představení se sestry pacientovi	10	23,26 %
Dostatečné seznámení s oddělením	6	13,95 %
Dostatečné informace o chodu oddělení	10	23,26 %
Seznámení se spolupacienty	9	20,93 %
Celkem	43	100,00 %

Tabulka 26 - Pozitiva u příjmu pacientů na oddělení

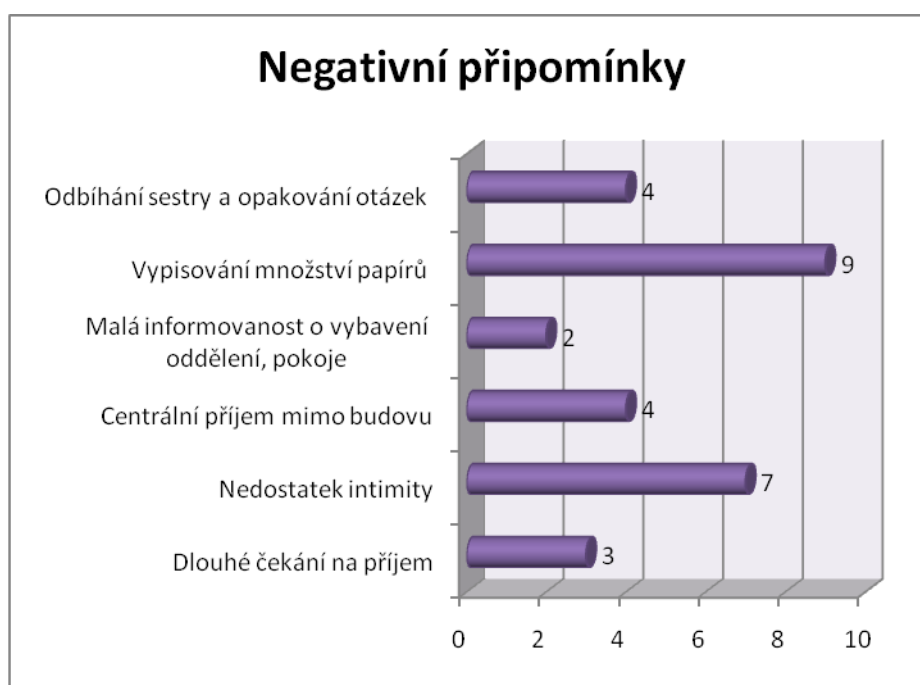


Graf 21 - Pozitiva u příjmu pacientů na oddělení

Při rozdělení absolutní četnosti 72 odpovědí bylo 43 odpovědí pozitivních. Toto číslo je bráno jako absolutní četnost u pozitivních připomínek. K pozitivním zkušenostem patří odpovědi 8 (18,60 %) příjemná, usměvavá sestra, 10 (23,26 %) představení sestry u příjmu, 6 (13,95 %), dostatečné seznámení s oddělením, 10 (23,26 %) dostatečné informace o chodu oddělení a kladně je také hodnoceno 9 (20,93 %) seznámení se spolupacienty.

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dlouhé čekání na příjem	3	10,34 %
Nedostatečná intimita při otázkách	7	24,14 %
Centrální příjem mimo budovu	4	13,79 %
Malá informovanost o vybavení	2	6,90 %
Vypisování množství papírů	9	31,03 %
Odbíhání sestry a opakování otázek	4	13,79 %
Celkem	29	100,00 %

Tabulka 27 - Negativa u příjmu



Graf 22 - Negativa u příjmu pacientů na oddělení

Také u negativních odpovědí měli respondenti možnost označit více možností a došlo k navýšení absolutní četnosti na 29. K negativním připomínkám patří 3 (10,34 %) k dlouhému čekání na příjem, nedostatek intimity při otázkách 7 (24,14 %), nespokojenost vracet se na Centrální příjem pro dokumentaci 4 (13,79 %), malá informovanost o vybavení u 2 (6,99 %), vypisování množství dokumentace 9 (31,03 %) a odbíhání sestry od příjmu k jiným činnostem 4 (13,79 %)

Položka č. 2 Názor na ošetrovatelskou péči zdravotnického personálu na očním oddělení.

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní připomínky	103	92,79 %
Negativní připomínky	8	7,21 %
Celkem	111	100,00 %

Tabulka 28 - Rozdělení zkušeností s ošetrovatelskou péčí

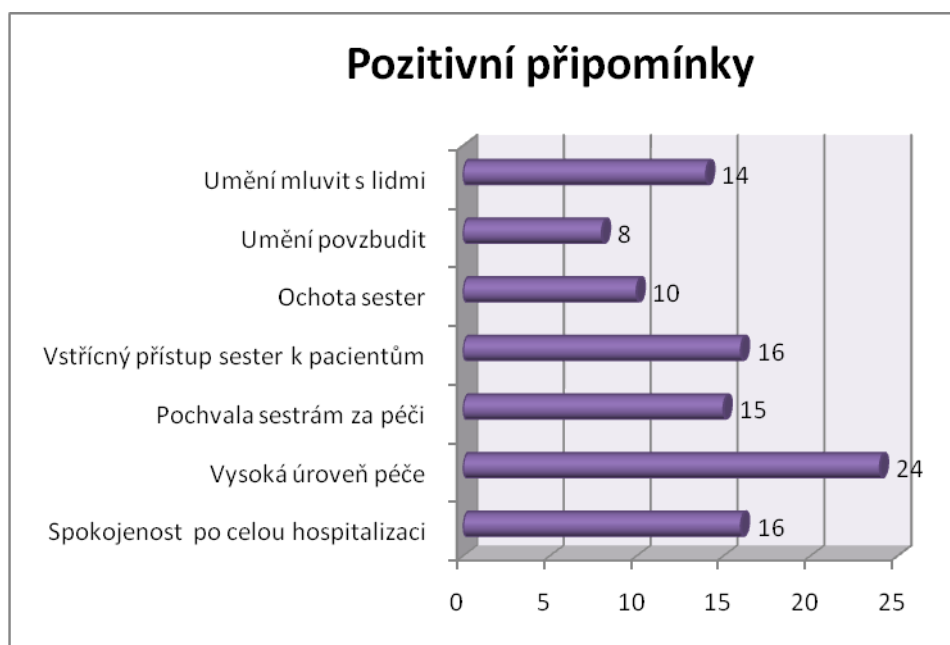


Graf 23 - Rozdělení zkušeností s ošetrovatelskou péčí

Také zde měli respondenti možnost více odpovědí a došlo k navýšení absolutní četnosti na 111. U ošetrovatelské péče je 103 (92,79 %) kladných zkušeností, záporných názorů je na péči je 8 (7,21 %).

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spokojenost po celou dobu hospitalizace	16	15,53 %
Vysoká úroveň péče	24	23,30 %
Pochvala sestrám za péči	15	14,56 %
Vstřícný přístup sester k pacientům	16	15,53 %
Ochota sester	10	9,71 %
Umění povzbudit	8	7,77 %
Umění mluvit s lidmi	14	13,59 %
Celkem	103	100,00 %

Tabulka 29 - Pozitivní zkušenosti s péčí sester

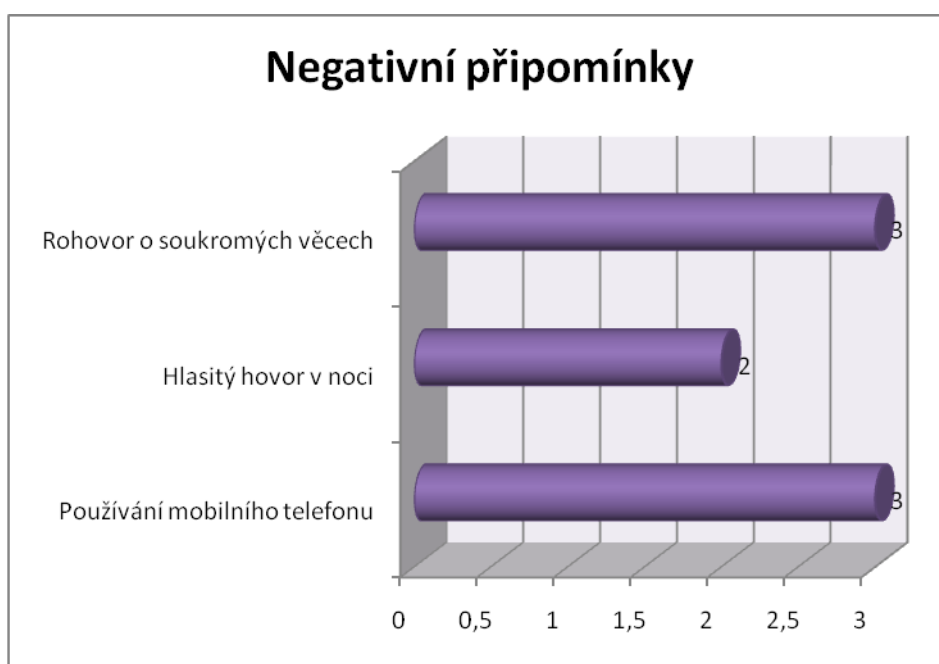


Graf 24 - Pozitivní připomínky k ošetrovatelské péči

Absolutní četnost byla v tomto případě 103 odpovědí. V kladných názorech udává spokojenost s péčí během hospitalizace v 16 (15,53 %), vysokou úroveň péče oceňuje 24 (23,30 %) odpovědí, pochvala sestrám je u 15 (14,56 %), vstřícný přístup je vyzdvižen v 16 (15,53 %), ochota sester u 10 (9,71 %), umění povzbudit u 8 (7,77 %) dále je oceněno umění rozhovoru u 14 (13,59 %) odpovědí.

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Používání mobilního telefonu	3	37,50 %
Hlasitý hovor v noci	2	25,00 %
Rozhovor o soukromých věcech	3	37,50 %
Celkem	8	100,00 %

Tabulka 30 - Negativní zkušenost s péčí sestry

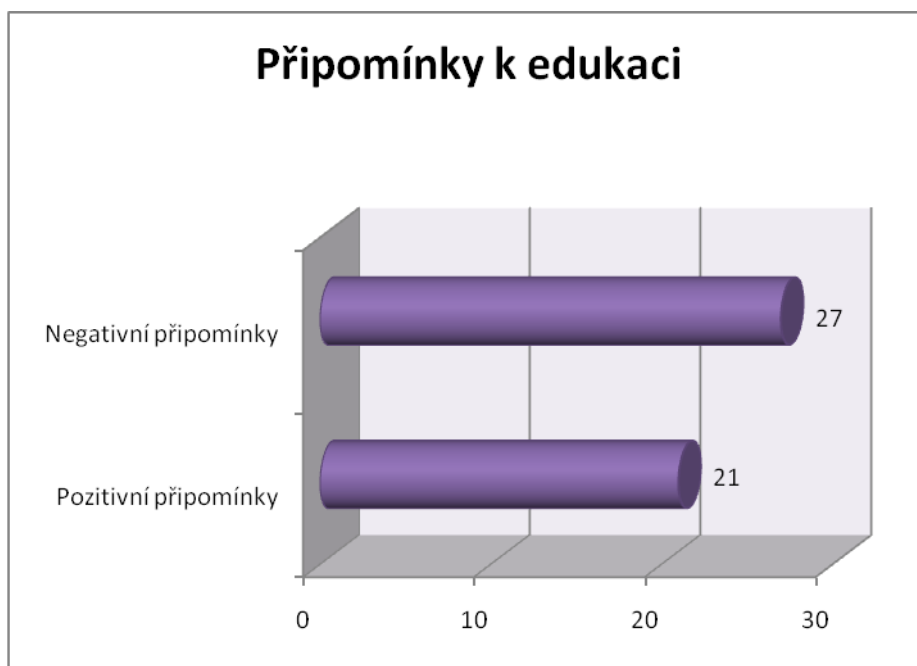


Graf 25 - Negativní zkušenosti s péčí sestry

Zde došlo ke snížení absolutní četnosti na 8. Z tohoto počtu negativních odpovědí jsou připomínky 3 (37,50 %) k používání mobilního telefonu na pracovišti, k hlasitému hovoru v noci 2 (25 %), a k rozhovoru o soukromých věcech 3 (37,50 %).

Položka č. 3 Hodnocení informací v rámci edukace

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní připomínky	21	43,75 %
Negativní připomínky	27	56,25 %
Celkem	48	100,00 %

Tabulka 31 - Hodnocení informací od sestry*Graf 26 - Hodnocení informací u edukace*

Stejně jako u minulých položek, i zde byla měněna absolutní četnost podle počtu odpovědí. Pozitivní připomínky byly v počtu 21 (43,75 %) a negativní v počtu 27 (56,25 %)

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dostačující informace	7	33,33 %
Používání obrazové dokumentace a pomůcek	5	23,81 %
Zpětná vazba	5	23,81 %
Kladné hodnocení získaných znalostí	4	19,05 %
Celkem	21	100,00 %

Tabulka 32 - Pozitivní hodnocení edukace

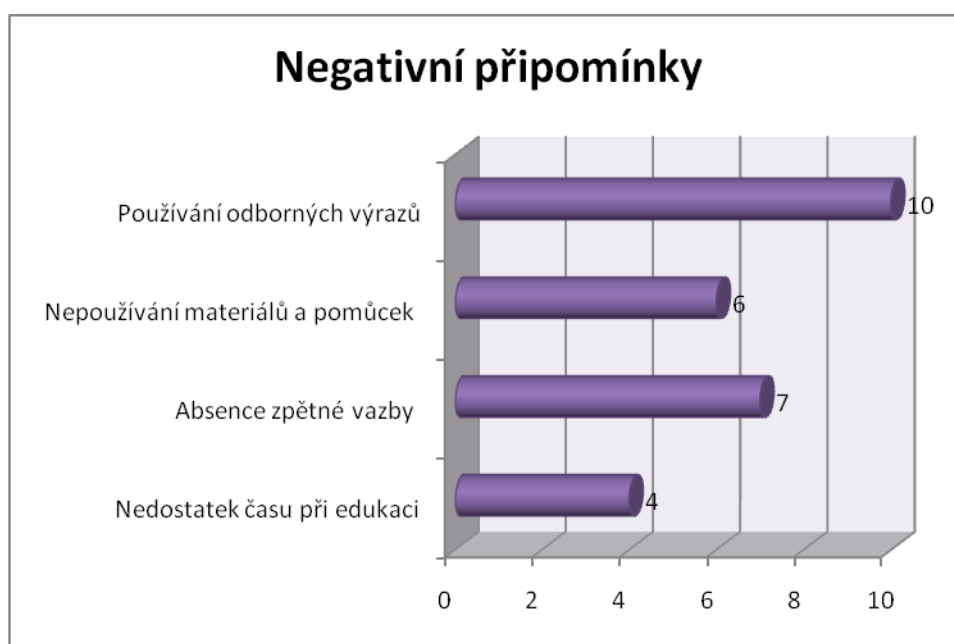


Graf 27 - Pozitivní připomínky edukaci

Absolutní četnost byla jen 21 odpovědí. U pozitivního hodnocení byly důvody: informace jsou dostatečné u 7 (33,33 %) dále je chváleno použití pomůcek v 5 (23,81 %) a zpětná vazba 9 (42,86 %) informací.

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek času při edukaci	4	14,81 %
Absence zpětné vazby	7	25,93 %
Nepoužívání materiálů a pomůcek	6	22,22 %
Používání odborných výrazů	10	37,04 %
Celkem	27	100,00 %

Tabulka 33 - Negativní zkušenost s edukací



Graf 28 - Negativní zkušenost s edukací

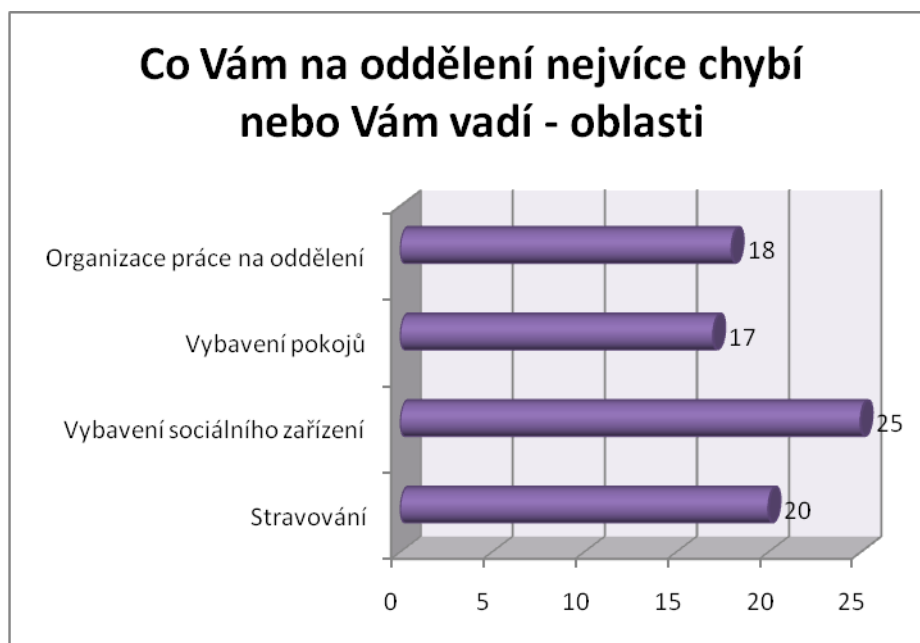
I u této odpovědi se respondenti vyjadřovali k více položkám. Proto stoupla absolutní četnost odpovědí na 48. U negativního hodnocení se respondenti v celkovém počtu 27 (100 %) připomínek, vyjadřovali k nedostatku času při edukaci ve 4 (14,81 %), k absenci zpětné vazby v 7 (25,93 %), nepoužívání materiálů a pomůcek v 6 (22,22 %) a dále k používání odborných výrazů 10 (37,04 %) připomínkách.

Celkově převažovaly negativní připomínky nad pozitivními v poměru 56 % negativních a 44 % pozitivních.

Položka č. 4 Co Vám na oddělení nejvíce chybí nebo Vám vadí.

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stravování	20	25,00 %
Vybavení sociálního zařízení	25	31,25 %
Vybavení pokojů	17	21,25 %
Organizace práce na oddělení	18	22,50 %
Celkem	80	100,00 %

Tabulka 34 - Problémové oblasti na oddělení



Graf 29 - Problémové oblasti na oddělení

V této položce se měli respondenti vyjádřit k problémovým oblastem. Ne všichni se vyjádřili ke všem oblastem a jednou využili možnost více odpovědí. Proto se absolutní četnost změnila na 80 odpovědí. V oblasti stravování si respondenti stěžovali ve 20 (25 %) připomínkách, které se týkaly nedostatku ovoce, teploty a jednotvárnosti stravy.

Ve vybavení sociálního zařízení bylo připomínek 25 (31,25 %). Týkaly se například společných záchodů s muži, nedostatku toaletního papíru, klouzavé podlahy ve sprše, nemožnosti zamknout se na WC a tím ztrátu intimity, a nedostatku soukromí při sprchování.

Ve vybavení pokoje bylo připomínek 17 (21,25 %). Zde se objevily stížnosti na vysoké postele, a malé stoly při jídlu na pokojích, málo prostoru na pokoji.

Na organizaci práce a špatný režim byly stížnosti a připomínky v 18 (22,50 %). Nejvíce vadilo brzké buzení, nezajištění nočního klidu, dlouhé čekání na lékaře před vizitou.

Položka č. 5 Jaké jsou Vaše návrhy ke zlepšení prostředí a naší práce

Návrhy ke zlepšení se týkaly:

- Dole v jídelně automat na kávu
- Televize na každém pokoji
- Výrazná světelná signalizace na dveře sprchy a WC na pokoji
- Věšáky ve sprše
- Více madel na pokojovém WC
- Termosky s teplým čajem

8.3 Zpracování pozorování

Pro oblast pozorování jsem si vybrala oblast edukace pacienta a oblast při aplikaci kapek. Pro oblast edukace jsem si vypracovala pozorovací záznam podle směrnice KNTB, a.s. MP 01-01/01 Edukace pacienta. Kvůli přehlednému zapisování byly jednotlivé kritéria v záznamu dány do tabulky. Sestry jsem pozorovala průběžně v období měsíců ledna až března. Používala jsem skryté pozorování, aby sestry nevěděly, že je pozoruji a prováděly edukaci tak, jak si zvyklé. Jednou mojí metodou, která ale není zmiňována v literatuře, bylo i poslouchání za dveřmi. Na oddělení jsem přicházela také během víkendů, kdy jsou přijímáni pacienti s glaukomem a ke složitým typům operací. Musím přiznat, že mě některé zjištění a tzv. edukace zarazily. Pozorováno bylo celkem sedm sester na oddělení podle určených kritérií, u každé sestry v pěti edukacích. Následně jsem vyplnila společnou tabulku pro všech 35 edukací. Tento počet tvořil 100 %, vždy u každého kritéria. Výsledky jsem zpracovala do tabulek. Tak jsem získala početní i procentuální zhodnocení, ve kterém kritériu dělají sestry nejvíce chyb.

Stejným postup byl i při pozorování práce sester u aplikace nitrooční terapie, která je základní činností na očním oddělení. Také zde byl výsledek zpracován do tabulky a postupováno stejným způsobem. Kritériem, které mě nejvíce zajímalo, bylo dodržování bariérového režimu. Celkem bylo provedeno pozorování u třiceti aplikací u každé sestry, celkově tedy 210, toto číslo jsem vždy považovala za 100 % v jednotlivých kritériích.

Pozorování edukace

Plný počet 35 edukací byl brán jako 100 % v každém pozorovaném kritérii. V tabulce jsou udány odpovědi ano a jejich převedení na procenta u jednotlivých kritérií pozorování.

Kritéria k edukaci	ANO	Vyjádřeno v %
Představení sestry	26	74,29 %
Připravený edukační plán	20	57,14 %
Stanovené cíle k edukaci společně s pacientem	23	65,71 %
Zjištění zrakového a sluchového omezení pacienta	23	65,71 %
Připravené materiály (brožury, letáčky, modely oka)	16	45,71 %
Zajištění prostředí pro edukaci	15	42,86 %
Zpětná vazba u edukace, praktická ukázka znalostí	14	40,00 %
Provedení záznamu v dokumentaci, včetně podpisů	35	100,00 %

Tabulka 35 - Zpracování kritérií k edukaci

Sestra se při edukaci představila ve 26 (74,29 %), edukační plán byl sestrou připraven celkem u 20 (57,14 %) edukací. Společné cíle a zjištění omezení u pacienta byly shodně v počtu 23 (65,71 %). Připravené materiály byly u 16 (45,71 %) edukací, zajištěné prostředí měly sestry u 15 (42,86 %), zpětná vazba u 14 (40 %) edukací. Správný záznam v edukaci byl proveden ve všech 26 (100,00 %) případech.

Pozorování práce sester při aplikaci oční terapie

Plný počet 210 byl brán jako základ – tedy 100 %. V tabulce zaznamenány data, které sestry dosáhly u jednotlivých kritérií.

Kriteria k aplikaci nitrooční terapie	ANO	Vyjádřeno v %
Identifikace pacienta	191	90,95 %
Správná poloha pacienta při aplikaci kapek	210	100,00 %
Připravení pomůcek k aplikaci	200	95,24 %
Vysvětlení účinků kapek	134	63,81 %
Dodržení bariérového režimu při aplikaci	145	69,05 %
Provedení záznamu do dokumentace pacienta	210	100,00 %
CELKEM APLIKACÍ	210	

Tabulka 36 - Kriteria k aplikaci oční terapie

Sestra identifikuje pacienta ve 26 (74,29 %), správná poloha je u všech, stejně jako příprava pomůcek. Vysvětlení možných účinků u 134 (63,81 %), a provedení záznamu do dokumentace je také u všech pacientů. Bariérový režim při aplikaci terapie je dodržen jen u 145 aplikací (69,05 %).

8.4 Zpracování analýzy dokumentace

Při analýze dokumentace jsem zpracovala 100 chorobopisů. Věnovala jsem se hlavně kontrole vyplnění ošetřovatelské části dokumentace. Kritéria pro analýzu jsem si zpracovala podle směrnice KNTB, a.s. Řízení dokumentace. V tabulce jsou u jednotlivých kritérií napsány počty údajů, kde jsou zaznačeny správné zápisy. Každé kritérium bráno zvlášť a také jsem si ho vyjádřila i v procentech.

Kritéria	ANO	Vyjádřeno v %
Každý pacient má vedenou ošetřovatelskou dokumentaci	100	100,00 %
Ošetřovatelská dokumentace je vyplněna podle do 12 hodin podle standardu	95	100,00 %
Identifikace pacienta je na každé stránce	100	100,00 %
Pacient je hodnocen při příjmu podle některé ze škál	90	90,00 %
Všechny záznamy jsou podepsány sestrou (parafa a jmenovka)	95	95,00 %
Kolony v dokumentaci jsou řádně vyplněny nebo proškrtnuty	92	92,00 %
Stanovení ošetřovatelské diagnózy podle všech náležitostí	100	100,00 %
Stanovení ošetřovatelských intervencí ve vztahu diagnóze	94	94,00 %
Pravidelné hodnocení plánu a při změně stavu	100	100,00 %
Provádění opravy chybného údaje správným způsobem	100	100,00 %
Podpis sestry, která záznam opravila	100	100,00 %
Provádění záznamu propisovací tužkou	98	98,00 %
Je správně popsána forma podávaných léků – inj., tbl.,	100	100,00 %
Časové léky (antibiotika, apod.) jsou zaznamenány	90	90,00 %
Podané léky jsou odškrtnuty	90	90,00 %
Sestra je podepsaná u podaného léku	98	98,00 %
Záznamy jsou čitelné	94	94,00 %
Edukační záznam je řádně vyplněn ve všech oblastech	91	91,00 %
Každá dokumentace obsahuje informovaný souhlas	100	100,00 %
Správný způsob kompletace výsledků (razítko, podpis).	91	91,00 %
Realizace plánu je správně zaznačena	100	100,00 %
CELKEM CHOROBOPISŮ	100	

Tabulka 37 - Kritéria k dokumentaci

Analýza dokumentace byla provedena podle kritérií, ani v jednom nebylo nižší než 90 %.

Zvlášť jsem hodnotila bolest, která byla ve 25 dokumentacích. Tuto hodnotu jsem brala opět jako 100 %, abych měla i procentuální vyjádření správnosti zápisů.

Kriterium	ANO	Vyjádřeno v %
Bolest je v ošetrovatelské dokumentaci zaznamenána jen v hlášení sester	25	100,00 %
Bolesti je zaznačena jen zápisem a časem začátku bolesti	10	40,00 %
Bolest je hodnocena i škálou bolesti	15	60,00 %
Časový záznam souhlasí s lékařskou dokumentací	25	100,00 %
Sestra plánuje intervence při diagnóze bolesti	10	40,00 %
CELKEM BOLEST	25	

Tabulka 38 - Kritéria k analýze záznamu bolesti

Bolest byla zaznamenána u 25 pacientů, v hlášení sester je zapsána vždy, zápis bez škály jen s časovým údajem u 10 (40,00 %), hodnocení i se škálou je provedeno u 15 (42,86 %), časový záznam souhlasí s lékařskou dokumentací ve všech případech, plánování samostatných intervencí u 10 (40,00 %) pacientů.

9 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

9.1 Diskuse k dotazníkovému šetření

Tato kapitola se zabývá podrobnější analýzou dat, získaných v jednotlivých oblastech mé práce u dotazníku pro ambulantní pacienty.

Při šetření pomocí dotazníku mezi pacienty na oční ambulanci jsem nejdříve zjišťovala pohlaví a věk respondentů. Na můj dotazník odpovídalo 37 mužů a 58 žen.

Dále jsem zjišťovala věk respondentů. Věkové rozmezí bylo od 19 do 89 let. Nejpočetnější byla skupina respondentů ve věku 70 – 79 let v počtu 26 (27,3 %), další početnou skupinou byly respondenti ve věku 60 – 69 let 19 (20 %). Ostatní skupiny pak byly rozloženy poměrně rovnoměrně kolem 9 – 11 respondentů (10 %). Na naši ambulanci tedy chodí všechny věkové skupiny. A to se nezmiňuji o těch nejmenších, často ani nekilových respondentech, kteří mi zatím nedokážou dotazník vyplnit. Ale za pár let jim můžeme připomenout, že u nás již dávno byli, chovali se na klíně a byli moc spokojeni

Ve třetí položce jsem zjišťovala vzdělanost respondentů. Základní bylo 14 (14,7 %) pacientů, vyučených 30 (31,6 %). Středoškolského vzdělání dosáhlo 35 (36,8 %) a vysokoškolského 16 (16,84 %) pacientů. Vysvětluji si to tím, že dříve nebyla taková možnost studia, jako je nyní, kterou mají dnešní mladí lidé.

Dále jsem zjišťovala počet návštěv a jejich pravidelnost na naší ambulanci. Respondenti byli poměrně přesně rozděleni na tři části, 29 (30,53 %) bylo těch, kteří u nás byli zatím jen jednou, 34 (35,79 %) k nám chodí opakovaně a 32 (33,68 %) přichází občas na vyšetření.

Délku čekání posuzují respondenti v počtu 53 (55,79 %) jako přiměřenou, ale ostatní již za spíše dlouhou 21 (22,11 %), 16 (16,84 %) za velmi dlouhou a 5 (5,26 %) za neúnosně dlouhou. To je dohromady přes 44 % a mělo by to být pro nás nejen důvodem k zamýšlení ale i ke změně. Myslím si, že lepší organizovaností provozu a přesunutím ordináčnických hodin průběžně přes celý den by se předešlo často zbytečnému čekání a hromadění pacientů.

Respondenti dále posuzovali, jak se sestra zajímala o situaci v čekárně. Většina z nich, přesně 61 (64,21 %) hodnotí zájem kladně, dále sestra přišla pouze jednou u 14 (14,24 %), a vůbec se nezajímala u 17 (17,89 %) respondentů. Je napsáno, že pořadí pacientů určuje

lékař, ale je nutné, pokud se tak stane, aby bylo také vysvětleno, proč se tak stalo. Potěší názor, že sestra pravidelně kontroluje situaci a informuje, proč musí pacient tak dlouho čekat. Je na místě připojit omluvu s vysvětlením, nám to neublíží a pacient má určitě lepší pocit při vědomí, že o něm víme a že nám jeho situace není lhostejná. Pokud zde sedí 3 – 4 hodiny bez dostatku informací, může se stát, že následně přes veškerou kvalitní péči a vyšetření se k nám již nevrátí a půjde jinam. Je proto důležité se vždy aktivně zajímat co se děje a snažit se vše řešit pro spokojenost pacienta.

Na dotaz o zjišťování alergie pacienta sestrou se vyjádřilo kladně 75 (78,95 %) respondentů. Díky tomu dojde k zamezení mnoha méně ale i více závažných komplikací. U určitých vyšetření lékař zavolá sestře, aby pacienta připravila k vyšetření. To spočívá obvykle v aplikaci různých kapek a podání tablet ke snížení nitroočního tlaku. Pokud by sestra nevěděla o alergii, mohlo by u pacienta dojít reakci, která může být nejen lokální, ale i celková s ohrožením stavu pacienta.

V položce 8 jsem zjišťovala spokojenost pacientů se zájmem lékařů o jejich problémy. Všichni jsme členy týmu a všichni musíme zabezpečit kvalitní péči. Práce sester a práce lékaře i ostatního personálu je vzájemně propojena. Jsem ráda, že zájem lékaře respondenti ohodnotili kladně v 86 případech (90,53 %).

Podle práv pacientů, má každý pacient právo znát jméno toho, kdo se o něj stará. Není to zákonem daná povinnost, ale přispívá to ke snížení anonymity, vzájemnému poznání a určitě ke zvýšení důvěry mezi personálem a pacientem. Proto jsem v následující položce zkoumala, jaká je situace na našem oddělení. Zatím vítězí lékaři, kteří se podle respondentů představili u 70 (73,66 %) z nich. Sestry se představily 53 (56,8 %) respondentům. Myslím, že dobrým nápadem u nás je nástěnka s fotografiemi personálu. Přesto ale samotné představení se a milé slovo je důležitá součást ke zvýšení spokojenosti pacienta.

S informacemi, které obdrželi od lékaře, je spokojeno 80 (84,21 %) respondentů. Spíše nespokojeno je jen 6 (6,32 %) respondentů. Spíše nespokojeno je také 6 (6,32 %). Nespokojen a velmi nespokojen není žádný respondent. Jeden pacient uvedl ve volné odpovědi, že lékař „neumí vysvětlit pojem nadstandardní materiál.“ Ve zdravotnictví se začíná stále více prosazovat zvýšená spoluúčast pacienta. Neříkám, že je to ve všech situacích nutné a ne vždy s tím souhlasím. Pokud ale pacient chce investovat do svého zdraví, je na lékaři, aby dokázal umět vše správně vysvětlit. Tak pacient pochopí, že když

si má na něco doplácet, je to proto, že je implantát či materiál na vysoké úrovni, která je pro jeho zdraví přínosem. Pokud to lékař nedokáže, musí si pacient nutně myslet, že je to pouhé „tahání peněz z jeho kapsy.“

Další položka č. 11 se týkala informovaného souhlasu. Trochu mě překvapilo, že sice jen malý počet, ale přece jen to bylo 6 (6,32 %) respondentů, udává, že nebyli dotázáni na souhlas s výkonem. Přitom je informovaný souhlas nástrojem pro dostatečné poskytování informací a je dán zákonem.

Položka 12 se zabývala pocity klidu a soukromí při vyšetření. Celkem 77 (81,05 %) respondentů udává dostatečný pocit klidu a soukromí. Spíše ano je udáno v 6 (6,32 %), spíše ne 8 (8,42 %) a ne se objevuje u 4 (4,21 %) respondentů. Důvodem k nespokojenosti jsou neustále otevřené dveře při vyšetření, a opakované příchody a odchody dalších lékařů a sester do místnosti. Je důležité si uvědomit, kolik dá někdy práce získat od pacienta některé údaje, často se stydí, bojí nebo je pokládá za nepodstatné. Hodně dokáže odradit neustálé zvonění telefonů či naše příchody a odchody do vyšetřoven. Chce to umět se vžít do situace pacienta a respektovat jeho soukromí.

S chováním a prací sester je v následující položce velmi spokojeno 70 (73,68 %) respondentů a spokojeno 20 (21,05 %) respondentů. V této položce jsem splnila i svůj první cíl i s hypotézou, ve které se domnívám, že s prací sester na oční ambulanci je spokojeno více než 50 % pacientů. Myslím si, že je to pro nás dobrý výsledek. Ale jsou zde názory, o kterých by měly sestry vědět. Nespokojeni jsou 4 (4,21 %) respondenti a velmi nespokojen je 1 (1,05 %) respondent. Výsledky výzkumu budou sestřím předány, protože je důležité, aby věděly, čeho si pacient všímá. Navíc se jedná o věci, které lze odstranit, pokud si na ně budeme dávat pozor. Pacientům vadí hlavně situace, kdy se sestry před nimi baví o svém soukromí a používání mobilních telefonů.

Spokojenost s poskytováním informací sestrou je u 63 (66,32 %) respondentů. Jako spíše dostatečné podávání informací hodnotí 12 (12,63 %) respondentů, spíše nedostatečné u 15 (15,79 %). Za nedostatečné pak považuje vysvětlení 5 (5,26 %) respondent. Důvod k nespokojenosti s vysvětlením jsou již výše zmíněný mobil při edukaci, sestra mluví rychle nebo potichu a nedostatek soukromí.

Toto téma bylo rozvíjeno další filtrační položkou, zda využili možnost se zeptat na doplňující informace. Respondenti odpovídali ano v 65 odpovědích (68,42 %) a ve 30 (31,58 %) se objevila odpověď ne.

V následující položce respondenti udávali důvody, proč se nezeptali na doplňující informace. U 3 (10 %) respondentů je odpovědí neochota personálu cokoliv vysvětlovat, 8 (26,67 %) respondentů se neptalo, protože je jim to nepříjemné. Nesrozumitelnost výrazů vadí u 8 (26,67 %) respondentů, další 2 (6,67 %) uvádí, že je lepší nic nevědět. Musíme si uvědomit, že pacient není odborník, a výrazům, které my používáme běžně, on nemusí rozumět. Mě osobně mrzí odpověď o neochotě personálu.

V položce 17 jsem získala informace ke svému druhému cíli. Co se týká informačních materiálů na naší ambulanci, 53 (40,77 %) respondentů dává přednost informačním brožurám, které by si následně i chtěli vzít domů. Tím se potvrdila i má hypotéza, ve které se domnívám, že největší zájem bude o brožury a to více než ve 30 %. Vysoký je také zájem o videoprojekce u 42 (32,31 %) respondentů, letáčky do čekárny by uvítalo 32 (24,62 %) respondentů. 2 (1,54 %) respondenti udávají odpověď, že je dostatečně informoval lékař a u 1 (0,77 %) se objevila odpověď, že se má šetřit na přístroje.

Na otázku, zda byla sestra ochotna pomoc, pokud o to byla požádána, odpovědělo celkem 88 (92,63 %) respondentů ano. Naším úkolem by mělo být ne čekat, až nás pacient požádá, ale aktivně vyhledávat jejich potřeby.

Celkově je spokojeno s návštěvou ambulance 78 (82,11 %), spíše spokojeno 7 (7,37 %) respondentů, spíše nespokojeno bylo 6 (6,32 %) respondentů a odpověď zcela nespokojeni se objevila 4 (4,21 %) respondentů. I když je celkově spokojeno velké procento pacientů, je nutné se zaměřit na zkvalitnění péče a odstranit nedostatky, které se nelíbí nespokojeným pacientům.

Také jsem ráda, že vím, co by se mělo změnit ve vybavení našich ambulancí, i když je uvedeno v 62 (65,26 %) odpovědích, že jim zcela vyhovuje. Spíše vyhovuje 22 (23,16 %), spíše nevyhovuje 9 (9,47 %) Nevyhovuje 2 (2,11 %) respondentům. Konkrétní důvody jsou málo prostoru, málo míst k sezení v určitých částech ambulance, společná šatna s muži při převlékání k zákroku na sále, není bezbariérová toaleta v horní ambulanci, nedostatek toaletního papíru a ručníků. Jsou zde věci, které vyřešit sami nemůžeme bez spolupráce s vedením naší nemocnice, ale jsou zde i jiné potřeby, které můžeme zvládnout. Na ty se

spolu se všemi můžeme zaměřit. Také společná šatna u ambulantních výkonů je nyní problémem, ale v souvislosti s přebudováním a zvětšením ambulantního traktu se ji budeme snažit vyřešit k plné spokojenosti našich pacientů.

V poslední položce byli volné odpovědi respondentů na zlepšení, co se jim líbilo a co ne. Vedle pochval jsou zde i negativa. Podle mého názoru je vždy důležitý přístup nás všech sester, lékařů, i všech ostatních, protože pacient dobře pozná, kde je o něj zájem a dovede ocenit náš přístup. To jsme poznali u pacientů, (v dotazníku se také jeden objevil), kterým vadí provoz automatů na regulační poplatky, až od sedmi hodin Máme sami nyní několik koupených v zásobě na oddělení, které jim v nutném případě prodáme a pacienti to považují za dobrý nápad.

Protože mi respondenti posílali své odpovědi poštou, psali mi občas své různé názory a postřehy i mimo dotazník. Přestože byl dotazník anonymní, mnozí se podepsali. Jeden dopis u dotazníku se mi moc líbil, a proto z něho uvádí, některé úryvky:

„Jsou věci běžné, jako třeba jaro. Bylo, je a bude – doufejme. Tak, jako jaro přichází a odchází, tak je běžné vnímat ho. Jaro je to ovšem jedno, je prostě tady a dobře ví, že potěší každého.

Jsou věci méně běžné, ale výrazně poznamenají náš život. Asi je neuvidíme – a už neuvidíme.... Něco nám přeběhlo přes oči. Někomu plíživá nemoc, co má s jarní trávou společnou barvu, někomu přiletí do oka rychlostí blesku malý kamínek, vystřelený sekačkou, co tu trávu sekala. A jaro je pryč, tak náhle, jako když uděláš škrt přes to krásné slovo jaro...

Jsou profese běžné, třeba dlaždič, instalatér – „děkuji Vám pane mistr, kohoutek už nekape.“ Pan mistr je hotov a jde se dívat na televizi...

Jsou profese méně běžné, mám na mysli lékaře, sestry... Lékař opraví to či ono v našem těle a taky jde domů na televizi. Mám ale takový pocit, že před očima mají úplně jiné seriály. Možná vidí ty naše žlučníky, srdce, cévy. No a oči. Naše oči – mnohé z nich jaro nevidí. A oni pak přemýšlí, jak to udělat, aby se jaro vrátilo do našich očí zpět. A sestřičky se zase snaží přivést nám sluníčko do našich duší. Tak poděkujme lékařům, sestřím a všem, pro které se jejich práce stala posláním.“

9.2 Diskuse k rozhovoru

S touto metodou jsem byla velmi spokojena. Je sice velmi obtížná na zpracování dat, ale člověk získá spoustu impulsů a zajímavých postřehů. Myslím si, že by bylo dobré tuto metodu používat nebo ji střídát s použitím dotazníku, navíc se velmi líbila i pacientům. Měli pocit, že se jim někdo věnuje a je jim nasloucháno. Vím, že se někomu budou zdát některé jejich „starosti a problémy“ trochu přehnané, ale pro ně jsou v současné situaci důležité.

Při šetření pomocí rozhovoru na očním oddělení jsem také nejdříve zjišťovala věk, vzdělání a pohlaví respondentů. Celkem jsem prováděla rozhovor u 24 respondentů v pěti skupinách.

Věkové rozmezí bylo v kategorii 25 -30 let 7 (29,17 %), ve věkové kategorii 41 – 50 let to bylo 6 (25,00 %), v další od 51 – 60 let 5 (20,83 %) a v poslední od 61 – 70 let 6 (25 %). Z 24 respondentů bylo 10 (41,67 %) mužů a 14 (58,33 %) žen.

V první položce jsem chtěla zjistit připomínky k organizaci příjmu na oddělení. Myslím si, že hodně dělá první dojem. Většina příjmů je u nás plánovaných a pacient by měl mít pocit, že je zde očekáván. Položka je rozdělena na dvě základní oblasti, a to spokojenost a nespokojenost s příjmem, tedy na pozitivní a negativní ohlasy. Stejně, jako ve všech dalších položkách, se mohli respondenti vyjádřit více možnostmi.

V pozitivní oblasti zazněly odpovědi, že sestry byla při příjmu usměvavá a příjemná celkem od 8 (18,60 %) respondentů, sestra se představila u 10 (23,26 %) respondentů, sestra mě dostatečně seznámila oddělením a s pokojem u 6 (13,95 %) respondentů, měl/a jsem dostatečné informace o režimu oddělení u 10 (23,26 %) respondentů. V položce sestra mě osobně seznámila se „spolupacienty,“ odpovídalo kladně 9 (20,93 %) respondentů. První dojem při příjmu je velmi důležitý. Pokud pacienta přivítá sestra milým úsměvem, je pro něj povzbuzením a určitě to pomůže k lepšímu navázání kontaktu a následnému kladnému hodnocení oddělení.

Velmi negativně zato hodnotili respondenti čekání na příjem a to ve 3 (10,34 %) případech. Mnozí přijeli již v sedm hodin a seděli na jídelně. Nelíbilo se jim dlouhé čekání jednak dlouhé čekání, (10,34 %), dále u 7 (24,14 %) odpovědí byly připomínky k nedostatečné intimitě při odebírání sesterské anamnézy na oddělení. Respondentům se nelíbilo, že se sestra ptá na často velmi soukromé věci před ostatními pacienty a dokonce i na chodbě.

Nespokojenost je také s nutností vracet se od nás zpět na Centrální příjem pro chorobopis u 4 (13,79 %) respondentů a 2 (6,9 %) se vyjádřili záporně k informacím, kterých se jim dostalo o režimu na oddělení. Dále je obtěžuje množství dokumentace, která je jim předkládána sestrou i lékařem a to v 9 (31,03 %) případech. Také ve 4 (13,93 %) odpovědích udávali, že je pro ně nepříjemné stálé odbíhání sestry při příjmu ať již k telefonu nebo plnit ordinace lékaře. „Měla by se věnovat jen nám.“

Z odpovědí při přijetí pacienta na oddělení je celkově 43 (59,72 %) pozitivních zkušeností a 29 (40,24 %) negativních zkušeností. Tento výsledek není zrovna nejlepší, organizace příjmu by se měla zlepšit. Také při odběru anamnézy by sestry měla dbát na intimitu pacienta.

Ve druhé položce jsem chtěla zjistit názory respondentů na ošetrovatelskou péči nelékařského zdravotnického personálu. Tak jsem si splnila svůj třetí cíl, kde jsem chtěla zjistit spokojenost pacienta na lůžkové části.

Také zde jsem vymezila pozitivní a negativní oblasti. V pozitivní oblasti udává velkou spokojenost s ošetrovatelskou péčí po celou dobu hospitalizace 16 (15,53 %) respondentů, 24 (23,30 %) odpovědí vyzdvihuje vysokou úroveň péče, sestry si zaslouží pochvalu za svoji práci, bylo odpovědí u 15 (14,56 %) případů. Vstřícný přístup péče u sester je chválen v 16 (15,53 %) odpovědích respondentů, ochota sester pak v 10 (9,71 %). Při nemoci potřebuje pacient i povzbudit, pokud ztrácí naději, tato vlastnost je oceňována u 8 (7,77 %) odpovědích respondentů. Kladně hodnotí rozhovory se sestrami během hospitalizace 14 (13,59 %) respondentů. Umění mluvit s lidmi je velmi důležitá vlastnost u sestry. Sestra je tím, kdo je pacientovi neustále nablízku, kdo je vždy po ruce a znamená velkou pomoc pro pacienta, pokud ho dokáže vyslechnout a mluvit s ním o jeho starostech.

V negativní oblasti respondenti ve svých odpovědích označují v počtu 2 (37,50 %) mobilní telefon u sestry, hlasitý rozhovor v noci vadil 2 (25,00 %), a rozhovor o soukromých věcech ve třech (37,50 %) připomínkách.

Celkově je v této oblasti 103 (92,79 %) pozitivních připomínek k 8 (7,21 %) negativních. Proto si myslím, že v oblasti péče na oddělení jsou u nás pacienti spokojeni.

V položce číslo tři se pacienti vyjadřovali k edukační činnosti sester. V rozhovoru jsem se očekávala, jejich sdělení o informacích, které dostali od sestry o předoperační přípravě, pooperační péči, jestli měli dostatek času na dotazy, zda bylo vysvětlení srozumitelné, co by jim pomohlo při edukaci, jaké typy pomůcek a materiálů by pro ně byly vhodné.

Následně jsem si rozdělila opět připomínky na část pro pozitivní a část pro negativní ohlasy. V pozitivní části respondenti označují informace za dostačující v 7 (33,33 %), používání obrazové dokumentace a pomůcek udává 5 (23,81 %) respondentů. Pacienti oceňují, pokud si sestra s nimi v klidu sedne a povídá si s nimi. Pozitivní zpětnou vazbu mělo při edukaci 10 (42,86 %) respondentů.

U negativních odpovědí se připomínky u 4 (14,81 %) respondentů vztahují k nedostatku času při edukační činnosti, chybění zpětné vazby u 7 (25,93 %), pomůcky a obrázky nepoužívala sestra v 6 (22,22 %) případech. Odborné výrazy vadí u 10 (18,52 %) odpovědích.

Celkově převažují negativní připomínky v poměru 27 (56,25 %) ke kladným 21 (43,75 %). Je nutné se více věnovat správnému vedení edukačního procesu pacientů. V současnosti se stal důležitou součástí práce sestry a je nutné si ho správně naplánovat.

V položce číslo čtyři jsem získala informace, co respondentům na oddělení chybí nebo jim vadí. Položka byla rozdělena na části, které se zaměřily na stravování, vybavení sociálního zařízení, vybavení pokojů a režim oddělení. Vždy je dobré vědět, co pacient postrádá a co bychom mohli zařídit my sami pro jeho spokojenost.

V oblast stravování si pacienti stěžují na studené večeře v 5 (6,25 %) odpovědích, dále na studený čaj nebo oběd ve 4 (5 %) odpovědích, jednotvárná strava je udávána v 6 (7,50 %) případech, a chybění ovoce u 5 (6,25 %) respondentů.

U sociálního zařízení si stěžují na společné WC s muži v 10 (12,50 %) případech, nedostatek toaletního papíru v 1 (1,25 %) odpovědi, stížnost je na i na sprchu pro ženy, kde to klouže v 5 (6,25 %) odpovědích. Na nemožnost zamknout se na WC je poukazováno v 7 (8,75 %) odpovědích a nedostatek soukromí při mytí na pokoji ve 2 (2,50 %) případech.

Ve vybavení pokojů se objevuje stížnost na vysoké postele, (je potřeba alespoň pár nižších pro lidi menší postavy a vozíčkáře) v 5 (6,25 %) odpovědích. Televizi na každý pokoj by uvítalo 7 (8,75 %) respondentů. Potřebu vyšších stolů na pokoji udává 3 (3,75 %) a málo místa mezi postelemi 2 (2,50 %) respondenti.

U režimu oddělení si respondenti stěžují na nezajištění nočního klidu ve 4 (5,50 %) odpovědích, brzké buzení ve 3 (3,75 %) případech, dlouhé čekání na vizitu v 6 (7,50 %) odpovědích a nutnost se opakovaně vracet k vizitě v 5 (6,25 %) případech.

V poslední položce o návrzích ke zlepšení jsem očekávala nápady a vylepšení na pokojích. Znovu se vyskytly věci, které jsme již s respondenty řešili.

Uvádím všechny návrhy:

Dole v jídelně automat na kávu v šesti případech, světelná signalizace nad sprchou a WC, věšáky a více madel ve sprše a na pokojích a opět se objevuje nepostradatelná televize.

Pro někoho jsou to třeba maličkosti, ale pro nemocného člověka, i když s omezeným viděním, podstatné věci.

Asi se někdo usmívá nápadu televize na očním oddělení a na každém pokoji. Pro mnohé je to ale často jediná možnost získání informací ze světa kolem něj. I když i zde se dá polemizovat, pokud je na pokoji více pacientů a ne všichni televizi chtějí. Televizi nyní máme, ale jednu ve společenské místnosti pro všechny pacienty. Určitě se budeme zabývat problémem s výškou postelí a potřebou madel na WC a do sprch. Židle s opěradly jsme již sehnali a potěšila nás pochvala pacientů. Co se týká organizace vizity, bude vše řešeno s novým primářem oddělení

9.3 Diskuse k pozorování při edukaci a aplikaci kapek

Edukace

V této oblasti jsem plnila svůj čtvrtý cíl, kdy jsem mapovala přístup sester k edukaci. Celkově zpracováno 35 edukací. Sestry se pacientovi představují v 26 (74,29 %) případech. Bohužel edukační plán mají připravený jen u 20 respondentů (54,14 %). Cíl je stanoven u 23 (65,71 %). Zrakové a sluchové postižení bylo zjištěno také jen ve 23 (65,71 %), materiály a modely připraveny jen u 16 (45,71 %) edukací. Správné prostředí bylo zajištěno u 15 (42,86 %) a zpětná vazba zjišťována u 14 (40,00 %) edukací. Zato písemný záznam o provedené edukaci byl správně proveden ve všech případech. Tento výsledek není zrovna nejlepší i v souvislosti s připomínkami, které jsem k edukaci získala z rozhovoru s pacienty. Nevím, také, jestli opravdu nenastává doba, kdy je přednější papír než pacient. Proto jsem jako zpracovala manuál pro edukační proces u pacienta s oční diagnózou glaukom. Postupně bychom si vytvořily i další materiály pro vedení edukace u jednotlivých očních diagnóz, do jejichž tvorby budou zapojeny všechny sestry. Tak navíc získají znalosti a dovednosti pro správné provádění edukace u pacienta. Zpracované materiály budou pro všechny dobrou pomůckou.

Aplikace nitrooční terapie

Celkově bylo zpracováno 210 aplikací oční terapie. Sestra před aplikací kapek identifikuje pacienta dotazem u 191 (90,95 %) aplikací. I když mají sestry pocit, že jsou neustálé

dotazy na jméno pacienta zbytečné, je nutné je identifikovat ve všech případech. K omylu totiž může přijít velmi snadno. A některý může mít velké následky. Pacient zaujímá správnou polohu ve všech 210 (100 %) případech. Stejně mají připraveny pomůcky. Vysvětlení o možných účincích kapek bylo provedeno u 134 (63,81 %) případů. Aplikace je zapsána do dokumentace ve 210 dokumentacích, tedy opět 100 %. Bariérový režim, na který jsem se zaměřila v rámci svého pátého cíle, byl dodržen jen u 145 (69,05 %) aplikací. Myslím si, že je to velmi málo. Na očním oddělení, kde je aplikace kapek naší denní prací, by měl být bariérový režim dodržován ve všech případech a na nejvyšší úrovni.

9.4 Diskuse k analýze dokumentace

Poslední cíl byl splněn analýzou dokumentace. Při kontrole jsem si procházela celou zdravotní dokumentaci pacienta, i když má hlavní pozornost byla zaměřena na ošetrovatelskou část. Bohužel musím říci, že se stále objevují případy, že sestra přepisuje ordinace lékaře a to hlavně během víkendů. Tuto skutečnost jsem zjistila i u příjmu pacienta na oddělení, kdy sestra zapisovala jeho interní terapii. Přestože byla tato situace konzultována s lékaři, bylo mi řečeno, že pokud se následně pod léky podepíše, zodpovídá za vše lékař. Věřím tomu, že nyní v rámci certifikace bude na lékaře vyvíjen větší nátlak v plnění jejich povinností a že si i sestry uvědomí, za co odpovídají. Je to opravdu důležité i pro naše povolání a pro jeho morální kredit. Jsme členi týmu a ne podřízené lékaře.

Na druhé straně jsem velmi ráda, že výsledky analýzy dokumentace vyšly správně v tak vysokém měřítku. Nikde není pokles pod 90 %. Také provedení zápisu je do 12 hodin po příjmu podle standardu KNTB, a.s. Tak se potvrdily obě moje hypotézy.

Kontrolovala jsem také zápisy při bolesti pacienta. Bolest byla hodnocena u pacientů celkem ve 25 chorobopisech, z toho je zaznamenána jenom v hlášení sester při předání služby ve všech 25 (100 %) případech, zápis o hodině začátku bolesti je v 10 (40,00 %) případech. Hodnocení škálou je u 15 (60 %) pacientů, časový záznam vzniku bolesti souhlasí se záznamem lékaře v 25 (100 %), Sestra zapisuje intervence u 10 (40,00 %) dokumentací. Myslím si, že bolest by měla být vždy hodnocena podle některé ze škál. Na toto téma bych ráda diskutovala se sestrami.

9.5 Návrhy k řešení zjištěných nedostatků.

Na základě provedeného průzkumu jsem zpracovala návrhy ke zlepšení kvality naší práce. Některé jsem již uvedla v průběhu zpracování diskuse.

- Zlepšit organizaci při objednávání pacientů na oční ambulanci. Změnit ordinační doby v jednotlivých ambulancích tak, aby nedocházelo k jejich překrývání a tím hromadění pacientů. Přesunout některá vyšetření do odpoledních hodin, kdy je zde již volněji.
- Změnit organizaci při příjmu pacientů k hospitalizaci. Posunout příjem až do desíti hodin místo nynějších devíti. Propuštění pacienti již budou vybaveni a přicházející nebudou čekat na uvolnění lůžka. Vyčlenit jednu sestru jen pro příjem pacientů. Zajistit místnost nebo jiný způsob řešení pro zajištění intimity při odběru ošetřovatelské anamnézy.
- Zajistit rozdělení šatny při převlékání pacientů na ambulanci na mužskou a ženskou část.
- Vypracovat postupně materiály k edukacím u jednotlivých diagnóz. Z těch budou sestry čerpat informace pro kvalitní edukace u pacientů. Zpracovat standard a audit pro edukaci u pacienta na očním oddělení.
- Dát dávkovače k dezinfekci na všechny pokoje včetně nad pracovní plochu sester – „kapací stolek“. Tak bude mít sestra vše v blízkosti. Důsledně provádět kontroly dodržení bariérového režimu.
- Vybavit sprchy a další části sociálního zařízení více madly pro zvýšení bezpečí pacientů.
- Zajistit alespoň dvě polohovací lůžka pro pacienty vozíčkáře a pacienty menší postavy.

10 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Svoji práci jsem zaměřila na zjištění kvality ošetrovatelské péče na očním oddělení. Na začátku práce jsem si stanovila cíle a hypotézy.

První cíl byl splněn. V rámci své práce jsem zmapovala metodou dotazníku spokojenost s péčí u pacientů na ambulanci. Přes některé nedostatky jsou pacienti na oční ambulanci spokojeni, a to jak s péčí sester, kdy je spokojeno 73,68 % respondentů, tak i celkově s návštěvou ambulance – 82,11 % respondentů.

Potvrdila se tak i má hypotéza, že pacienti jsou spokojeni i s prací sester ve více než 50 %.

Ve druhém cíli jsem zjišťovala, o jaký typ informací mají pacienti na oční ambulanci zájem. Odpověď na tuto otázku byla získána položkou č. 17 v dotazníkovém šetření, kde největší zájem byl o možnost získání informací typu brožury, kterou by uvítalo 40,77 % respondentů. Zároveň se také potvrdila má hypotéza, kde se domnívám, že více jak 30 % pacientů by mělo o brožuru zájem. Dále byl u respondentů zájem o videoprojekce v televizi.

Také třetí cíl byl splněn. Prostřednictvím rozhovoru jsem zjistila, že v celkovém zhodnocení jsou pacienti s kvalitou ošetrovatelské péče na lůžkovém oddělení spokojeni. Je chválen zejména přístup sester v rámci celé hospitalizace. Malé změny je nutné udělat při organizaci příjmu.

Ve čtvrtém cíli jsem zmapovala přístup sester k pacientům při edukaci. Byly zjištěny některé nedostatky, které budeme řešit postupným zpracováním edukací pro pacienty s jednotlivými očními diagnózami.

V pátém cíli jsem metodou pozorování zjišťovala dodržování bariérového režimu sestrami při aplikaci nitrooční terapie. Cíl byl splněn. Výsledek ale pro nás není zrovna dobrý. Sestry dodržují správný bariérový režim v méně než 70 % (69,05 %). To je pro mě závažné zjištění, protože tato činnost by měla být právě na očním oddělení prováděna na vysoké úrovni. Navíc jsou zde často pacienti po nitroočních operacích, kdy je zvýšené riziko vzniku nozokomiálních nákaz. Byla proto již navržena opatření ke zlepšení této situace. Na všech pokojích pacientů budou umístěny dávkovače s dezinfekcí, včetně nad „kapacím stolem“ v pracovně sester, kde se provádí ošetření pacienta. Sestry budou mít vše v dostatečné blízkosti. Také bude opětovně prováděna kontrola.

V šestém cíli jsem analyzovala ošetrovatelskou dokumentaci na očním oddělení. Provedla jsem kontrolu u sto dokumentací.

K tomuto cíli se vztahovaly dvě hypotézy. V první hypotéze jsem předpokládala, že sestry správně vyplňují ošetrovatelskou dokumentaci ve více než 85 %. Tato hypotéza se potvrdila. Také druhá hypotéza, kde se domnívám, že je dokumentace je vždy vyplněna podle standardu KNTB do dvanácti hodin od příjmu pacienta se potvrdila. Tento výsledek hodnotím pozitivně.

11 ZÁVĚR

Tato práce se zabývá kvalitou ošetrovatelské péče na očním oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. Ta je hodnocena zjišťováním spokojenosti pacientů na očním oddělení, a to na ambulanci metodou dotazníkového šetření a při hospitalizaci metodou rozhovoru. Dále je zpracován podle kritérií přístup sester k pacientům při provádění edukační činnosti a při aplikaci nitrooční terapie. Současně byla analyzována ošetrovatelská dokumentace a správnost provádění zápisů.

Z celkových závěrů bylo zjištěno, že kvalita ošetrovatelské péče očním oddělení je na vysoké úrovni. Pacienti na ambulanci i na oddělení udávají spokojenost s kvalitní ošetrovatelskou péčí. Ne vše je ale úplně dokonalé. Ale právě tyto připomínky a podněty nám pomohou k dalšímu zvýšení kvalitní péče, protože víme, kam se máme zaměřit a co se dá zlepšit. Jedním z takových témat je edukace pacienta. Proto jsem v rámci své práce zpracovala materiál pro edukační proces u pacienta s diagnózou glaukomu jako příklad. Společně se sestrami budeme dále zpracovávat i další pro jednotlivé oční diagnózy.

Další problematickou oblastí se ukázalo dodržování bariérového režimu při aplikaci oční terapie. Mým návrhem ke zlepšení jsou dávkovače na dezinfekci na všech pokojích, včetně pracovny sester přímo nad „kapacím stolem.“

Při provádění analýzy ošetrovatelské dokumentace byla zjištěna vysoká úroveň provádění zápisů sester.

Moje bakalářská práce může sloužit i pro vedení naší nemocnice jako základ pro následující kontroly při sledování změn úrovně v oblasti ošetrovatelské péče na našem oddělení.

Se svou prací bych také ráda seznámila sestry a ostatní personál a spolu s nimi formou brainstormingu hledala řešení problémů a nové nápady.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

AUTRATA. R., VANČUROVÁ, J. *Nauka o zraku*. 1.vyd.Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 226 s. Tirážní znak 57-860-02.

BAKALA, J. *80 let Baťovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech 1927-2007*. Finidr, s.r.o., 2007. 173 s. ISBN neuvedeno.

BÁRTLOVÁ et al. *Role sestry specialistky*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2010. 102 s. Tirážní znak 57-872-08.

ČESKO. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 20, č. 55, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2004, částka 30, č. 96, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Metodická opatření, Koncepce ošetrovatelství. In *Věstník ministerstva zdravotnictví, Česká republika*. 2004, částka 9, č. 9, s. 2–8.

FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošertovateľstvo – teória*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2005. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.

GLADKIJ, I. Et al. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha. Computer Pres, 2003. 357 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: IPVZP, 1999. ISBN 80-7013-272-8.

GROHAR – MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovateľskej péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, Přel. 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas Proč a jak?*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 99 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

- HYCL, J., TRYBUČKOVÁ L. *Atlas oftalmologie*. 2.vyd. Praha: TRITON, 2008. 239 s. ISBN 978-80-7387-160-4.
- IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Národní centrum pro ošetrovatelství a nelékařské zdravotnické obory, 2006. 240 s. Titrážní znak 57-860-06.
- JAKUBKA, J. *Zákoník práce 2010 s výkladem. Právní stav k 1.1.2010*. 11.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 96 s. ISBN 978-80-247-3366-1.
- JANOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: TRITON. 2003. 215 s. ISBN 80-7254-329-6.
- JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie*. 2. přepracované vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. Titrážní znak 57-863-02.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada Publishing, 2004. 228 s. ISBN 80-247-0629-6.
- JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-24-2171-2.
- KEITH F. PUNCH. *Základy kvantitativního šetření*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- KILÍKOVÁ M., JAKUŠOVÁ.V., *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2008.145 s. ISBN 978-80-8063- 290-8.
- KOLÍN., J. et al. *Oftalmologie praktického lékaře*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1994. 268 s. ISBN 80-7066-861-X.
- KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MADAR, J. et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1.vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7392-120-0.

- MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80-246-0429-9.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-9.
- NEMCOVÁ, J., Hlinková, E et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'tve*. 1.vyd. Martin: Osveta,2010. 259 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PEŠEK, J. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0551-6.
- PODSTAVOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEŘOHOVÁ, J. et al. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
- POLICAR., R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010.244 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
- ROZSÍVAL, P. et al. *Glaukom – vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Nukleus, 2008. 227 s. ISBN 978-80-87009-35-2.
- ROZSÍVAL, P. et al. *Trendy soudobé oftalmologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 285 s. ISBN 80-7262-326-5.
- SCHINDLEROVÁ, O. *Na ruce si nevidím*. 1.vyd. Praha: Okamžik, 2007. 230 s. ISBN 80-86932-10-9.
- ŠAMÁNKOVÁ, M .et al. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 349 s. ISBN 80-246-1091-4.
- ŠENK, Z. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci*. 1. vydání. Olomouc: ANAG, 2009. 277 s. ISBN 978-80-7263-551-1.
- ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN80-7013-419-4.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

TRACHTOVÁ, E., et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

Články:

JURÁSKOVÁ, D., GUTOVÁ, L., MARX, D., CHARVÁTOVÁ P., Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. *Sestra* č. 3, rok 2004, ročník 12, s. 18 – 19

MACHOVÁ L. MUDr. Kuběna Karel, CSc., sedmdesátníkem. *Česká oftalmologie* č. 3, rok 1998. s. 342- 344

MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovatelské péče, *Kontakt* č. 3, rok 2007, s. 69 - 73

PAPOŠKOVÁ, P. et al. Kvalita poskytované péče, *Kontakt* č. 2, rok 2006, s. 241 – 247

VAŠÁTKOVÁ, I., ULRYCHOVÁ, H, Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra* č. 6, rok 2007, ročník 15, s. 21-22

Internetové zdroje:

Knihy Bezpečí [online]. 2011. [cit. 2011-15-02]. Dostupný z WWW: <<http://knihy.bezpeci.mzcr.cz/Pages/65-sestero-dobrych-rad-pro-pacienty.html>>

Koncepce ošetrovatelství. [online]. 2011. [cit. 2011-03-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/kncepce.html>>

Práva pacientů. [online]. 2011. [cit. 2011-15-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/c8084>>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.s.	Akciová společnost
ČR	Česká republika
EFQM	European Foundation Quality Management
EKE	Extrakapsulární extrakce
EU	Evropská unie
IKE	Intrakapsulární extrakce
ISO	The International Organization for Standardization
ISQua	The International Society for Quality in Care
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Organizations
JCIA	Joint Commission International Accreditation
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
KZK	Kontinuální zvyšování kvality
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NN	Nozokomiální nákaza
OSN	Organizace spojených národů
ROP	Retinopathy of prematurity
SAK	Spojená akreditační komise
SM	Směrnice
SOP	Standardní operační postup
TQM	Total Quality Management
UTB	Univerzita Tomáše Bati
VOZŠ	Vyšší odborná zdravotnická škola
WHO	World Health Organisation

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 - Vzdělání respondentů	44
Graf 2 - Pravidelnost návštěv na oční ambulanci	45
Graf 3 - Délka čekací doby	46
Graf 4 - Zájem sestry o situaci v čekárně.....	47
Graf 5 - Dotaz na alergii	48
Graf 6 - Dotaz na zájem lékaře	49
Graf 7 - Představení se lékaře Graf 8 – Představení se sestry	50
Graf 9 - Spokojenost s informacemi od lékaře	51
Graf 10 - Informovaný souhlas	52
Graf 11 - Pocit klidu a soukromí při vyšetření lékařem.....	53
Graf 12 - Spokojenost s chováním sester.....	54
Graf 13 - Informace od sester	55
Graf 14 - Doplnující informace od sester	56
Graf 15 - Důvody pro nedání dotazu	57
Graf 16 - Informační materiály	58
Graf 17 - Ochota a pomoc od sestry	59
Graf 18 - Spokojenost s návštěvou ambulance	60
Graf 19 - Vybavení čekárny	61
Graf 20 - Zkušenosti při příjmu na oddělení.....	65
Graf 21 - Pozitiva u příjmu pacientů na oddělení	66

Graf 22 - Negativa u příjmu pacientů na oddělení.....	67
Graf 23 - Rozdělení zkušeností s ošetrovatelskou péčí	68
Graf 24 - Pozitivní připomínky k ošetrovatelské péči	69
Graf 25 - Negativní zkušenosti s péčí sestry.....	70
Graf 26 - Hodnocení informací u edukace.....	71
Graf 27 - Pozitivní připomínky edukaci	72
Graf 28 - Negativní zkušenost s edukací	73
Graf 29 - Problémové oblasti na oddělení	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Věk respondentů na oční ambulanci.....	43
Tabulka 2 - Pohlaví respondentů na oční ambulanci.....	43
Tabulka 3 - Vzdělání respondentů na oční ambulanci.....	44
Tabulka 4 - Počet a pravidelnost návštěv na oční ambulanci	45
Tabulka 5 - Délka čekací doby	46
Tabulka 6 - Zájem sestry o situaci v čekárně.....	47
Tabulka 7 - Dotaz na alergii.....	48
Tabulka 8 - Dotaz na zájem lékaře na ambulanci	49
Tabulka 9 - Představení se u lékařů	50
Tabulka 10 - Představení se u sester	50
Tabulka 11 - Spokojenost s informacemi od lékaře.....	51
Tabulka 12 - Informovaný souhlas	52
Tabulka 13 - Pocit soukromí při vyšetření lékařem.....	53
Tabulka 14 - Spokojenost s chováním sester.....	54
Tabulka 15 - Informace od sester.....	55
Tabulka 16 - Doplnující informace od sester.....	56
Tabulka 17 - Důvody pro nedání dotazu.....	57
Tabulka 18 – Informační materiály.....	58
Tabulka 19 - Ochota a pomoc od sestry.....	59
Tabulka 20 - Spokojenost s návštěvou ambulance	60

Tabulka 21 - Vybavení čekárny	61
Tabulka 22 - Věk respondentů na oddělení	64
Tabulka 23 - Pohlaví respondentů na oddělení.....	64
Tabulka 24 - Vzdělání respondentů na oddělení.....	64
Tabulka 25 - Rozdělení zkušeností u příjmu	65
Tabulka 26 - Pozitiva u příjmu pacientů na oddělení	66
Tabulka 27 - Negativa u příjmu	67
Tabulka 28 - Rozdělení zkušeností s ošetrovatelskou péčí.....	68
Tabulka 29 - Pozitivní zkušenosti s péčí sester	69
Tabulka 30 - Negativní zkušenost s péčí sestry	70
Tabulka 31 - Hodnocení informací od sestry.....	71
Tabulka 32 - Pozitivní hodnocení edukace.....	72
Tabulka 33 - Negativní zkušenost s edukací.....	73
Tabulka 34 - Problémové oblasti na oddělení.....	74
Tabulka 35 - Zpracování kritérií k edukaci.....	77
Tabulka 36 - Kritéria k aplikaci oční terapie	78
Tabulka 37 - Kritéria k dokumentaci	79
Tabulka 38 - Kritéria k analýze záznamu bolesti.....	80

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Pozvánka

P III Pozorovací záznam k edukaci sester

P IV Pozorovací záznam k aplikaci kapek

P V Standard Aplikace oční terapie

P VI Audit ke standardu oční terapie

P VII Analýza ošetrovatelské dokumentace

P VIII Souhlas s dotazníkovým šetřením

P IX Informační brožura pro pacienty (volně vložená příloha)

P X Edukace pacienta s glaukomem (přiloženo na CD)

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ludmila Āopková a jsem studentkou UTB ve Zlíně na Fakultě humanitních studií, studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení mého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Kvalita péče na očním oddělení.“ Chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci na dotazníku, který má zjistit Vaši spokojenost s péčí na naší ambulanci. Dotazník je zcela anonymní a Vámi uvedené informace mi poslouží k zjištění situace a následné možnosti ke zkvalitnění péče o Vás.

Uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu mé bakalářské práce.

Prosím Vás o pravdivé odpovědi podle Vašich zkušeností a poznatků.

Předem Vám děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku. Bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Pokyny k vyplnění:

Vybranou odpověď označte křížkem, pokud není stanoveno jinak.

1. Váš věk:

2. Pohlaví:

Muž

Žena

3. Vzdělání:

Základní

Vyučen/a

Středoškolské

Vysokoškolské

4. Na naší ambulanci jste:

- Poprvé
- Chodím sem opakovaně již několik let
- Několikrát jsem zde již byl/a na vyšetření

5. Délka čekání je zde pro Vás:

- Přiměřená
- Spíše dlouhá
- Velmi dlouhá
- Neúnosně dlouhá
- Jiné, uveďte.....

6. Zajímala se sestra pravidelně o situaci v čekárně?

- Ano, sestra se pravidelně zajímala o situaci v čekárně
- Přišla pouze 1x, aby řekla, že je lékař na sále
- Ne, nezajímala se
- Jiné, uveďte.....

7. Zeptala se Vás sestra na to, zda jste alergický/á na nějaký přípravek?

- Ano
- Ne

8. Měl/a jste pocit, že se Vaším problémům a vyšetření lékař věnoval s dostatečným zájmem?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Jiné, uveďte.....

9. Představil se Vám lékař nebo sestra, který/á Vás vyšetřoval/a nebo Vám prováděla vyšetření?

Lékař/ka

Sestra

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ano |
| <input type="checkbox"/> Ne | <input type="checkbox"/> Ne |

10. Byl/a jste spokojen/a ze strany lékaře s informacemi o Vaší nemoci, zákroku, léčebných postupech?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a
- Doplňte, prosím, co vám chybělo.....

11. Byl/a jste dotázán/a, zda souhlasíte se zákrokem nebo vyšetřením, které Vám bylo prováděno?

- Ano
- Ne

12. Měl/a jste během vyšetření lékařem dostatečný pocit klidu a soukromí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Doplňte Vaše důvody při záporné odpovědi.....

.....

13. S chováním a jednáním sester na ambulanci jste byl/a:

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Spíše nespokojen/a
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a
- Uveďte, prosím, důvod Vaší nespokojenosti

.....

.....

14. Jak byste zhodnotil/a vysvětlení sester o přípravě k vyšetření, k operaci?

- Bylo dostatečné
- Bylo spíše dostatečné
- Bylo spíše nedostatečné
- Bylo nedostatečné
- Uveďte, prosím, co Vám chybělo.....

.....

15. Využil/a jste možnost zeptat se na doplňující informace v případě, že Vám něco nebylo zcela jasné?

- Ano
- Ne

Pokud jste na předcházející otázku odpověděl/a „ne,“ prosím o odpověď na následující otázku. Pokud jste odpověděl/a „ano,“ na tuto otázku neodpovídejte.

16. Jsou důvodem Vaší předešlé odpovědi:

- Neochota personálu cokoliv vysvětlovat
- Je Vám to nepříjemné
- Jsou používány výrazy, kterým nerozumíte
- Je lepší nic nevědět
- Jiné, uveďte.....

17. Uvítal/a byste možnost získání více informací a materiálů v ambulantní čekárně typu (můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- Letáčky s obrázky k jednotlivým vyšetřením, zákrokům, aplikaci kapek....
- Videoprojekce k jednotlivým vyšetřením, aplikaci kapek, péči po operaci...
- Brožurky, kde byste si mohl/a v klidu přečíst o všem, co Vás zajímá (jiná vyšetření, možnosti léčby...)
- Uveďte, prosím, Vaše nápady.....
.....
.....

18. Byl/a sestra vždy ochotna pomoc, pokud jste ji o to požádal/a?

- Ano, byla
- Spíše byla
- Spíše nebyla
- Byla neochotná - prosím o uvedení důvodu této Vaší odpovědi.....
.....

19. Jak jste celkově spokojen/a s návštěvou oční ambulance?

- Jsem zcela spokojen/a
- Jsem spíše spokojen/a
- Jsem spíše nespokojen/a
- Jsem nespokojen/a
- Uved'te prosím, s čím jste byl nespokojen.....
.....

20. Vybavení naší čekárny podle vašeho názoru:

- Zcela vyhovuje
- Spíše vyhovuje
- Spíše nevyhovuje
- Nevyhovuje – uved'te, prosím, konkrétní důvod.....
.....

21. Mohl/a byste nám sdělit, co se Vám líbilo nebo nelíbilo, co bychom měli zlepšit v naší ambulanci? Prosím o konkrétní příklady, popř. Vaše pocity, co jste postrádal/a.

.....
.....

Prosím o zaslání vyplněného dotazníku v přiložené obálce a ještě jednou Vám děkuji za Vaši ochotu.

Ludmila Ťopková

PŘÍLOHA P II: POZVÁNKA PRO PACIENTY

Pozvánka

Vážená paní, Vážený pane,

Dovoluji si Vás pozvat dnena krátké setkání v naší knihovně. Mým hlavním cílem je, jak jsem s Vámi již mluvila, zjistit Vaši spokojenost s kvalitou poskytované péče na očním oddělení. Výsledky našeho setkání budou použity při zpracování mé bakalářské práce a zároveň budou sloužit jako zdroj informací pro zvýšení kvality péče u nás.

Veškeré Vámi poskytnuté údaje jsou zcela anonymní.

Budeme spolu mluvit o

1. Vašich zkušeností při příjmu na očním oddělení
2. Spokojenosti s péčí sester
3. O informacích, které jste u nás dostal/a
4. Co Vám na oddělení nejvíce chybí nebo Vám vadí
5. Jaké jsou Vaše návrhy ke zlepšení prostředí a naší práce

Těším se na setkání s Vámi a ráda uvítám všechny Vaše návrhy a zkušenosti.

Předem Vám děkuji za Vaši spolupráci a čas, který mi věnujete.

Ludmila Ťopková

Identifikační údaje k rozhovoru

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 25 - 40
- 41- 50
- 51- 60
- 61 - 70

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Vyučen
- Střední s maturitou
- Vysokoškolské

PŘÍLOHA P III: POZOROVACÍ ZÁZNAM PŘI EDUKACI

Pozorování práce sestry při provádění edukace před operací, vyšetřením

Jméno sestry

Edukace č. 1 2 3 4 5

č.	Pozorovací záznam pro edukaci	ANO
1	Představení sestry	
2	Připravený edukační plán	
3	Stanovené cíle k edukaci společně s pacientem	
4	Zjištění zrakového a sluchového omezení pacienta	
5	Připravené materiály (brožury, letáčky, modely oka)	
6	Zajištění prostředí pro edukaci	
7	Zjištění, zda pacient rozumí edukaci(zpětná vazba, praktická ukázka dovedností)	
8	Provedení záznamu v dokumentaci, včetně podpisu pacienta a sestry	

Poznámky:

PŘÍLOHA P IV: POZOROVACÍ ZÁZNAM PŘI APLIKACI KAPEK

Pozorovací záznam při aplikaci kapek

Jméno sestry

30 aplikací

	Pozorovací záznam pro aplikaci oční terapie	ano
1.	Identifikace pacienta	
2.	Správná poloha pacienta při aplikaci kapek	
3.	Přípravení pomůcek k aplikaci	
4.	Vysvětlení účinků kapek	
5.	Dodržení bariérového režimu při aplikaci	
6.	Provedení záznamu do dokumentace pacienta	

Poznámky:

PŘÍLOHA P V: STANDARD APLIKACE NITROOČNÍ TERAPIE

Platnost od 24.5.2010	Krajská nemocnice T. Bati, a.s. Specifický ošetřovatelský standard	č. oční 7
Aktualizace: 1x za dva roky	Předmět/Výkon/Procedura APLIKACE LÉKŮ DO OKA	Strana procedury 1/3

Místo: oční oddělení KNTB a.s. Zlín

Sestavily: sestry očního oddělení

Definice:

Oční léky jsou aplikovány do oka z terapeutických nebo diagnostických důvodů.

Indikační skupiny léků:

Anestetika- ke znecitlivění oka před krátkodobými zákroky

Antialergika - léky s protialergickým účinkem, nejčastěji při alergických konjunktivitidách

Antibiotika – při zánětu oka, po operaci

Antiglaukomatika - při léčbě zeleného zákalu, nutná pravidelnost při podání

Antimykotika – na mykotické infekce

Antiseptika a dezinficiencia – před a po operaci oka, při podráždění spojivek

Kortikoidy - mají protizánětlivý a protialergický účinek

Miotika - působí zúžení zornic - miózu – jako lokální premedikace před operací zeleného zákalu, transplantací rohovky, laserovým zákrokem, při glaukomovém záchvatu

Mydriatika – působí rozšíření zornic, používají se jak k léčebným tak diagnostickým účelům – při vyšetření očního pozadí, při zánětu k zamezení srůstů. Různá doba působení. Pozor při glaukomu. Pokud se použijí při vyšetření pacienta, je nutné ho upozornit na rozostření vidění a nemožnost řízení motorových vozidel

Nesteroidní antiflogistika – po laserových zákrocích, u nespecifických konjunktivid

Umělé slzy – náhrada slz při syndromu suchého oka

Virostatika - zánětů, způsobených virovou infekcí

Formy očních léků:

- ◆ kapky
- ◆ emulze
- ◆ gely
- ◆ masti

Cíl:

- ◆ Správná aplikace léků do spojivkového vaku
- ◆ Zajištění sterility při aplikaci
- ◆ Zabránění vstupu infekce

Kompetence dle zákona č. 96/2004 Sb., a vyhlášky č. 55/2011 Sb.
ZPBD se specializací, ZPBD, ZPOD

Samostatně dle ordinace lékaře smí aplikovat oční léky:

➤ Všeobecná sestra, sestra bakalářka, sestra specialista.

Pod dohledem mohou aplikovat oční léky:

- studenti SZŠ, VOZŠ, studenti bakalářského studia nebo lékařské fakulty
- sestry v nástupní praxi

Pacient musí být informován:

- ◆ lékařem o důvodu, proč jsou mu oční léky aplikovány
- ◆ lékařem o vedlejších možných nežádoucích účincích léku
- ◆ sestrou o způsobu aplikace a zásadách při aplikaci
- ◆ sestrou o důležitosti hlásit vedlejší účinky léku

Pomůcky:

- ◆ dokumentace pacienta s ordinací lékaře
- ◆ lékový podnos nebo vozík
- ◆ ordinované oční léky v originálním balení
- ◆ emitní miska
- ◆ sterilní čtverečky buničité vaty
- ◆ jednorázové sterilní krytí Eycopad
- ◆ náplast, nůžky
- ◆ dezinfekční roztok na ruce

Zásady správné aplikace očních léků:

- ◆ sestra vždy kontroluje název léků, zná jejich účinky
- ◆ za správnou aplikaci a zajištění sterility je zodpovědná všeobecná sestra
- ◆ sestra zná nebezpečí vzniku infekce a jejího přenosu a dovede mu zabránit
- ◆ správný lék, správný pacient, správný čas, správný způsob, správná dávka

Pracovní postup pro bezpečnou aplikaci očních léků:

- ◆ zkontrolujte vždy název léku a jeho koncentraci dle ordinace lékaře v dokumentaci
- ◆ zajistěte u pacienta správnou polohu před aplikací – vsedě, se zakloněnou hlavou, pacient upírá pohled nahoru, eventuálně v leže, také zde je hlava mírně zakloněná a pohled směrem nahoru
- ◆ proveďte dezinfekci rukou vždy před a po aplikaci u jednotlivých pacientů
- ◆ potáhněte dolní víčko čtverečkem buničiny směrem dolů tak, aby se za ním vytvořila malá kapsa – odkryje se spojivkový vak. Za přístupu z boku nakapte kapky do spojivkového vaku
- ◆ nikdy nekapejte více druhů kapek bezprostředně po sobě – dělejte pauzy, aby nedošlo k vyplavení kapek jednotlivých léků navzájem (oční slzy)
- ◆ držte kapací uzávěr ve vzdálenosti 1-2 cm tak, aby se bezprostředně nedotýkal oka ani řas. Po aplikaci uvolněte dolní víčko a mulovým čtverečkem zatlačte na nososlný kanálek, aby se předešlo odtoku kapek slznými cestami
- ◆ sledujte reakci zorničky pacienta na kapky: – v případě mydriatik – její rozšíření – z důvodů vyšetření nebo před operací → **POZOR u pacientů s glaukomem zvyšují nitrooční tenzi!**
 - v případě miotik – zúžení před i po operaci, před laserovým zákrokem (Pilocarpin, Esserin)
- ◆ sledujte reakci sliznice oka na lék – zduření (alergie) – okamžitě hlase lékaři
- ◆ vytlačte a otřete při aplikaci léku ve formě masti vždy tzv. „první kapku“. Potom vytlačte asi 2-3 cm masti do spojivkového vaku směrem od vnitřního koutku k vnějšímu.
- ◆ nedotýkejte se nikdy uzávěrem oka ani řas – takto znehodnocenou mast ihned vyhoďte – mohlo by dojít k přenosu infekce na následujícího pacienta!
- ◆ dle ordinace lékaře necháme po aplikaci oko volné nebo kryjeme obvazem

Předpokládaný výsledek:

- ◆ lék je správně aplikován do spojivkového vaku
- ◆ je zajištěna sterilita při jeho aplikaci a zabráněno vstupu infekce
- ◆ sestra aplikuje lék do oka za dodržení všech zásad asepse
- ◆ pacient má dostatek informací o způsobu léčby, účinku
- ◆ pacient sám zvládá aplikaci očních kapek

Zapamatujte si:

- ◆ každou pochybnost v ordinaci je sestra povinná zkontrolovat s lékařem
- ◆ při aplikaci více kapek je nutno dodržet při aplikaci pauzu, jinak hrozí, že nové kapky vyplaví předchozí
- ◆ aplikace léku je závislá činnost sestry na ordinaci lékaře
- ◆ aplikovat je možné léky jen jasně označené na obalu s platnou expirací
- ◆ léky, které mají změněnou barvu nebo jsou zkalené nebo mají prošlou expiraci nelze aplikovat
- ◆ sestra je s léky v denním styku, zodpovídá za jejich správné uložení
- ◆ sestra zná účinky očních léků, které aplikuje
- ◆ sestra sleduje účinky léků – **jak reakci pacienta** /zčervenání kůže, bolest hlavy, nauzea, tlak v očích/, **tak reakci oka** /barva, slzení, reakce zornic, spasmus víčka, svědění, pálení/
- ◆ **každou nežádoucí změnu po aplikaci očního léku hlásíme ihned lékaři!**

PŘÍLOHA P VI: AUDIT KE STANDUARDU APLIKACE NITROOČNÍ TERAPIE

Protokol k ošetrovatelskému auditu	KNTB, a. s. Zlín
------------------------------------	------------------

Sledovaná oblast: **Aplikace léků do oka**

Oddělení..... Termín konání auditu od – do.....

Audit prováděla:.....

Metody:

Jméno a příjmení přítomné sestry:.....

Zdroj informací	Kód	Informace	Bodové hodnocení	
			Správně	Chybně
Dotaz na sestru	S1	Máte k dispozici platný standard o správné aplikaci nitrooční léčby?	1	0
	S2	Víte, za jakým účelem se kapky a masti aplikují ?	1	0
	S3	Dokážete vyjmenovat všechny potřebné pomůcky k aplikaci kapek?	1	0
	S4	Popište postup při aplikaci kapek.	1	0
	S5	Jaká je poloha pacienta při aplikaci léků?	1	0
	S6	Jak jste informovala pacienta o správné aplikaci oční terapie?	1	0
	S7	Za jak dlouho můžete aplikovat další kapky aby nedocházelo k jejich vzájemnému vyplavování z oka?	1	0
	S8	Které kapky zvyšují nitrooční tenzi?	1	0
	S9	Zapsala jste do dokumentace aplikaci nitrooční léčby?	1	0
	S10	Jak a kdy si dezinfikujete ruce?	1	0
Dotaz na pacienta	P1	Byl jste informován lékařem o důvodu aplikace oční léčby?	1	0
	P2	Rozuměl jste všem informacím od lékaře?	1	0
	P3	Informovala Vás sestra o způsobu aplikace, jeho provedení?	1	0
	P4	Je Vám vše dostatečně jasné a srozumitelné?	1	0
	P5	Víte, jaké pauzy musíte dělat, pokud si kapete kapky po sobě ?	1	0
Kontrola dokumentace	P6	Je zapsána aplikace nitrooční léčby včetně podpisu a jmenovky sestry?	1	0
	P7	Je v dokumentaci zapsána ordinace k aplikaci léků do oka lékařem ?	1	0
	V8	V dokumentaci jsou správně podle standardu zaznamenány provedení aplikace nitrooční léčby.	1	0
	V9	Pacient si umí sám aplikovat oční kapky a masti.	1	0
	V10	Sestra dodržuje zásady bariérového režimu při aplikaci léčby.	1	0
Maximální počet získaných bodů			20	
Získaný počet bodů				
Vyhověl			15 a více	
Nevyhověl			14 a méně	

Zkratky: S – struktura P – proces V – výsledek

Navržená opatření:

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

Se závěry auditu seznámeni dne:.....

za oddělení

.....



PŘÍLOHA P VII: ANALÝZA OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE NA OČNÍM ODDĚLENÍ

Analýza dokumentace na oční oddělení – zjišťované položky

č.	Otázka	zjištění
1	Každý pacient má vedenou ošetřovatelskou dokumentaci	
2	Ošetřovatelská dokumentace je vyplněna podle do 12 hodin podle standardu v KNTB, a.s.	
3	Identifikace pacienta je na každé stránce	
4	Pacient je hodnocen při příjmu podle některé ze škál	
5	Všechny záznamy jsou podepsány sestrou (parafa a jmenovka)	
6	Kolonky v dokumentaci jsou řádně vyplněny nebo proškrtnuty v případě jejich nepoužívání	
7	Stanovení ošetřovatelské diagnózy podle všech náležitostí (problém, příčina, projevy)	
8	Stanovení ošetřovatelských intervencí tak, aby se vztahovaly k diagnóze	
9	Pravidelné hodnocení plánu a při změně stavu	
10	Provádění opravy chybného údaje správným způsobem	
11	Podpis sestry, která záznam opravila	
12	Provádění záznamu popisovací tužkou	
13	Je správně popsána forma podávaných léků – inj., tbl.,	
14	Časové léky (antibiotika, apod.) jsou časově zaznamenány	
15	Podané léky jsou odškrtnuty	
16	Setra je podepsaná u podaného léku	
17	Záznamy jsou čitelné	
18	Edukační záznam je řádně vyplněn včetně : Oblasti edukace Podpis sestry Podpis pacienta	
19	Každá dokumentace obsahuje informovaný souhlas	
20	Kompletace výsledků je provedena správným způsobem – jmenovka a podpis sestry, řazení podle data.	
21	Realizace plánu je správně zaznačena	

č.	Otázka	zjištění
	Hodnocení bolesti v dokumentaci	
1.	Bolest je v ošetřovatelské dokumentaci zaznamenána v hlášení sester	
2	Bolesti je zaznačena jen zápisem a časem začátku bolesti	
3.	Bolest je hodnocena i škálou bolesti	
4.	Časový záznam o vzniku bolesti souhlasí s lékařskou dokumentací	
5.	Sestra popisuje intervence při diagnóze bolesti	

PŘÍLOHA P VII: SOUHLAS S PROVEDENÍM DOTAZNÍKU

 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	LUDMILA ŤOPKOVÁ
Téma bakalářské práce	Kvalita ošetrovatelské péče na očním odd. KNTB, a.s.
Skupina respondentů	Pacienti očního oddělení
Pracoviště	Koňův oddělení KNTB, a.s. Jihlava


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 3.1.2011

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN


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

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz