

Péče o duševní zdraví

Metody hodnocení

Dotazník spokojenosti s péčí

Dana Čechová
Eva Dragomirecká
Jana Pěčová
Ondřej Pěč
Pavla Šelepová



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Manuál

Dotazník spokojenosti s péčí

1. vydání

Dana Čechová, Eva Dragomirecká, Jana Pěčová, Ondřej Pěč, Pavla Šelepová

Dotazník spokojenosti s péčí byl vytvořen v rámci individuálního projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ a financován z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2011

Dana Čechová, Eva Dragomirecká, Jana Pěčová, Ondřej Pěč, Pavla Šelepová

Dotazník spokojenosti s péčí

Vydalo: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2011

Copyright © 1. vydání: Dana Čechová, Eva Dragomirecká, Jana Pěčová,
Ondřej Pěč, Pavla Šelepová

Tisk: Amepra s.r.o.

ISBN 978-80-260-1312-9

Obsah

1. Úvod	4
2. Spokojenost uživatelů zdravotně sociálních služeb	5
3. Spokojenost s péčí v oblasti duševního zdraví	10
4. Vývoj dotazníku	13
4.1. Výsledky skupinových rozhovorů	14
4.2. Pilotní testování první verze dotazníku	14
5. Popis a struktura dotazníku	15
5.1. Administrace a sběr dat	16
6. Psychometrické charakteristiky dotazníku	17
6.1. Reliabilita	17
6.2. Analýza nezodpovězených otázek	18
6.3. Validita	19
7. Využití dotazníku	21
Seznam literatury	22
Příloha – Dotazník spokojenosti s péčí	

1. Úvod

Spokojenost s poskytovanou péčí v různých zdravotnických a sociálních službách v oblasti péče o duševní zdraví je v současné době velmi aktuálním tématem. Sledování spokojenosti uživatelů zdravotně sociálních služeb je jedním z důležitých kritérií pro hodnocení úspěšnosti a kvality péče, protože představuje významný a jedinečný pohled z pozice těch, kteří těchto služeb využívají. Sledování spokojenosti je užitečné jak pro poskytovatele péče, pro něž představuje důležitý zdroj informací o kvalitě a efektivitě poskytovaných služeb, tak pro uživatele péče, kteří tak mají možnost vyjádřit své stanovisko k poskytované péči a k jejímu průběhu.

Tento dotazník vznikl pod záštitou Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Vývoj dotazníku a pilotní testování vytvořeného nástroje v praxi byly zpracovány v rámci diplomové práce (viz seznam literatury). Po prvních zkušenostech s použitím dotazníku v praxi byly provedeny drobné úpravy a vytvořena finální verze dotazníku. Testování finální verze dotazníku a ověření jeho psychometrických charakteristik bylo realizováno v rámci projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“.

V teoretickém úvodu tohoto manuálu jsou použity části textu převzaté z výše zmíněné diplomové práce.

2. Spokojenost uživatelů zdravotně sociálních služeb

V následujícím textu je uvedena problematika spokojenosti uživatelů zdravotnických služeb (pacientů), tedy osob, kteří se léčí s nějakými zdravotními problémy (tělesnými či psychickými). Níže zmíněné aspekty spokojenosti pacientů jsou důležité také pro posuzování spokojenosti uživatelů či klientů sociálních služeb určených pro osoby se zdravotními potížemi.

Spokojenost pacientů je považována za jeden z významných ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče. Současná filosofie poskytování zdravotní péče vychází z předpokladu, že léčebná péče by se měla hlavně zaměřovat na uspokojování potřeb nemocných jedinců. Uspokojování či neuspokojování těchto potřeb se pak projevuje ve spokojenosti či nespokojenosti pacienta s péčí, a to buď celkově nebo s některými jejími dílčími aspekty. Údaje o spokojenosti pacientů jsou důležitými informacemi o situaci v daném zařízení, poskytují zpětnou vazbu personálu a mohou sloužit jako podněty pro zlepšování kvality péče (Bártlová a Hnilicová, 2000).

V současné medicíně je patrná tendence ke komplexnímu, celostnímu přístupu k nemocnému člověku, který vychází z biopsychosociálního modelu. Tento model předpokládá, že na vzniku a vývoji nemoci, i při její léčbě, se podílejí faktory biologické, psychologické a sociální (Beran a Tumpachová, 2003). V souladu s tím se zdravotnická péče zaměřuje na nemocného člověka a jeho okolí, narozdíl od tradičního přírodovědného pojetí medicíny, kdy byla v centru zájmu pouze určitá porucha zdraví, která se u jedince vyskytla (Vymětal, 2003). A součástí tohoto přístupu je výše zmíněné zaměření na potřeby pacientů a na jejich uspokojování. Potřeby pacientů jsou závislé jednak na charakteru a průběhu nemoci, ale také na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, v nichž žije.

Bártlová (2002) doporučuje členit potřeby nemocného jedince do tří základních skupin:

- Potřeby, které se nemocí nemění (např. potřeba vzduchu, výživy, tekutin, spánku, čistoty, pohodlí a bezpečí).
- Potřeby, které se v důsledku nemoci změnily. Důležité jsou především modifikované sociální potřeby, jako je potřeba tvořivé práce a aktivity, potřeba pochopení vlastní situace vzniklé v důsledku nemoci, potřeba sociálních styků a potřeba vytváření kulturního prostředí.

- Potřeby, které nemocí vznikly. Jejich vznik závisí na různých okolnostech, kterými jsou charakter a průběh onemocnění, osobnost nemocného, informace o nemoci, předešlé zkušenosti s nemocí a také vztahy s okolím (nemocný a rodina, nemocný a zdravotníci, nemocný a společnost). Tyto potřeby se u nemocného jedince objevují ve třech rovinách: potřeba navrácení zdraví, zbavení se nebo zmenšení bolesti a potřeba udržení či obnovení dřívějších sociálních funkcí nebo příprava na nové.

Nemoc často zásadním způsobem zasahuje do života jedince a mění jeho sociální postavení. Zdravý člověk bývá aktivní, většinou rozhoduje o svém životním rytmu a stylu sám a není tolik závislý na pomoci druhých lidí. Naopak u nemocného člověka, který se stává pacientem, se objevuje závislost na pomoci druhých lidí (odborníků, ale také třeba i rodinných příslušníků), kteří do značné míry ovlivňují a určují jeho život. V souvislosti s tím se snižuje sebedůvěra člověka, mění se jeho sebepojetí, zmenšuje se jeho odpovědnost za vlastní život, mohou se měnit jeho role v osobním, rodinném či pracovním životě a často nezvládá situace a problémy, které dříve zvládal bez potíží (Křivohlavý, 2002). Tyto problémy jsou samozřejmě hodně ovlivněny charakterem a průběhem onemocnění, výrazněji se objevují u závažnějších a chronických onemocnění, které zasahují do života jedince silněji než méně vážná a akutní onemocnění.

Podobně také Vymětal (2003) udává, že přítomnost onemocnění pro jedince představuje náročnou životní situaci, a to, jak tuto situaci prožívá a jak se s ní vyrovnává, závisí na řadě okolností (informace o nemoci, léčebná a ošetrovatelská péče, průběh nemoci, osobnost pacienta a jeho sociální zakotvenost). Nemocný prožívá hlavně obavy a strach, dochází u něj k určitým změnám psychiky a zúžení horizontu vědomí, kdy se zabývá převážně sebou, svým onemocněním a jeho důsledky, snižuje se jeho sebevědomí a sebeúcta, a také se u něj může projevit pasivita, závislost a netrpělivost. U nemocného tak vyvstává silná potřeba po přijetí a uznání a také potřeba bezpečí a jistoty. Zmíněné faktory pak mohou mít vliv na to, jaký postoj jedinec zaujme vůči zdravotnickému personálu, a mohou ovlivňovat jeho spokojenost (nespokojenost) s poskytovanou péčí.

Přehled základních modelů spokojenosti pacientů (Bártlová a Hnilicová, 2000):

- Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích péče, kdy spokojenost je definována na základě určitých dimenzí péče

(např. kvalita péče, dostupnost péče, prostředí, účinnost péče, profesionalita, interpersonální vztahy, poskytování informací).

- Model postavený na splnění pacientových přání, který vychází z předpokladu, že spokojenost je dána vztahem mezi tím, co si pacient přál a očekával, a tím, jak hodnotí splnění svých přání.
- Pragmatický (eklektický) model, jehož autorem je sociolog Baker, se snaží o propojení vzájemných vztahů uvnitř zdravotnického systému. Spokojenost pacienta je závislá především na povaze onemocnění a s tím souvisejícího typu poskytované péče. A dalšími důležitými faktory jsou sociodemografické charakteristiky jedince, jako je věk, vzdělání, ekonomické postavení, kulturní a rodinné zázemí, které determinují jeho hodnotovou orientaci a jeho preference.

Jedním z ukazatelů spokojenosti (nespokojenosti) pacientů jsou také stížnosti pacientů (případně jejich příbuzných). Na těchto stížnostech se podílejí, jak uvádí Beran a Tumpachová (2003), určité faktory jednak na straně pacienta (a jeho rodiny), tak i na straně zdravotníků. Nejčastěji bývají zmiňovány problémy s podáváním informací a domnělá či skutečná chyba v práci zdravotníků. Ovšem příčinou častých stížností (někdy i neoprávněných) mohou také být určité osobnostní rysy stěžovatele (pacienta), například konfliktoenní či kverulatoenní rysy, nízké sebevědomí a externalizace vlastních problémů.

V ČR bylo provedeno několik rozsáhlých systematických průzkumů spokojenosti pacientů v různých nemocnicích (Hnilicová a kol., 1998). Spokojenost byla sledována z hlediska některých aspektů nemocniční péče:

- interpersonální chování, angažovanost personálu, komunikace, respekt k soukromí a intimně pacientů,
- poskytování adekvátních a dostatečných informací o nemoci a léčbě,
- odborná úroveň zdravotníků,
- organizace nemocničního provozu a režim péče,
- dosažitelnost pomoci v případě akutní potřeby,
- tzv. „hotelové služby“ (čistota, vybavení, komfort a strava),
- celkový dojem pacientů z péče,
- důvěryhodnost zařízení (zda by ho pacienti doporučili svým příbuzným a známým).

Také v zahraniční literatuře je publikována řada studií zabývajících se spokojeností pacientů. Například Jenkinson a kol. (2002) ve své studii zjistili, že hlavními determinantami spokojenosti s péčí u hospitalizovaných pacientů jsou fyzické pohodlí, emocionální podpora a respekt k pacientům.

Z výše uvedeného vyplývá, že spokojenost pacientů souvisí jak s různými faktory na straně poskytované péče a jejich poskytovatelů, případně s charakteristikami prostředí, v němž je péče poskytována, ale také s druhem nemoci, průběhem onemocnění a léčbou (závažnost onemocnění, chronicita, možnosti a účinnost léčby).

Spokojenost pacientů může mít významný vliv na výsledný efekt léčby, protože pozitivně ovlivňuje aktivitu pacientů a jejich spolupráci (Bártlová a Hnilicová, 2000).

Základem dobré spolupráce je efektivní komunikace a poskytování informací pacientům. Efektivní komunikace vyžaduje empatii a porozumění pocitům pacienta, čímž se buduje vzájemný vztah a důvěra mezi pacientem a profesionálem. Tento vzájemný vztah se nevytvoří, když se profesionál věnuje pouze samotné nemoci a ignoruje pacienta jako jedince (DiMatteo, 1998).

Vymětal (2003) popisuje tyto nejčastější důvody nespolupráce pacienta s lékařem:

- Velká asymetrie vztahu, kdy lékař výrazně dominuje, očekává bezvýhradnou poslušnost a racionalitu pacienta a pacient má z něho strach.
- Dlouhé čekání na ošetření.
- Neochota lékaře s pacientem nebo s jeho příbuznými hovořit, která nejčastěji bývá způsobena nedostatkem času.
- Lékař se vyjadřuje způsobem, kterému nemocný (příbuzní) nerozumí, používá příliš odborných termínů.
- Lékař se nemocného hodně vyptává a neumožňuje vzájemný dialog.
- Lékař po pacientovi vyžaduje příliš rychlou změnu životního stylu.
- Kritika ze strany lékaře, které v nemocném vyvolávají pocity provinění.
- Nerespektování stavu pacienta, kdy člověk, jemuž je hodně špatně (fyzicky či psychicky), často není schopen vnímat sdělení lékaře.
- Neočekávané zhoršení pacientova stavu.

- Nemocný je příliš zaujat svou nemocí s ní souvisejícími problémy a odmítá poslouchat něco jiného.
- Komunikační bariéry mezi lékařem a pacientem vyplývající z větší sociální distance mezi nimi.

A naopak k dobré spolupráci pacienta vedou následující faktory:

- Důvěra v lékaře a spokojenost s tím, jak se nemocnému věnuje.
- Rovnocennější partnerský vztah, kdy lékař bere v potaz odpovědnost pacienta.
- Uvolněná a přátelská atmosféra, jejíž součástí je vedení dialogu, a kdy se lékař zajímá o subjektivitu pacienta.
- Dostatečné a včasné poskytování informací o nemoci a léčbě.
- Určitá osobnostní charakteristika jedince, kdy přijímá spoluzodpovědnost za svůj život, a tedy i za svůj zdravotní stav a léčbu.
- Léčebná doporučení nesmí být v příkrém rozporu se zvyky a životním stylem nemocného.

Vztah mezi lékařem a nemocným je specifický a není zcela symetrický, lékař bývá více či méně dominantnější. Ovšem tato asymetrie se v jednotlivých případech liší, což závisí jednak na objektivních faktorech (závažnost pacientova stavu) a také na subjektivních faktorech (vzájemné pocity, dojmy a představy). V rámci biopsychosociálního přístupu k nemocnému jedinci je patrná snaha o symetrizaci tohoto vztahu a dosahování partnerské spolupráce, kdy lékař vystupuje neautoritativně, poskytuje pacientovi co největší prostor a podává mu dostatečné informace o nemoci a průběhu léčby, případně o různých možnostech léčby.

K tradiční roli pacienta patří jeho podřízenost a trpná pasivita. Ovšem v současné době je tato pasivita považována spíše za nežádoucí a objevuje se tendence k podporování větší aktivity nemocného jedince.

Bártlová (2002) popisuje čtyři druhy interakčních vztahů z hlediska stupně kontroly ze strany lékaře a pacienta (podle Stewarda a Roter, 1989):

- Paternalistický vztah, v němž je vysoká kontrola lékaře a nízká kontrola pacienta.
- Vzájemný (partnerský) vztah, který se vyznačuje vysokou kontrolou u lékaře i pacienta. Jeho základem je vzájemná výměna názorů.

- Konzumentský vztah, kde aktivitu přebírá lékař, přičemž se řídí přáními pacienta, na kterém je závislý z hlediska finančního zabezpečení.
- Zanedbaná, nevýrazná interakce, kdy je nízká kontrola jak na straně lékaře, tak i pacienta.

Výše zmíněné aspekty vztahu mezi lékařem a pacientem lze aplikovat i na vztah nemocného s dalšími pracovníky pomáhajících profesí, jako jsou zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci atd.

3. Spokojenost s péčí v oblasti duševního zdraví

Pro měření spokojenosti v oblasti péče o jedince s duševním onemocněním byla vytvořena řada různých nástrojů, z nichž některé jsou určeny pouze pro určité konkrétní zařízení a jiné jsou použitelné v různých zařízeních. Ovšem vzhledem k velké variabilitě péče a služeb v této oblasti je problematické používat stejný nástroj v různých typech zařízení. Přesto některé aspekty spokojenosti jsou důležité všeobecně (např. kvalita komunikace, respekt a dodržování práv, individuální přístup).

Důležitost interpersonálních vztahů mezi personálem a pacienty potvrzují mimo jiné Elbeck a Fecteau (1990). Autoři upozorňují na problematickou validitu některých průzkumů spokojenosti s psychiatrickou péčí, které často udávají vysoké hodnoty spokojenosti. Většina těchto průzkumů se ptá na ty aspekty péče, které jsou důležité podle profesionálů. Proto se pokusili (pomocí metody focus group a následného ověření u skupiny pacientů na uzavřeném oddělení) zmapovat i pohled pacientů a zjistili, že pro jejich spokojenost jsou nejdůležitější právě vztahy s personálem.

Maffei, Shea a Stewart (2003) upozorňují na skutečnost, že je velmi obtížné měřit spokojenost hospitalizovaných pacientů, kteří jsou v akutní fázi nemoci, protože s akutní atakou některých nemocí (např. schizofrenie, schizoafektivní porucha či těžká deprese) je spojený určitý kognitivní deficit, který může zásadně ovlivňovat pacientovu schopnost zúčastnit se průzkumu spokojenosti. Přesto je to za určitých podmínek možné, ale je třeba sledovat spokojenost průběžně (denně) pomocí srozumitelného dotazování na různé aspekty péče (např. vlídnost personálu, kvalita skupinových sezení, pocit bezpečí, kvalita jídla a podpora pacientovy spoluúčasti na vlastní léčbě) a je důležité pacienty ujistit, že jejich připomínky mají velký význam. Navíc autoři zmiňují zajímavé zjištění, že mnoha případech se zjišťování spokojenosti pacientů stalo léčebným prostředkem samo o sobě.

Bjørngaard, Ruud a Friis (2007) sledovali vliv psychopatologie na spokojenost pacientů, která byla posuzována z hlediska vztahu mezi pacienty a profesionály (dostatek času na vzájemný kontakt, schopnost profesionálů naslouchat, společné plánování intervencí, respekt k pacientovým názorům, možnost ovlivňování léčby pacientem a spolupráce mezi profesionály). Zjistili, že spokojenost je pozitivně spojena s léčebnými výsledky, zdravotním stavem, ženským pohlavím, vyšším věkem a méně závažnými psychiatrickými symptomy.

V ČR proběhlo rozsáhlé šetření sledující spokojenost hospitalizovaných psychiatrických pacientů v různých nemocnicích a psychiatrických léčebnách (Raiter a Žáčková, 2006). Spokojenost pacientů byla hodnocena pomocí standardizovaného Pickerova dotazníku v osmi dimenzích kvality péče:

- přijetí do nemocnice
- respekt, ohled, úcta
- koordinace a integrace péče
- informace, komunikace a vzdělávání
- tělesné pohodlí
- citová opora a zmírnění strachu a úzkosti
- zapojení rodiny a přátel
- propuštění a pokračování péče.

Souhrnná spokojenost pacientů na psychiatrických odděleních nemocnic a v léčebnách dosahovala 70%, ale obecně vyšší spokojenost, a také vyšší spokojenost v dimenzích respekt, ohled a úcta, koordinace a integrace péče, přijetí do nemocnice a v dimenzi informace, komunikace a vzdělávání, vykazovali pacienti psychiatrických oddělení oproti pacientům léčeben, kde byla velmi nízká hlavně spokojenost s komunikací a podáváním informací.

Spokojenost pacientů v různých typech zařízení byla sledována v rámci mezinárodní studie EDEN (European Day Hospital EvaluatioN), jejíž část byla realizována také u nás (Stárková a kol., 2003). Tato studie srovnává účinnost léčby formou denního stacionáře s tradiční hospitalizací na základě různých parametrů (změna psychopatologie, spokojenost s léčbou, sociální postižení, dopad onemocnění na příbuzné pacienta, kvalita života atd.). Podle závěrů této studie se klinický stav zlepšil obdobně v obou skupinách, ale ve skupině DS bylo zaznamenáno významně vyšší skóre kvality života (a to prakticky ve všech hodnocených doménách), zejména v celkové spokojenosti se životem a duševním zdravím. Spokojenost

s léčbou se mezi oběma skupinami významně nelišila, přesto zhruba 75% zúčastněných pacientů uvedlo, že pokud by si mohli zvolit formu léčby, vybrali by si denní stacionář.

Příkladem nástroje, který je možno používat v ambulantních zařízeních, je *Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale* (Pellegrin et al., 2001), který obsahuje patnáct položek hodnocených na pětibodové Likertově škále: přístup sekretářky, poskytování informací o placení služby, doba čekání, podávání informací týkajících se potíží pacienta, respekt k pacientovým názorům na léčbu, zda léčebný plán odpovídá individuálním potřebám pacienta, užitečnost služby, celková kvalita poskytované péče, prostředí čekárny, ordinační hodiny (otevírací doba), umístění zařízení, parkování, přehledný měsíční účet a také zda by pacient doporučil tento program (službu) svým přátelům nebo členům rodiny. Podle autorů jsou nejlepším prediktorem celkového hodnocení péče položky týkající se užitečnosti služby a respektu k pacientovým názorům na léčbu.

Hodně používaným nástrojem v oblasti komunitních služeb je multidimenzionální dotazník *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS), který byl přeložen do několika jazyků a použit v mnoha studiích (Ruggeri et al., 2000). Tato škála pokrývá sedm dimenzí spokojenosti:

- celková spokojenost s poskytovanými službami
- profesionální schopnosti a chování personálu (odborné dovednosti, důkladnost, naslouchání a porozumění, respekt k právům pacientů, spolupráce mezi členy týmu a také s dalšími službami atd.)
- podávání informací týkajících se služby, samotného onemocnění a možností terapie
- přístup (komfort a pohodlí, umístění služby a cena služby)
- účinnost (celková účinnost služby či zlepšení v dílčích oblastech, jako jsou symptomy, prevence relapsu, sebeobsluha a samostatnost, sociální dovednosti, rodinné vztahy a pracovní schopnosti)
- druh intervence (medikace, pomoc v krizi, psychoterapie, rehabilitace, ubytování, rekreační aktivity, sociálně právní poradenství atd.)
- zapojení příbuzných do léčby (pomoc příbuzným při zvládnání s pacientovými problémy, naslouchání a porozumění příbuzným nemocného, poskytování rad a informací).

4. Vývoj dotazníku

Východiskem pro sestavení dotazníku byly, kromě některých výzkumných prací zmíněných v předchozím textu, hlavně informace o problematice spokojenosti s péčí v oblasti duševního zdraví v českých podmínkách z pohledu jejích uživatelů i poskytovatelů. Tyto informace byly získány pomocí metody řízených skupinových rozhovorů (focus groups). Vedení skupin bylo semistrukturované, účastníci diskutovali v rámci předem připravených otázek týkajících se tématu spokojenosti s péčí.

Diskuse probíhaly na základě těchto otázek:

- Co si představujete pod pojmem spokojenost s péčí o jedince s duševním onemocněním a co podle Vás přispívá ke spokojenosti nebo co ji naopak snižuje?
- Které jsou tři nejdůležitější věci, o nichž si myslíte, že nejvíce přispívají ke spokojenosti s péčí?
- Které jsou tři nejdůležitější věci, o nichž si myslíte, že nejvíce snižují spokojenost s péčí?

Z důvodu větší přehlednosti si účastníci zaznamenávali své nápady na připravené listy a následně byli vyzváni ke sdělení těchto nápadů ostatním a k debatě o nich. Moderátor zaznamenával nápady jednotlivých členů skupiny na tabuli, aby je všichni měli stále před sebou. Ze skupinové diskuse byl pořízen zvukový záznam, z něhož pak byl vytvořen doslovný přepis průběhu diskuse, který byl podkladem pro analýzu a pojmenování hlavních témat probíraných v jednotlivých skupinách.

Skupinové diskuse byly realizovány v pěti skupinách. Dvě skupiny tvořili uživatelé služeb pro jedince s duševním onemocněním (klienti sdružení Fokus Praha pracující v chráněné dílně, členové občanského sdružení Kolumbus), jednu skupinu tvořili lidé, kteří mají ve své rodině osobu s duševním onemocněním (svépomocná skupina rodinných příslušníků), a dvě skupiny byly složené z profesionálů (zastoupení profesí: psychiatr, psycholog, zdravotní sestra a sociální pracovník), kteří se pohybují v oblasti péče o jedince s duševním onemocněním (spolupracovníci Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, zaměstnanci Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET).

4.1. Výsledky skupinových rozhovorů

Přestože složení skupin bylo velice různorodé a účastníci posuzovali problematiku spokojenosti s poskytovanou péčí z různých úhlů (z pohledu pacientů či klientů, z pohledu rodinných příslušníků a z pohledu profesionálů) lze nalézt společná témata, která se objevila ve všech skupinách nebo ve většině z nich.

Nejdůležitějším aspektem péče ovlivňujícím spokojenost, jsou vzájemné vztahy mezi profesionály a pacienty (klienty) a přístup profesionálů k pacientům, které byly diskutovány ve všech skupinách. Patří sem zejména respekt a úcta k pacientům, dodržování práv pacientů, empatie, vzájemná důvěra, partnerský vztah, individuální přístup, ohled na potřeby pacientů a pocit bezpečí.

Dalším významným tématem je komunikace mezi personálem a pacienty, která zahrnuje hlavně podávání informací o nemoci, léčbě a možnostech léčby, a také vzájemnou diskusi o těchto záležitostech. S komunikací souvisí i spolupráce s rodinou a blízkými pacienta.

Důležitými tématy jsou také odbornost personálu, dostatek personálu, spolupráce mezi členy personálu, spolupráce mezi různými zařízeními, návaznost péče, možnost volby různých druhů péče, dostupnost a dostatek různých služeb, materiální vybavení zařízení a čistota prostředí.

Téměř ve všech skupinách se objevila problematika společenské stigmatizace a diskriminace jedinců s duševním onemocněním, které často negativně ovlivňují jejich život a společenské fungování.

4.2. Pilotní testování první verze dotazníku

Sestavený dotazník byl testován u klientů komunitních služeb. Sběr dat proběhl v období od listopadu 2007 do února 2008 ve dvou zařízeních Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET a Fokus Praha – Komunitní centrum Břevnov. Soubor tvořilo 107 respondentů.

První výsledky ukázaly dobrou vnitřní konzistenci dotazníku (Cronbachovo $\alpha = 0,899$). Pro výpočet koeficientu vnitřní konzistence byly použity jen dotazníky, v nichž respondenti vyplnili všechny položky (N = 59). U tří položek byla korelace s dotazníkem nižší, a to u položek 16, 17 a 23, při jejichž vyřazení by se koeficient vnitřní konzistence zvýšil.

Jednotlivé položky dotazníku byly podrobeny korelační analýze, při níž byl zjišťován jejich vzájemný vztah pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Téměř u všech položek byl zjištěn významný vztah s většinou ostatních položek. Pouze u tří položek byla korelace s ostatními položkami nízká, a to u položek 7, 16 a 23.

Při analýze vynechaných (nezodpovězených) položek se nejvíce vynechaných odpovědí objevilo u položky 12, kterou vynechalo téměř 19% respondentů, a dále u položek 17 a 28, které vynechalo více než 10% respondentů.

Na základě pilotního testování dotazníku byly provedeny drobné úpravy ve formulaci některých položek. Položka 12 (možnost zapojení rodinných příslušníků do léčby) byla zcela přeformulována.

Byla zvažována také formulace položek 7, 16 a 23, u nichž je hodnocení opačné než u ostatních položek, což mohou respondenti při vyplňování přehlédnout. Ovšem negativní formulace otázky by mohla být obtížně srozumitelná, proto byly ponechány v původní podobě.

5. Popis a struktura dotazníku

Vytvořený dotazník se skládá z 28 položek, které hodnotí různé aspekty péče, jež mohou ovlivňovat spokojenost s poskytovanou péčí. Položky jsou pro lepší přehlednost rozděleny do pěti skupin:

1. přístup ke klientům (respekt, důvěra, dodržování dohod, individuální přístup, partnerský přístup, pocit bezpečí, manipulace)
2. komunikace (naslouchání, empatie, možnost vyjadřovat se k průběhu péče, podávání informací, možnost zapojení rodiny či blízkých osob do léčby)
3. personál (kvalifikace personálu, dostatek personálu, dostatek času na pacienty či klienty, střídání personálu, spolupráce personálu)
4. služba (zde jsou hodnoceny výsledky péče, omezování práv, dodržování mlčenlivosti a soukromí, a je zde zařazeno také materiální vybavení zařízení)
5. dostupnost (lokalita, časová dostupnost, návaznost péče).

Každá položka je hodnocena na čtyřbodové škále se slovním vyjádřením jednotlivých stupňů, které ukazují frekvenci (nikdy, někdy, často, vždy) či intenzitu jevu (vůbec ne, trochu, hodně, maximálně).

Hodnocení položek na škále 1 až 4 je vzestupné, od negativního hodnocení k pozitivnímu. Pouze u tří položek (7, 16 a 23) je hodnocení opačné, od pozitivního hodnocení k negativnímu, což je nutné vzít v úvahu při zpracování výsledků (při zpracovávání výsledků je třeba otočit směr škály).

Východiskem při definování jednotlivých stupňů škály byly zkušenosti s konstrukcí škál dotazníku kvality života (Dragomirecká, 2006), ovšem záměrně je vynechán prostřední stupeň pětibodové škály, aby se předešlo tendenci k neutrálnímu hodnocení jevu. Tato tendence se nazývá chyba centrální tendence, která je jednou z častých konstantních chyb při subjektivním posuzování, kdy hodnotitelé váhají používat extrémních hodnot posuzovací škály (Břicháček, 1978). Pro kontrolu této chyby se doporučuje používat škály s větším počtem stupňů nebo škály, u nichž nejsou vzdálenosti mezi jednotlivými stupni lineární.

Další částí dotazníku jsou doplňující informace, kde respondenti mají možnost vyjádřit se k různým aspektům péče, které nejsou zmíněny v předchozích otázkách, nebo mohou upřesnit některé záležitosti, které v dotazníku zmíněny jsou, ale respondenti by se k nim chtěli vyjádřit podrobněji. U některých položek je možnost upřesnění odpovědi uvedena přímo pod konkrétní otázkou.

5.1. Administrace a sběr dat

Pro šetření spokojenosti s péčí v konkrétním zařízení doporučujeme metodu samosběru v určitém časovém období (např. 2 měsíce). Šetření je založeno na principu dobrovolnosti, kdy je pacientům/klientům nabídnuta možnost vyplnit dotazník spokojenosti s poskytovanou péčí a vyjádřit tak svou spokojenost či nespokojenost s různými aspekty péče, a záleží zcela na nich, zda nabídky využijí. Vyplnění dotazníku je anonymní, respondenti udávají jen některé sociodemografické údaje. Pro zajištění anonymity a důvěrnosti získaných dat mohou respondenti vhadzovat vyplněné dotazníky do připravených schránek nebo dávat do obálky.

6. Psychometrické charakteristiky dotazníku

Psychometrické charakteristiky upraveného dotazníku byly ověřovány u vzorku pacientů/klientů tří zdravotnických zařízení (N = 134). Šetření probíhalo v období 11-12/2010 v psychiatrické ambulanci a na psychoterapeutické klinice s denním stacionářem a v období 07-08/2011 na psychiatrickém oddělení nemocnice.

6.1. Reliabilita

Tabulka 1 Vnitřní konzistence dotazníku

Cronbachovo $\alpha = 0,917$ (N = 86)		
Položka	Korelace položky s dotazníkem	α v případě vyřazení položky
P 1	0,467	0,914
P 2	0,678	0,912
P 3	0,330	0,916
P 4	0,638	0,912
P 5	0,660	0,912
P 6	0,524	0,913
P 7	0,561	0,914
P 8	0,473	0,915
P 9	0,655	0,912
P 10	0,599	0,912
P 11	0,667	0,911
P 12	0,477	0,916
P 13	0,543	0,914
P 14	0,416	0,916
P 15	0,474	0,914
P 16	0,218	0,918
P 17	0,574	0,913
P 18	0,710	0,910
P 19	0,554	0,913
P 20	0,612	0,912
P 21	0,569	0,913
P 22	0,592	0,912
P 23	0,219	0,918
P 24	0,420	0,915
P 25	0,559	0,913
P 26	0,482	0,915
P 27	0,392	0,916
P 28	0,600	0,912

Koeficient vnitřní konzistence dotazníku Cronbachovo $\alpha = 0,917$. Výsledky ukazují dobrou vnitřní konzistenci dotazníku. Jen dvě položky 16 a 23 mají nižší korelaci s dotazníkem, při jejich vyřazení by se koeficient vnitřní konzistence zvýšil. Pro výpočet byly použity pouze dotazníky, v nichž respondenti vyplnili všechny položky (N = 86).

6.2. Analýza nezodpovězených položek

Tabulka 2 Vynechané (nezodpovězené) položky

Položka	Frekvence vynechaných odpovědí	% (N = 134)
P 3	1	0,7
P 4	1	0,7
P 6	1	0,7
P 11	1	0,7
P 12	22	16,4
P 14	9	6,7
P 15	1	0,7
P 16	10	7,5
P 17	8	6,0
P 19	6	4,5
P 21	2	1,5
P 22	2	1,5
P 26	2	1,5
P 27	4	3,0
P 28	17	12,7

Vyšší procento vynechaných odpovědí u některých položek může být způsobeno tím, že respondent nemá informace o skutečnosti, na níž je položka zaměřena, například u položek 14 (dostatek personálu), 16 (časté střídání personálu), 17 (spolupráce mezi členy personálu) a 28 (návaznost péče).

Nejvíce vynechaných odpovědí, podobně jako při testování první verze dotazníku, se objevilo u položky 12 (možnost zapojení rodinných příslušníků do léčby). Důvodem nezodpovězení této položky je často fakt, že respondent o možnost zapojení rodinných příslušníků nemá zájem.

6.3. Validita

Obsahová validita dotazníku je podpořena výsledky skupinových rozhovorů (focus groups), při nichž byly zjišťovány různé aspekty péče, které jsou důležité z hlediska spokojenosti s poskytovanou péčí, a na jejichž základě byl dotazník sestaven. Výsledky skupinových rozhovorů byly porovnávány s některými již používanými dotazníky spokojenosti, které jsou popsány v teoretické části manuálu.

Validita byla dále ověřována porovnáním výsledků šetření spokojenosti v různých typech zařízení poskytujících péči v oblasti duševního zdraví. Šetření proběhlo ve třech zdravotnických zařízeních a v jednom v nezdravotnickém zařízení:

1. Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET (péče zahrnuje psychiatrické a psychologické ambulance pro dospělé a pro děti a mládež, denní stacionář a ordinace pro alkoholové a drogové závislosti)
2. Psychiatrická ambulance v Praze MUDr. Šilhán
3. Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov
4. Občanské sdružení ESET-HELP, které poskytuje programy psychosociální rehabilitace a sociálně právní poradenství navazující na zdravotnickou péči.

Výsledky z jednotlivých zařízení – průměrné hodnoty položek (Tabulka 3) byly statisticky zpracovány, pro zjištění případných rozdílů ve výsledcích v jednotlivých zařízeních byla provedena analýza rozptylu a Bonferroniho test mnohočetného porovnávání. Zhruba u poloviny položek jsou rozdíly statisticky významné (na hladině významnosti 0,05).

Rozdíly ve výsledcích mezi zařízeními lze očekávat, vzhledem k rozdílnosti těchto zařízení. Každé ze zařízení poskytuje jiný druh péče a služeb a některé aspekty péče pak mají rozdílně důležitou roli. Například u položky 14 (dostatek personálu) se objevily významně lepší výsledky v psychiatrické ambulanci než v ostatních třech zařízeních, lze tedy předpokládat, že respondenti v ambulanci, kde je jen lékař a zdravotní sestra, více personálu neočekávají. U položky 23 (omezování práv) byly nejvíce nespokojeni pacienti psychiatrického oddělení, což může souviset s tím, že v ambulantních zařízeních není nutno

přístupovat k omezování práv pacientů tak často jako na akutním lůžkovém psychiatrickém oddělení.

Tabulka 3 Průměrné hodnoty jednotlivých položek

Položka	Psychoterapeut. klinika s DS (N = 78)		Psychiatrická ambulance (N = 29)		Psychiatrické oddělení (N = 27)		Psychosociální rehabilitace (N = 49)	
	Průměr	SDT	Průměr	SDT	Průměr	SDT	Průměr	SDT
P 1	3,82	0,528	3,93	0,258	3,70	0,542	3,55	0,647
P 2	3,63	0,605	3,79	0,491	3,67	0,480	3,43	0,707
P 3	3,79	0,496	3,97	0,186	3,67	0,555	3,59	0,537
P 4	3,67	0,550	3,83	0,468	3,58	0,504	3,51	0,681
P 5	3,76	0,514	3,86	0,441	3,67	0,555	3,35	0,723
P 6	3,62	0,707	3,79	0,499	3,56	0,641	3,35	0,751
P 7*	3,85	0,363	3,93	0,258	3,93	0,267	3,59	0,574
P 8	3,79	0,493	3,86	0,441	3,81	0,483	3,54	0,582
P 9	3,73	0,475	3,79	0,491	3,74	0,447	3,42	0,647
P 10	3,55	0,658	3,69	0,660	3,48	0,643	3,41	0,762
P 11	3,57	0,637	3,69	0,660	3,74	0,526	3,52	0,652
P 12	3,28	0,985	3,36	1,075	3,46	0,859	3,17	0,797
P 13	3,63	0,561	3,86	0,351	3,67	0,480	3,43	0,540
P 14	2,97	0,834	3,75	0,645	3,00	0,961	2,98	0,812
P 15	3,45	0,617	3,54	0,693	3,41	0,636	3,33	0,625
P 16*	3,70	0,490	3,96	0,189	3,56	0,870	2,82	0,950
P 17	3,27	0,721	3,83	0,384	3,56	0,506	3,30	0,587
P 18	3,05	0,771	3,31	1,004	3,19	0,483	3,02	0,750
P 19	2,96	0,898	3,26	0,944	3,19	0,736	3,06	0,747
P 20	3,05	0,737	3,45	0,736	3,22	0,641	3,04	0,713
P 21	2,95	0,820	3,21	0,978	3,12	0,833	3,00	0,744
P 22	3,14	0,823	3,34	0,974	3,27	0,604	3,21	0,743
P 23*	3,87	0,406	3,83	0,602	3,33	0,679	3,77	0,515
P 24	3,85	0,397	3,97	0,186	3,67	0,480	3,52	0,652
P 25	3,17	0,874	3,66	0,553	3,30	0,609	3,06	0,775
P 26	2,85	1,033	3,57	0,634	3,50	0,510	2,90	0,984
P 27	3,24	0,776	3,71	0,460	3,38	0,647	3,13	0,789
P 28	3,06	0,768	3,56	0,751	3,44	0,507	3,09	0,620

* položky s obrácenou škálou

7. Využití dotazníku

Při zpracování výsledků šetření spokojenosti se vypočítávají průměrné hodnoty každé položky (1 – 28). Tyto hodnoty ukazují míru spokojenosti či nespokojenosti s jednotlivými aspekty péče. Získané výsledky mohou být jedním z indikátorů kvality poskytované péče. Doplňující informace slouží k vyjádření názoru respondentů k poskytované péči a mohou sloužit jako podněty pro další zkvalitňování péče.

Tento dotazník spokojenosti je využitelný v různých typech zařízení poskytujících péči v oblasti duševního zdraví, a to hlavně v ambulantních a komunitních službách. Je možno ho použít i v lůžkové péči, ale je třeba počítat s tím, že nezahrnuje ty aspekty péče, které jsou charakteristické jen pro lůžková zařízení, jako jsou stravování a ubytování.

Dotazník není vhodný pro porovnávání míry spokojenosti mezi různými zařízeními. Slouží jako hodnotící nástroj kvality péče v konkrétním zařízení. Šetření spokojenosti je možno provádět opakovaně a porovnávat výsledky z různých období ve stejném zařízení.

Seznam literatury

- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 4. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-355-4.
- BÁRTLOVÁ, S. – HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
- BERAN, J. – TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0659-3.
- BJØRNGAARD, J. H. – RUUD, T. – FRIIS, S. The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship: a multilevel analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, vol. 42, no. 10, p. 803-809. ISSN 0933-7954.
- BŘICHÁČEK, V. *Úvod do psychologického škálování*. 1. vyd. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1978.
- ČECHOVÁ, D. *Sledování spokojenosti s péčí v oblasti komunitních služeb pro jedince s duševním onemocněním*. Diplomová práce. Filozofická fakulta UK, Katedra psychologie, Praha, 2008.
- DiMATTEO, M. R. Health Beliefs and Patient Adherence to Treatment. In Friedman, H. S. (ed.) *Encyclopedia of Mental Health. Volume 2*. San Diego: Academic Press, c1998, p. 351-356. ISSN 0-12-226677-3.
- DRAGOMIRECKÁ, E. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 2006, roč. 10, č. 2, s. 68-73. ISSN 1211-7579.
- ELBECK, M. – FECTEAU, G. Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction With Psychiatric Care and Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, vol. 41, no. 9, p. 998-1001. ISSN 0022-1597.
- HNILICOVÁ, H. – JANEČKOVÁ, H. – HOLCÁT, M. – RIEGL, V. *Průzkumy spokojenosti pacientů jako součást sledování kvality zdravotní péče. Návrh standardního dotazníku*. Závěrečná zpráva o řešení grantu IGA MZ ČR č. 4384-2. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998.
- JENKINSON, C. – COULTER, A. – BRUSTER, S. – RICHARDS, N. – CHANDOLA, T. Patients experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, vol. 11, no. 4, p. 335-339. ISSN 1475-3898.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- MAFFEI, C. – SHEA, J. – STEWART, M. Measuring Patient Satisfaction. *Psychiatric Services*, 2003, vol. 54, no. 10, p. 1411. ISSN 1075-2730.
- PELLEGRIN, K. L. – STUART, G. W. – MAREE, B. – FRUEH, B. CH. – BALLENGER, J. C. A Brief Scale for Assessing Patients' Satisfaction With Care in Outpatient Psychiatric Services. *Psychiatric Services*, 2001, vol. 52, no. 6, p. 816-819. ISSN 1075-2730.
- RAITER, T. – ŽÁČKOVÁ, L. *Kvalita psychiatrické péče očima pacientů*. Kvantitativní výzkum mezi pacienty psychiatrie (č. 14/05 MEZ-OZP/4). Závěrečná zpráva projektu. Praha: STEM/MARK, 2006.
- RUGGERI, M. – LASALVIA, A. – DALL'ANGOLA, R. – TANSELLA, M. – EPSILON STUDY GROUP Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version. EPSILON Study 7. *The British Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 177, no. 39, p. 41-48. ISSN 0007-1250.
- STÁRKOVÁ, L. – RABOCH, J. – KITZLEROVÁ, E. – BAKOVÁ, N. – HOWARDOVÁ, A. – PEICHLOVÁ, J. – KALLERT, T. Hodnocení klinického stavu, spokojenosti s léčbou a kvality života u dvou skupin pacientů léčených formou denního stacionáře a klasickou hospitalizací – mezinárodní studie EDEN (Konečné výsledky období léčby). *Česká a slovenská psychiatrie*, 2003, roč. 99, č. 5, s. 260-264. ISSN 1212-0383.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Příloha

SPOKOJENOST S PÉČÍ – DOTAZNÍK

Vyplnění tohoto dotazníku je anonymní. Pouze prosíme o vyplnění následujících údajů:

Pohlaví.....

Věk.....

Služba (typ péče), kterou využíváte.....

Jak dlouho službu využíváte (se zde léčíte).....

Instrukce k vyplnění dotazníku

Následující otázky se týkají Vaší spokojenosti s poskytovanou péčí. Prosíme přečtete si pozorně každou otázku a u každé zaškrtněte vždy jednu z nabízených odpovědí, případně u některých otázek dopište doplňující informace.

PŘÍSTUP KE KLIENTŮM

1. Jednají zde s Vámi s respektem a úctou?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

2. Máte pocit vzájemné důvěry mezi Vámi a personálem?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

3. Dodržuje personál to, co je předem domluveno?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

4. Berou zde ohled na Vaše individuální potřeby?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

5. Jednají zde s Vámi jako s rovnocenným partnerem?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

6. Máte zde pocit bezpečí a jistoty?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

7. Máte dojem, že personál s Vámi manipuluje, nebo že na Vás vyvíjí nějaký nátlak?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

KOMUNIKACE

8. Naslouchá Vám personál, když mluvíte o svých problémech, potížích, obavách (např. osobní problémy, záležitosti týkající se nemoci, medikace atd.)?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

9. Projevuje personál dostatek pochopení pro Vaše problémy?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

10. Máte možnost vyjadřovat se k průběhu poskytované péče a spolupodílet se na jejím průběhu?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

11. Poskytují Vám zde všechny informace, které potřebuje vědět o péči (službě) a jejím průběhu?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

12. Je zde možná spolupráce s Vaší rodinou či blízkými osobami (v případě, že byste o tuto spolupráci měl/a zájem)?

NIKDY	NĚKDY	ČASTO	VŽDY
1	2	3	4

PERSONÁL

13. Domníváte se, že personál je dostatečně odborně způsobilý?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

14. Domníváte se, že je zde dostatek personálu?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

15. Věnují Vám tolik času, kolik potřebujete?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

16. Domníváte se, že zde dochází k častému střídání personálu?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

17. Domníváte se, že je zde dobrá spolupráce mezi jednotlivými členy personálu?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

SLUŽBA

18. Umožňuje Vám tato péče (služba) naplnění Vašich potřeb a osobních cílů?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

19. Umožňuje Vám tato péče (služba) zapojení vlastní aktivity či uplatnění svých schopností?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

20. Pomáhá Vám tato péče (služba) ke zlepšení Vašich potíží či osobní situace?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

21. Pomáhá Vám tato péče (služba) k lepšímu začlenění do společnosti?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

22. Podporují a rozvíjí zde Vaši samostatnost?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

23. Byla omezena Vaše práva v důsledku toho, že jste se stal/a uživatelem této péče (něco nesmíte dělat nebo vlastnit, mít u sebe osobní věci aj.)?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

24. Domníváte se, že zde dodržíte nárok na soukromí a mlčenlivost při nakládání s Vašimi osobními údaji a informacemi o Vás?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

25. Vyhovuje Vám prostředí, uspořádání místností a materiální vybavení místa, v němž je péče (služba) poskytována?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

Pokud ne, napište z jakých důvodů:

.....

.....

.....

DOSTUPNOST

26. Vyhovuje Vám lokalita, v níž je zařízení umístěno?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

27. Vyhovuje Vám časová dostupnost této péče (např. provozní doba, lhůta na objednání, doba strávená v čekárně aj.)?

VŮBEC NE	TROCHU	HODNĚ	MAXIMÁLNĚ
1	2	3	4

Pokud ne, napište z jakých důvodů:

.....

.....

.....

28. Domníváte se, že je zde zajištěna návaznost péče a spolupráce s jinými službami (zdravotnickými a sociálními)?

VŮBEC NE TROCHU HODNĚ MAXIMÁLNĚ
1 2 3 4

Pokud ne, napište s jakými dalšími službami by toto zařízení mělo či mohlo spolupracovat:

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

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

Pokud se chcete vyjádřit ještě k něčemu, co nebylo zmíněno v předchozích otázkách, můžete to uvést zde:

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

Datum:

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU