

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Prostředí nemocnice

Hospital environment

2007/2008

Petra Šancová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně s využitím svých znalostí, vědomostí získaných při studiu a informací získaných ze zdrojů uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Petra Šancová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Daně Juráskové, Ph.D., MBA, která mi jako vedoucí práce poskytla cenné rady a její zkušenosti s tématem, které jsem zpracovávala, pro mne byly nedocenitelné.

Dále bych ráda poděkovala svému manželovi, který mě nejen psychicky podporoval, ale také mi velmi pomohl při zpracovávání dotazníků.

Můj dík také patří mamince mého manžela, která obětavě pečovala o naše děti, když jsem potřebovala pracovat na své práci a nejen na ní, ale během celého studia.

Obsah

1. Úvod	6
2. Požadavky na provoz zdravotnických zařízení	8
2.1 Zdravotnická zařízení ústavní péče	8
2.2 Univerzální lůžková jednotka	9
2.3 Základní požadavky na vybavení a prostorové uspořádání lůžkové jednotky	10
2.4 Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení	13
3. Navrhování zdravotnických staveb	14
4. Bezpečné prostředí nemocnice	16
4.1 Iniciativa World Alliance for Patient Safety	16
4.2 Česká společnost pro kvalitu zdravotnictví	17
5. Sledování mimořádných událostí	19
5.1 Nejčastější mimořádné události	19
5.2 Pády pacientů	20
6. Akreditace nemocnic	22
6.1 Akreditace JCI	23
6.2 Akreditace SAK ČR	24
7. Pacient v nemocnici	25
7.1 Potřeby jistoty a bezpečí	25
7.2 Estetické potřeby	26
7.3 Výzkumy zaměřené na vliv nemocničního prostředí na uzdravovací proces	28
8. Výzkumná část práce	29
8.1 Cíle výzkumu	29
8.2 Stanovení hypotéz	29

8.3 Metodika výzkumu	29
8.4 Výsledky výzkumu	33
9. Diskuse	49
10. Závěr	50
Seznam použitých zdrojů	51
Výchozí zákonné normy	53
Seznam příloh	54

1. Úvod

Ve své práci se chci zaměřit na prostředí zdravotnického zařízení, to znamená na to, co pacienta obklopuje a co na něj působí při pobytu ve zdravotnickém zařízení s důrazem na bezpečné prostředí.

Prostředí zdravotnického zařízení je jedním z faktorů, které ovlivňují proces uzdravování pacienta. Ovlivňuje lidskou psychiku i fyziologické pochody v organismu a výrazným způsobem může ovlivnit úspěšnost léčby pacienta.

Dalšími faktory, které na pacienta v průběhu hospitalizace či pobytu ve zdravotnickém zařízení působí, jsou odborné znalosti a erudice zdravotnického personálu, technická vybavenost zdravotnického zařízení, přístup zdravotníků k pacientovi a jejich manuální zručnost. Všechny tyto faktory se navzájem ovlivňují a pokud má být péče o pacienta komplexní, měly by všechny být brány v potaz.

Je samozřejmé, že pokud se pacient dostane do zdravotnického zařízení, je to proto, že je nemocen a v první řadě je potřeba uspokojit či pomoci mu uspokojit jeho základní biologické a také psychosociální potřeby jistoty a bezpečí. A již v těchto chvílích je potřeba, aby se všechny úkony odehrávaly v bezpečném a přívětivém prostředí.

Položila jsem si otázku, jak má vypadat prostředí zdravotnického zařízení. Myslím si, že prostředí v nemocnici by mělo být bezpečné, čisté, snadné na orientaci, mělo by pacientům poskytnout dostatek osobního prostoru a soukromí, mělo by být vybavené příjemným a pohodlným zařizovacím nábytkem s použitím vhodných barevných kombinací a materiálů v interiérech, pacient by neměl být vystavován nadbytečnému hluku, měl by se cítit komfortně z hlediska okolní teploty a pohodlí na lůžku a světelných podmínek. Mělo by splňovat estetické požadavky. Pacient by měl mít možnost získávat informace a měl by být vystaven přiměřeným podnětům. Prostředí by mělo minimalizovat riziko pádů a dalších zranění.

Toto všechno pacient vnímá, pokud je nucen navštívit zdravotnické zařízení, již od okamžiku, kdy se chce např. do nemocnice dostat. Nejprve do nemocnice přijíždí nebo je přivážen, ocitá se v

areálu, kde se musí zorientovat a najít správnou ambulanci či oddělení. Potom nějakou dobu čeká v čekárně, která sama o sobě může ovlivnit postoj pacienta k nemoci, personálu, může ovlivnit jeho důvěru ve zdravotnické zařízení. Poté je vyšetřen v příjmové ambulanci, případně přijmut k hospitalizaci a je uložen na pokoj, kde bude nějaký čas bydlet, léčit se a samozřejmě vykonávat všechny činnosti běžného života buď sám nebo s pomocí zdravotnického personálu.

Prostředí, ve kterém se ocitl, je pro něj cizí, není na ně zvyklý, nemůže zde dělat vše, co je pro něj obvyklé. Z toho plyne často nervozita, stres, obavy, stavy nejistoty a to vše může zkomplikovat uzdravný proces. Proto si myslím, že prostředí zdravotnických zařízení by měla být věnována pozornost. Vždyť cílem nás zdravotníků je uzdravení pacienta buď úplné nebo částečné a jeho brzký návrat do jeho domácího prostředí.

Ve své výzkumné práci jsem se zaměřila na to, abych zjistila, jak pacienti v nemocnicích vnímají prostředí, ve kterém se ocitli, jak na ně toto prostředí působí, jaký na něj kladou důraz. Protože si myslím, že pacienti u nás jsou stále velmi důvěřiví k celému systému zdravotnictví a často si neuvědomují, co vše se jim může ve zdravotnickém zařízení přihodit, položila jsem také otázku o pocitu bezpečí v nemocnici ve svém dotazníku. Také mě zajímalo, zdali je rozdíl ve vnímání u mužů a žen. Snad by tato práce mohla přispět k tomu, abychom se my zdravotníci zamysleli, zdali není ještě možné to prostředí, kde pracujeme, udělat pro pacienty ještě přívětivější. Často je to otázka finančních prostředků, ale jsem přesvědčena, že nejen jich.

2. Požadavky na provoz zdravotnických zařízení

Veškerý provoz ambulantního i lůžkového zdravotnického zařízení a ústavů sociální péče je zaměřen na 3 základní cíle:

- Ochrana pacienta před vznikem a šířením nozokomiálních nákaz, které vznikají v přímé souvislosti s pobytem a výkony prováděnými ve zdravotnickém zařízení. Prevence nemocničních nákaz je zajišťována zákonem č. 258/2000Sb. o ochraně veřejného zdraví a doplněna vyhláškou MZ ČR č. 195/2005 Sb, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- Ochrana zdraví pracovníků při práci, která je řešena v souvislosti s rizikovou prací, jako je především práce s biologickými činiteli, chemickými látkami nebo různými druhy záření a z toho vyplývajících opatření k ochraně zdraví.
- Ochrana pacienta před dalšími nepříznivými vlivy prostředí ve zdravotnických zařízeních, které mohou působit při ošetřování a vyšetřování pacienta. Cílem je vytvořit takové prostředí, aby vznikla pohoda prostorová, mikroklimatická, zvuková, světelná atd., která vytváří pocit klidu a důvěry, nezesiluje nepříjemné vjemy jako stach, úzkost, bolest apod.

Mezi hlavní úkoly v této oblasti patří ochranný léčebný režim, který zabezpečuje optimální podmínky pro léčení, tzn. klidné a nehlukné prostředí s citlivým přístupem zdravotníků k pacientům. (13)

2.1 Zdravotnická zařízení ústavní péče

Ústavní péče je soustředěna zejména do nemocnic a nese sebou řadu výhod pro pacienty. Současne však přináší zvýšené riziko přenosu infekčních onemocnění, proto klade vysoké nároky na provozovatele. Z epidemiologického hlediska představují zdravotnického zařízení a ústavy sociální péče provozy, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost.

Lůžková zdravotnická zařízení musí obecně z hlediska provozně dispozičního řešení, stavebně technického a věcného vybavení umožňovat pacientům a personálu funkční, bezpečný a hygienicky nezávadný provoz, ve kterém je zajištěna dokonalá diagnostika i cílená terapie.

Skládají se z lůžkových oddělení podle odborného zaměření jednotlivých zdravotnických oborů.

Lůžková oddělení tvoří:

- Lůžkové jednotky
- Léčebný úsek
- Řídící úsek

2.2 Univerzální lůžková jednotka

2.2.1 Lůžkové pokoje

Zřizují se o 1 až 4 lůžkách, větší počet lůžek je nevhodný. Plocha na 1 lůžko činí minimálně 7m² a v jednolůžkovém pokoji minimálně 9m². Šířka dveří do všech místností, kam se zajíždí s lůžkem pacienta, musí být minimálně 110 cm. Za optimální se považují 3 lůžkové pokoje s běžným vybavením (noční stolky, stůl, židle, křeslo aj.) a umyvadlem, lůžko pacienta musí být přístupné ze 3 stran. Na oddělení musí být k dispozici několik jednolůžkových pokojů, které mohou být užívány pro těžké stavy, případně jako izolační pokoj.

Lůžkové oddělení má obvykle méně než 30 lůžek.

2.2.2 Vyšetřovna

Má plochu minimálně 15m². Je vybavena pracovním stolem, židlí, vyšetřovacím stolem nebo lehátkem, je zde osobní váha s výškoměrem, chladnička na léky.

2.2.3 Pracovna sestry

Má plochu minimálně 15m². Musí být umístěna tak, aby vzdálenost ke všem pokojům byla co nejkratší. Sestra musí mít v pracovně signalizační zařízení pro dorozumívání s pacienty, pracovní stůl, stůl pro přípravu zdravotnického materiálu, chladničku na léky, úložný prostor na zdravotnický materiál apod.

2.2.4 Expektační pokoj

Plní funkci při příjmu pacienta s nejasnou diagnózou, když nelze vyloučit infekční chorobu, pacient je zde krátkodobě umístěn až do vyjasnění diagnózy. Často jsou soustředěny více do ambulantních provozů, někdy také centrálně pro celou nemocnici.

2.2.5 Sociální zařízení pro pacienty

Pokud je to stavebně technicky možné, zřizují se u lůžkového pokoje vlastní příslušenství, které bývá společné pro 2 pokoje. Tam, kde to místní podmínky neumožňují, je zřízeno pro každou jednotku společné hygienické zřízení, v tom případě musí být na každém pokoji umyvadlo.

2.2.6 Vedlejší místnosti

Univerzální lůžková jednotka je vybavena ještě vedlejšími místnostmi a to: čajovou kuchyňkou vyhrazenou pro manipulaci s nemocniční stravou, dále jídelnou pro stravování pacientů, čisticí místností, úklidovou komorou, prostorem pro skladování čistého prádla, denní místností.

Tyto vedlejší místnosti jsou dimenzovány podle velikosti lůžkové jednotky a úrovně technického vybavení i organizace práce doplňujících služeb. (13)

2.3 Základní požadavky na vybavení a prostorové uspořádání lůžkové jednotky

Nemocnice je z pohledu pacienta místem, kde je nucen nějakou dobu, často velmi dlouhou dobu, žít. Z pohledu zdravotnického pracovníka je místem pracovním. Prostředí musí mít dostatečný stupeň flexibility.

2.3.1 Lůžko

Lůžko je místo, kde pacient tráví většinu času. Proto je nutné, aby bylo pohodlné a snadno ovladatelné. Zdravotnický personál musí mít možnost pohybovat se volně okolo lůžka, pomáhat pacientovi a přesouvat ho z libovolné strany. Po obou stranách lůžka musí být dostatek místa, aby se zde mohli pohybovat 2 lidé. Osoba nahýbající se nad lůžko potřebuje prostor o šířce 1 000 mm, osoba sedící na židli potřebuje prostor o šířce 900 mm. Pod postelí musí být dostatečná světlost alespoň 150 mm, aby bylo možné použít mobilní zvedáky. Lůžko by mělo být výškově nastavitelné,

zdravotníci tak mohou zachovávat správný postoj podle své výšky. Na lůžku by měly být držáky na podložní mísu či močovou láhev, aby se tyto pomůcky nepokládaly na podlahu, kde se snadno mohou stát příčinou pádu a samozřejmě také z hygienických důvodů. Pacient by měl z lůžka vidět, kdo přichází, co se děje na pokoji a měl by mít možnost vidět z okna. Každý pacient musí mít k dispozici signalizační zařízení pro případ nouze. (1)

2.3.2 Sociální zařízení

Dalším velmi důležitým místem jsou sociální zařízení. Návštěva sociálního zařízení je intimní záležitostí a podle toho by mělo být uzpůsobeno. Musí mít dostatek prostoru pro úpravu oděvu, ať už je pacient sám nebo mu někdo pomáhá. Toaleta by měla být umístěna tak, aby bylo místo po obou stranách. Šířka minimálních doporučených požadavků na obou stranách pro invalidní vozík je 90 cm. U toalety s pevnou výškou by mělo být zvýšené sedátko, tj 460 mm. Maximální flexibility dosáhneme zvolením výškově nastavitelné toalety. Na obou stranách by měla být k dispozici madla, která by měla být barevně zvýrazněná pro pacienty se zhoršeným zrakem. K tomu, aby pacienti nezůstali bez dozoru, slouží signalizační zařízení, které by mělo být dosažitelné z toalety i sprchového prostoru. Aby se usnadnilo používání mobilních zvedáků, chodítek a invalidních vozíků, nesmí být v prostoru dveří práh. Podlaha v koupelně musí být z hladkého protiskluzného materiálu bez vystouplých hran nebo nerovností. Minimální rozměry toalety by měly být 2 200 x 2 200 mm. (1)

2.3.3 Chodby

Na chodbách musí být dostatek místa pro míjení lůžek. Šířka volného průchodu pro 2 lůžka je minimálně 2 400 mm. Ležící pacienti by měli být převáženi chodbami a výtahy co nejkratší cestou, částečně svlečený pacient nikdy společnými prostorami. Aby se na chodbách nehromadila mobilní zařízení (vozíky, zvedáky,..), je nutné mít k dispozici místo pro jejich ukládání. Všechny dveře by se měly otvírat dovnitř místností, u dveří, které se automaticky otevírají do chodby, by měla být kontrastní barvou na podlaze vyznačena jejich otevírací plocha. Pro usnadnění chůze pacientů by měla být na chodbách a ve výtazích madla. Abychom se vyhnuli poškození zdí stupačkami invalidních vozíků a okraji lůžek, mělo by být na zdech odolné obložení. Na podlaze nemají být žádné změny úrovní, vystouplé hrany, nerovnosti ani mezery. Tam, kde se pohybuje pacient, by se neměla vyskytovat podlaha se spádem, maximální možný sklon je 1:50. Podlahový materiál by neměl být příliš měkký, protože by ztěžoval manipulaci s mobilním zařízením. (1)

2.3.4 Výtahy

Šířka výtahů by se měla odvíjet od šířky lůžka a jeho pohodlného převozu. Ve výtahu by měly být dobře slyšitelné či čitelné informace o poloze, tlačítka by měla být přehledná a čitelná a umístěná horizontálně ve výšce 800 mm. Výtah by měl mít na všech stěnách, kromě dveří, zaoblená madla. Na všech patrech by měl zastavovat přesně na úrovni podlahy. Pokud není možné se ve výtahu otočit s vozíkem, mělo by být naproti dveřím zrcadlo pro přehled o otevřených dveřích. (1)

2.3.5 Tipy na vytvoření přívětivého prostředí nemocnice

Prostředí nemocnice má i psychologický dopad na zdraví. Studie v amerických nemocnicích ukázaly, že na jednotkách bez oken upadá do pooperačního deliria dvakrát tolik pacientů, než na jednotkách s okny. Tito pacienti také vykazovali více příznaků deprese. Pacientům, kteří měli výhled na stormy a květiny, trvala rekonvalescence o 9% času méně než těm, kteří měli výhled na zeď. Prostředí v nemocnici by mělo pacientovi co nejvíce připomínat prostředí domova a tak jsem se pokusila sestavit několik doporučení, jak vytvořit přívětivé prostředí i v nemocnici. Je potřeba brát v potaz provozní a hygienické požadavky a v neposlední řadě i finanční možnosti zdravotnických zařízení, ale myslím si, že lze některých tipů využít i v našich podmínkách:

- Denní světlo přicházející z různých směrů
- Měkčí, rozptýlené a různorodé umělé osvětlení
- Dostatek průhledů do vnějšího světa, do zahrady, na stromy
- Chodby uzpůsobené tak, aby se odlišila místa pro zastavení od průchozích úseků
- Doplňovat chodby rostlinami, případně vodními prvky
- Vchody a místa k sezení by neměla být konfrontována s plochami zdí
- Každý pokoj by měl být něčím zvláštní, specifický
- Nemocniční pokoj se velmi zútulní použitím vhodných barev stěn, nábytku, podlahy, pověšením vhodného obrázku či fotografie na zeď
- Květiny navodí pocit harmonie a pohody
- Použití textilií při zařizování nemocničního pokoje – závěsy, ubrusy, barevné lůžkoviny
- Vyhrazené místo pro stolování – jídelna, na pokoji jídelní stůl a dostatek židlí
- Možnost sledování televize a poslech hudby a rozhlasu (4, 12)

2.4 Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení

Požadavky na provoz, zařízení a vybavení zdravotnického zařízení úzce souvisí také s hygienickými požadavky. Tyto jsou stanoveny vyhláškou 195/2005 Sb.

Tato vyhláška stanovuje:

- a) Způsob a rozsah hlášení infekčních onemocnění
- b) Způsob hlášení nemocničních nákaz
- c) Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů a u nemocí, jejichž léčení je povinné
- d) Lékařské prohlídky u fyzických osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné
- e) Zásady pro odběr a vyšetření biologického materiálu a náležitosti žádanky
- f) Požadavky na umístění a přístrojové a materiálové vybavení laboratoře provádějící laboratorní vyšetření na virus lidského imunodeficitu
- g) Postup při příjmu a ošetřování fyzických osob ve zdravotnických zařízeních
- h) Postup při sterilizaci, vyšším stupni dezinfekce a dezinfekci
- i) Postup při manipulaci s prádlem
- j) Úklid prostor zařízení léčebně preventivní péče a ústavů sociální péče

3. Navrhování zdravotnických staveb

Navrhování zdravotnických staveb je pravděpodobně nejsložitější architektonickou disciplínou. S ohledem na současný rozvoj medicíny a souvisejících vědních oborů se trvale proměňují nároky na odpovídající technické vybavení a dispoziční řešení nemocnic a specializovaných ústavů.

Od poloviny 20. století umožnil rozvoj mikroelektroniky a informatiky velký posun v oblasti diagnostických a léčebných metod. Od 90. let 20. století otevíral rozvoj elektronové mikroskopie nové možnosti v oblasti základního výzkumu buněčné biologie a genetiky. Vědecký rozvoj imunologie se promítl do transplantační chirurgie. Posledních 15 – 20 let je ve znamení nebývalého rozvoje zobrazovacích metod. Rozvíjí se technika pro laparoskopie, využití laseru pro operační techniku přineslo nové možnosti pro oční chirurgii a neurochirurgii. Prudce se rozvíjí miniinvazivní chirurgie v návaznosti na to vznikají oddělení jednodenní hospitalizace. Stárnutí populace s sebou přináší požadavky na lůžka následné péče, lůžka pro dlouhodobě nemocné. To vše s sebou přináší nové požadavky na uspořádání nemocnic. Technické a racionalizační změny prožívá i doprava a zásobování v nemocnicích.

Do časové disproporce se dostává projektování a výstavba s prudkým rozvojem medicíny. Nutné jsou změny již ve fázi projektu a výstavby. Vědecko-technický rozvoj s sebou přináší zásadní rozpor mezi životností stavby, které je v desítkách let a hlavně morálním stárnutím technologického vybavení, které se zkrátilo na 2-3 roky. Tento stav s sebou přináší striktní požadavek na vysokou vnitřní flexibilitu nemocnice, hlavně části vyšetřovacího a léčebného komplementu. Po vyčerpání možností vnitřní flexibility musí dojít k rozšíření nebo k rozsáhlé rekonstrukci či kompletní přestavbě nemocnice. V krajním případě musí dojít k demolici a nové výstavbě.

Z těchto důvodů se objevuje tendence výstavby komplementu pouze jako obálky technologie. Cesta demolice a nové výstavby není zatím v areálech našich nemocnic s ohledem na společensko-ekonomické poměry ve větším měřítku zatím reálně možná. Ve velkých nemocničních souborech proto probíhá proto prakticky permanentní rekonstrukční činnost. V rámci velkých nemocničních areálů dochází ke složitým urbanisticko-technickým problémům. Proto je potřeba zpracovat generel, jehož součástí je i koncepce dopravy a kolektorizace inženýrských sítí. Racionální vyřešení

generelu s hlubším časovým horizontem je předpokladem pro zachování odpovídající úrovně daného ústavu.

Pokud budeme sledovat současné tendence v architektonické tvorbě zdravotnických staveb, jde v podstatě o dva zásadní jevy. Je to jednak architektonicko-technická odpověď na závratný rozvoj medicíny a **humanizace zdravotnických zařízení**. Forma humanizace zůstává trvale problémem odborné diskuse.

U nás je jednou z prvních realizací výrazně akcentující humanizační přístup dostavba Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Velmi kultivovaná je rekonstrukce několika původních pavilonů Vojenské nemocnice v Praze-Střešovicích. Významným architektonickým dílem s důrazem na humanizaci prostředí je i nový interní pavilion fakultní nemocnice v Hradci Králové. Dalším příkladem je i nemocnice Domažlice postavená na zelené louce. V některých nemocnicích proběhly rekonstrukce interiérů, které výrazně promluvily do kvality nemocničního prostředí. Příkladem může být rekonstrukce v nemocnici v Jablonci nad Nisou (viz. příloha č. 7), ale i další. (5,6)

Společnost UIA - PHG (International Union of Architects - Public Health Group), která se zabývá navrhováním zdravotnických staveb, prezentovala hlavní problémy existujících nemocnic takto:

- Velikost místností
- Funkční vhodnost místností
- Pocit soukromí
- Pocity osamělosti
- Pocit pohodlí
- Možnost volby a kontroly (topení, větrání, hluk, zápachy)
- Kontakt s vnějším prostředím (faktický i vizuální)
- Stimulace prostředím (pocit nudy, chybí výtvarné umění, TV)
- Přístup k nemocnici, parkování, vnější orientace
- Komunikace a orientace uvnitř nemocnice

Tato společnost spolupracuje s dalšími organizacemi, např. IHF (International Hospital Federation), WHO (World Health Organization), EU Commission of Healthcare, EU-HPN (European-Health Property Network) a GUHPA (Global University Health Programme for Architecture). (23)

4. Bezpečné prostředí nemocnice

Problematika zvyšování bezpečí pacientů se řeší téměř na celém světě. Informovanost laické, ale odborné veřejnosti o bezpečí a kvalitě ve zdravotnictví je u nás stále nedostatečná. Pacienti o nebezpečí ve zdravotnických zařízeních neuvažují, přicházejí většinou s důvěrou a většinou také nepochybují o jeho kvalitě.

Definice kultury bezpečí: Kultura bezpečí organizace je výsledkem individuálních a skupinových hodnot, přístupů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které ovlivňují nasazení, styl a dovednost managementu bezpečí a zdraví v organizaci. Organizace s pozitivní kulturou bezpečí jsou charakterizované komunikací založenou na vzájemné důvěře, sdíleným vnímáním důležitosti bezpečí a vírou v účinnost preventivních opatření. (10)

Ve světě, ale již i u nás existují iniciativy a instituce, které se primárně věnují otázce bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních a kvalitě poskytované zdravotní péče.

4.1 Iniciativa World Alliance for Patient Safety

Tato iniciativa působí od října 2004 pod hlavičkou Světové zdravotnické organizace (WHO). Jejím cílem je usnadnit rozvoj bezpečných postupů při poskytování zdravotní péče. Aliance sdružuje a zastřešuje aktivity v jednotlivých členských státech, aby nedocházelo k jejich překrývání a snaží se získat pro projekty v oblasti bezpečnosti pacientů podporu oficiálních míst. Dále vyvíjí mezinárodní benchmarking a taxonomii bezpečnosti pacientů vůbec, pomoc členským státům a institucím při rozvoji systému hlášení mimořádných událostí, jejich vyhodnocování a především sdílení výsledných závěrů a doporučení.

Vymezila několik základních oblastí své pozornosti:

- **Prevence nozokomiálních infekcí** coby problému společného vyspělým i rozvojovým zemím. Dokončují se studie pro **hygienu rukou** ve zdravotnictví.
- **Bezpečná chirurgie** – podle statistik je dnes více než polovina mimořádných událostí končících smrtí nebo invaliditou pacienta spojena s chirurgickým zákrokem
- **Komunikace** je základ úspěchu – snahou je posunout pacienta do středu zájmu všech zúčastněných stran tak, aby probíhala široká komunikace s pacienty a jejich rodinami
- Podpora rozvoje nemocničních, národních i nadnárodních systémů **hlášení mimořádné události** tak, aby z dat o hlášených incidentech bylo možné vytvářet nejen statistické tabulky, ale také provést analýzy příčin a získat tak znalosti použitelné v praxi.
- Mezinárodní **standardizace názvosloví** v oblasti bezpečnosti pacientů
- **Výzkum** – WHO sestavuje mezinárodně akceptovaný seznam prioritních oblastí, na které by se měl výzkum zaměřit a který bude sloužit jako podklad výzkumníkům i zástupcům grantových agentur a jiných investorů.
- **Aplikace znalostí z jednoho místa na druhé** – zde je nápomocna Joint Commission International, která buduje síť odborníků a institucí schopných vyhledat, vyhodnotit, přizpůsobit, prioritizovat a celosvětově rozšířit řešení pro bezpečnost pacientů.(20)

4.2 Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví

Tato společnost byla zaregistrována MV ČR dne 7.1. 2004 jako občanské sdružení s následujícími cíli:

- Shromažďovat informace o systémech kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví
- Vytvářet podmínky pro diskusi o různých přístupech k zavádění systémů řízení kvality ve zdravotnictví a k zavádění akreditačních systémů zaměřených na kontrolu systémů ve zdravotnictví
- Organizovat vzdělávací akce věnované problematice kvality ve zdravotnictví
- Spolupracovat národními i mezinárodními společnostmi pro kvalitu ve zdravotnictví (18)

V dubnu 2005 byla summitem EU přijata tzv. **Lucemburská deklarace** k bezpečí pacientů, formulující doporučená opatření k maximálně možné eliminaci rizikových situací.

A jaká je situace u nás? V únoru 2006 bylo zrušeno Centrum pro řízení kvality ve zdravotnictví a veškeré činnosti související s kvalitou zdravotní péče byly převedeny na MZ. V listopadu 2006 bylo zadáno novým vedením MZ zmapovat veškeré aktivity MZ v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotní péče a na základě zjištěného výsledku byly stanoveny následující priority.

Náměstkyně ministra zdravotnictví MUDr. Markéta Hellerová představila 21. června 2007 v Praze novinářům resortní **Program péče o bezpečnost zdravotních služeb**. V přípravě je dokument **Kniha bezpečí**, který shrne metodické zásady, doporučení i konkrétní opatření vedoucí ke zvyšování bezpečnosti pacientů. Tato problematika by se měla promítnout také do nové úpravy zdravotnických legislativních norem. Milena Kalvachová z Oddělení kvality zdravotních služeb MZ informovala na konferenci prezidia ČAS, která se konala 17.11.2007 v Karlových Varech, že se připravuje se **Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**. Měl by provozovatelům zařízení stanovit povinnost upravit vnitřním předpisem podmínky posilující prevenci nežádoucích událostí jako jsou neoprávněné manipulace se zdravotní dokumentací, systém hlášení nežádoucích událostí, systém bezpečné identifikace pacientů atd. Tento zákon by měl zahrnovat také otázku akreditací.

Další prioritou je vytvoření **Serveru kvality MZ**, který by zlepšil informovanost odborné i laické veřejnosti a měl by poskytovat edukační materiály. Dále si MZ stanovilo zmapovat čekací doby u zdravotních výkonů, měřit kvalitu zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů, stanovit ukazatele výkonnosti a kvality nemocniční péče a ambulantní péče a vytvořit jednotný mechanismus schvalování a zveřejňování standardů na národní úrovni. (21)

5. Sledování mimořádných událostí

Institut of Medicine definuje mimořádnou událost jako jakékoliv poškození pacienta nebo riziko tohoto poškození-nedokonané pochybení způsobené činností zdravotnického či nezdravotnického personálu zdravotnického zařízení, nikoliv onemocněním či úrazem pacienta.

Join Commission International definuje mimořádnou událost jako neočekávanou situaci, při které dojde k úmrtí, vážnému tělesnému či duševnímu traumatu, nebo hrozí nebezpečí takovéto situace. (10)

Hlášení mimořádné události slouží k identifikaci problémů vysoce rizikové povahy a umožňuje dokumentovat opravná opatření, která byla k řešení problému podniknuta. Nemá být používáno pouze k potrestání zaměstnanců, znehodnotí se tím jejich účel. Je potřeba, aby byly nahlášený všechny události, které mohly přejít v nehodu. (7)

V ČR zatím neexistuje jednotný národní systém sledování chyb či mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče. V současnosti je na zdravotnickém zařízení, jestli zavede systém hlášení mimořádných událostí a v jakém rozsahu. Vypracovávají si také vlastní definice, ale to brání srovnávání mezi jednotlivými kategoriemi.

5.1 Nejčastější mimořádné události

- Nozokomiální nákazy
- Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu
- Chybné podání léku - lék nepodán, podán jinému pacientovi, nesprávná rychlost podání, nesprávná dávka či koncentrace, špatný čas podání, způsob, místo podání, nesprávný lék
- Pády pacientů
- Dekubity
- Chybné podání stravy při ordinované dietě
- Poškození pacienta zdravotnickou technikou (popálení od elektrody)
- Poškození při výkonu
- Únik informací z dokumentace a chyby ve zdravotnické dokumentaci

5.2 Pády pacientů

Nejčastější mimořádnou událostí souvusející s prostředím nemocnice jsou pády pacientů. Jako pád je definována změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí, může být provázena poruchou vědomí a poraněním.

K nebezpečným pádům dochází v nemocnicích a pečovatelských domech velmi často. S věkem jejich výskyt narůstá. Vyšší je výskyt u žen. Běžnými následky pádů jsou hematomy, otevřené rány i zlomeniny. Podle statistik dochází při pádech v nemocnicích a sociálních zařízeních v 5% k těžkým poraněním, hlavně zlomeninám. Z nich nejčastěji stehení kosti, krčku kosti stehení, ale také paže, zápěstí, obratlů. Časté je poranění hlavy – měkkých tkání, subdurální hematom. 15% pádů způsobuje lehká zranění a přes 45% osob zůstává po úraze způsobeném pádem v trvalé ústavní péči, často i proto, že mají strach z opakovaného pádu. Pád bezprostředně ohrožuje zdravotní stav pacienta a způsobuje mu další bolest a trápení. Pacient trpí a prodlužuje se jeho hospitalizace. To má ekonomické dopady na hospodaření zdravotnického zařízení. Po pádu je pacient podroben několika vyšetřením, je rentgenován, případně podstupuje chirurgický zákrok. Delší hospitalizace vyžaduje i vyšší nasazení zdravotnického personálu. (19)

5.2.1 Věkem podmíněné změny

S věkem se zhoršuje funkce těchto systémů:

- Senzorického – zrak (vnímání hloubky,ostrost, adaptace na tmu, barvocit, zužování zorného pole, prostorová představivost), sluch, propriorecepce, vestibulární system
- Centrálního – zpracování informací v CNS
- Efektorového – posturální reflexy, zpomalení motorické odpovědi, sarkopenie, omezený rozsah kloubní pohyblivosti, menší zvednutí chodidla od podložky

5.2.2 Příčiny pádů

Šetření nemocnic dokazují, že pacienti většinou padají v určitých situacích a dokonce v určitých časových intervalech. Nejvyšší frekvance pádů je v dopoledních hodinách, v době jídla, hygieny, ale také po půlnoci.

Mezi **zevní příčiny** pádů patří hlavně špatné osvětlení, vysoká lůžka, nezabrzděná lůžka, kluzká podlaha, zakopnutí o překážku, prahy, nestabilní lůžko nebo židle, nestabilní patientský stolek, nevhodná obuv či oblečení, chybějící pomůcky a madla. Až 60% všech pádů se točí okolo lůžka. Pacienti vstávají, uléhají, bojují s výškou lůžka, nezabrzděnými kolečky, v noci padají z lůžka bez postranic. Dalších 15% pádů souvisí s patientským stolem. Pacient se natahuje pro sklenici, opře se o stolek při vstávání.

Vnitřní příčiny jsou podmíněny zdravotním stavem. Nejčastějšími vnitřními příčinami jsou:

- Kardiovaskulární postižení – synkopa, ortostatická hypotenze, vertebrobazilární insuficience, hypersenzitivita karotického sinu
- Neuromotorické poruchy – svalová slabost, poruchy propiocepce, poruchy chůze, Parkinsonova choroba, ictus, periferní neuropatie
- Psychiatrická onemocnění – demence, deprese, poruchy pozornosti
- Pohybový systém – artroza, osteoporóza, onemocnění nohou
- Porucha sluchu a vestibulárních funkcí – vertigo, Menierova choroba
- Porucha zraku – poruchy refrakce, zrakové ostrosti, katarakta, glaukom, porucha zorného pole, makulární degenerace (10,19)

5.2.3 Nejčastější místa pádů

Pacient nejčastěji padá na pokoji (70% pádů), v koupelně a na toaletě (20% pádů) a jen malé procento pádů se odehraje na chodbách nebo v jiných prostorách

5.2.4 Prevence pádů

Cílem zdravotníků by mělo být snížení rizika pádů, ale současně příliš neomezit mobilitu a soběstačnost pacienta. Preventivní opatření by měla zahrnovat:

- **Zhodnocení rizikových faktorů**, důkladná anamnéza, spolupráce s rodinou
- **Fungující komunikace mezi zaměstnanci**, předávání informací, řádné zápisy změn zdravotního stavu
- **Poučení pacienta**
- **Sladění farmakoterapie**

- **Dostatečné osvětlení, instalace madel** v sociálních zařízeních a na chodbách, nástavce na toalety či výškově nastavitelné toalety, odstranění překážek, stabilní nábytek
- **Vhodná lůžka** – musí mít takovou nástupní výšku, aby mohl pacient pododlně nastoupit, nejlepší je lůžko s nastavitelnou výškou, lůžko by mělo být osvětleno a funkční brzdový systém koleček
- **Vhodné postranice** – u postranic je třeba, aby byly navrženy s důrazem na kritická místa a to jsou mezery mezi příčkami, mezery mezi dvěma díly postranic, pokud jsou dvoudílné, prostor mezi čelem lůžka, matrací a postranicí a mezera mezi postranicí a matrací
- **Vhodný patientský stolek** - každý pacient musí mít své místo na osobní potřeby. Stolek by se měl dát postavit k lůžku z obou stran podle potřeby. Proto je vhodnější systém zásuvek než dvířek. Důležitá jsou kolečka a systém brzd, protože stolek se často stává oporou při pstávání z lůžka. Výhodné je, pokud si pacient může sám stolek odbrzdit a zabrzdit přímo z lůžka.
- **Zhodnocení veškeré medikace** jedním lékařem a pokus o její redukci, volit spíše nefarmakologické postupy při řešení nespavosti
- Pomalá změna polohy, dostatek fyzické aktivity, zvýšený příjem solí a minerálních vod při posturální hypotenzi
- **Nácvik chůze**, posilování svalů dolních končetin
- **Nácvik rovnováhy**, rytmická stabilizace, vhodné kompenzační pomůcky
- Cvičení zaměřená na normalizaci kloubní pohyblivosti, cvičení proti odporu či se zátěží
- Požívání **vhodné obuvi, oděvu a pomůcek** (10,13, 19)

6. Akreditace nemocnic

Jednou z mála možností, jak pacienta, zřizovatele nebo pojišťovnu informovat o úrovni služeb, jsou certifikáty kvality. Nemocnice, která se rozhodne nechat si ověřit kvalitu a efektivnost procesů uvnitř organizace, může volit mezi několika modely. Normy ISO 9001:2001 nebo EFQM (European Foundation for Quality Management) dokáží zjistit kvalitu postupů, ale nejsou primárně určeny pro zdravotnictví. Programů přímo pro zdravotnictví je také několik. V Evropě má většina států své národní akreditace, u nás SAK ČR a mezinárodně nejuznávanějším certifikátem je certifikát společnosti Joint Commission International (JCI).

Akreditace nemocnice znamená formální uznání toho, že nemocnice odpovídá stanoveným standardům kvality, a to ve všech oblastech péče o pacienty i v komplexnosti poskytovaných služeb.

Akreditace je ve většině zemí dobrovolná a nemocnice se jí zavazuje ke zvyšování péče o pacienty a k zajištění bezpečného prostředí pro pacienty i zaměstnance. Přímé výhody neplynou nemocnici ze získání akreditace okamžitě. Je to dlouhodobá investice, která se promítne do postavení nemocnice na mezinárodním poli, ale v budoucnu může být také zohledněna při platbách pojišťoven.

Smyslem akreditací zdravotnických zařízení je vytvoření systému stimulujícího ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče ve zdravotnictví jako celku. (2)

6.1 Akreditace JCI

JCI má oprávnění vystavit mezinárodně přijímaný certifikát. JCI má stanovených asi 1500 indikátorů, které přesně vymezují požadavky na nemocnici. Celý proces akreditace má 3 fáze:

- Rozhodnutí vstoupit do akreditačního řízení
- Příprava akreditačního šetření
- Realizace akreditačního šetření a získání certifikátu

Akreditační proces nezasahuje do profesního výkonu lékařů, ale je zaměřen hlavně na provozní systém nemocnic. Velká část standardů je soustředěna na klienta zdravotnického zřízení, zejména je sledována dostupnost a kontinuita péče. Mezi jednotlivými odděleními musí fungovat bezchybná komunikace. Dále standardy zkoumají, jestli je pacient dostatečně informován, co ho v nemocnici čeká. Samostatnou kapitolou je edukace pacienta. Pozornost je věnována také diagnostické péči, ošetrovatelské péči, zda nemocnice disponuje přístroji a mobiliářem na dostatečné úrovni a také prevenci a kontrole nemocničních a profesionálních nákaz.

Certifikát náleží nemocnici 3 roky, pokud ho JCI z nějakého závažného důvodu neodejme. Po uplynutí této doby projít opakovanou kontrolou pro obnovení akreditace.

U nás má akreditaci JCI Střešovická nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice a Ústav hematologie a transfuse. (19)

6.2 Akreditace SAK ČR

Spojená akreditační komise ČR vznikla v roce 1998. Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotnické péče v ČR.

Hlavními prostředky pro naplňování těchto cílů jsou:

- Vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky.
- Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky dle typů zdravotnických zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem
- Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů
- Vydávání publikací zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí.
- Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví.
- Podíl na mezinárodní spolupráci
- Vytvoření správy vlastního systému vzdělávání konzultantů a inspektorů akreditačního procesu

U nás získalo prozatím akreditaci SAK ČR 18 zdravotnických zařízení. (22)

7. Pacient v nemocnici

Umístění a léčení pacienta v nemocnici je obvykle zážitkem nového druhu. Mnohé se mění nejen v pacientově tělesném stavu, ale i v jeho psychice. Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti. V nemocnici je uzavřen v neznámém prostředí, kde je vše cizí, nové.

Na pokoji je umístěn s lidmi, které nezná, které většinou nikdy neviděl a má s nimi sdílet pokoj, sociální zařízení. Přitom i doma, mezi blízkými, má svůj pokoj, případně prostor jenom pro sebe. Tímto prostorem se mu v nemocnici stává lůžko, na které není zvyklý. S cizími lidmi má spát v jedné místnosti, často sdílet sociální zařízení a prožívat společně bolest, strach, nejistotu a trápení. Jeho denní režim je z velké části přizpůsoben režimu nemocnice, může se mu zdát nepřirozený, nemusí mu vyhovovat. Nemůže provozovat své zájmy, často se jeho činnost soustřeďuje na uspokojování základních potřeb a často je i při nich odkázán na pomoc personálu. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě. On sám žije přítomností, kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je často nejistá. Je také v relativní izolaci. Stýká se s cizími lidmi a kontakt s blízkými je značně omezen. Emocionální stav je charakterizován celým souborem spíše negativních posvitů. (12)

7.1 Potřeby jistoty a bezpečí

Nemoc člověka je provázena obvykle nepříjemnými pocity, nejistotou, někdy i úzkostí, strachem. I když se jedná o banální onemocnění, obvykle člověk znejistí, ztrácí půdu pod nohama. Absence v zaměstnání, nezvládnutí učiva ve škole, izolace od blízkých, to vše nám bere pocit jistoty a bezpečí. Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu, potřebu ochránce, ekonomického zajištění a atd.

Tyto potřeby lze rozdělit takto:

- Potřebu vyhnout se ohrožení (bolesti, stresu, chladu,...)
- Potřebu ochrany zdraví (saturace fyziologických potřeb)
- Potřebu důvěry
- Potřebu soběstačnosti
- Potřebu informací a orientace (informace o zdravotním stavu, prognoze)

- Potřeba podnětů (senzorických, motorických)
- Potřeba vlastnictví a hromadění majetku (ekonomické zajištění)
- Potřeba struktury a řádu
- Potřeba klidu, míru
- Potřeba naděje a víry

Tyto psychosociální potřeby jsou velmi individuální, protože jsou závislé nejen na individuálních osobnostních, genetických či rasových předpokladech, ale také na prostředí, do kterého člověk přichází. Také závisí na sociálním prostředí a okolnostech, které umožňují socializaci člověka: výchova, vzdělání, kultura, náboženství, politické uspořádání, komunikační media, materiální možnosti atd.

Všechny tyto potřeby jsou v době nemoci ohroženy a to ovlivňuje fyziologicko biologickou stránku lidského organismu, ovlivňuje normální fungování jednotlivých orgánových systémů působením přes CNS a vegetativní nervstvo. A to vše ovlivňuje adaptační mechanismy organismu. Souvisí s možností pacienta se co nejdříve orientovat ve své nemoci, v nemocničním prostředí a ve zdravotnicích.

Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb zakotveny v Listině základních práv a svobod. (9,16)

7.2 Estetické potřeby pacientů

Estetická potřeba je postrádáním, pociťováním nedostatku, absence estetického objektu nebo estetické činnosti. Jejím předmětem je ideální hodnota, která není nasycením potřeby nijak likvidována, spotřebována či opotřebována. Také míra nasycenosti je u estetické potřeby jiná než u základních potřeb. Oslabení estetické potřeby je v určité míře normální. Tím spíše se to týká její absence krátkodobé. Ta je někdy dokonce nutná. Každý z nás také zná ze své zkušenosti situaci, že máme potřebu estetického objektu, ale z dostupných estetických jevů nevyvolá náš zájem žádný. (11)

Zajímavý je **vztah estetických potřeb k zevnímu prostředí**. K uspokojení základních potřeb potřebuje člověk jakýsi objekt skutečnosti ze zevního prostředí – jídlo k uspokojení hladu, vodu k uspokojení žízně,... Složitější je vliv zevního prostředí na potřeby bezpečí a jistot, vztahové,

společenské, sebepojetí a sebeúcty. Ty jsou závislé nejen na přírodních a materiálních podmínkách, ale jsou společensky, kulturně, nábožensky a historicky podmíněné. Seberealizační a sebeaktualizační potřeby, tedy i estetické potřeby člověka vedou naopak člověka ke změnám zevního prostředí. (8)

Estetická kvalita je jednou z charakteristik prostředí. Každé prostředí hodnotíme, ikdyž si to někdy neuvědomujeme, i v estetické rovině. Lidé se značně liší v estetických preferencích a rozdíly jsou někdy až překvapivé. Podobně jako nenalezneme prostředí, které by univerzálně naplňovalo estetické cítění všech jedinců, nenajdeme ani neutrální prostředí, které by nevyvolávalo žádné estetické reakce.

A tak je to i s prostředím nemocnice. Přesto si myslím, že lze volbou vhodných barev a materiálů docílit u pacientů pocitu pohody, přívětivosti a útulnosti při jejich pobytu v nemocnici. (3)

Uplatnění estetického zřetele při péči o pacienty je nejen vizitkou profesionální kvality, ale i nezbytnou, a dosud často přehlíženou součástí zdravotní a sociální péče.

Působení barev na lidský organismus

Fyziologické působení barev na náš organismus již byl prokázán. Barvy ovlivňují náš vegetativní systém. Teplé barvy, mezi kterými převládají odstíny žluté, oranžové, červené, nás podněcují ke zvýšené činnosti. Stoupá krevní tlak a zrychluje se tep. Podporují chuť k jídlu, zřetelněji vnímáme zvuky a zdá se nám, že rychleji ubíhá čas. Studené barevné odstíny, tedy hlavně odstíny modré a zelené mají účinek opačný: vyvolávají útlum tělesných funkcí.

Psychologické působení základních barev:

- Bílá – neurčitá, nejistá, spojená s představou nevinnosti a čistoty
- Žlutá – povzbuzuje, osvobozuje, přináší uvolnění, pocit souladu, harmonie, působí vesele a otevřeně
- Oranžová – vyvolává pocit radosti, je spojena s představou slunce, tepla, bohatství
- Červená – energická, silná, spojená s představami ohně, krve, nebezpečí, lásky hluku
- Světlemodrá – působí přívětivě, vyvolává představu oblohy a vzduchu, ticha a touhy
- Tmavěmodrá – klidná, vážná až skličující, barva dálek hloubky, rozjímání a smutku

- Světlezelená – působí přirozeně, ale někdy i jedovatě, je spojena s představou vlhka, chladu, ticha rostlin
- Tmavozelená – uklidňuje a chrání, ale také omezuje, je přátelská, dává pocit bezpečí a naděje
- Hnědá – střízlivá, mlčenlivá, solidní, vážná, spojená s představou jistoty a pořádku, domova, tradice a zdrženlivosti
- Šedá – netečná, smutná, spojená s představou chudoby
- Černá – barva protestu, zlého tajemství, smrti, nicoty (17)

7.3 Výzkumy změřené na vliv nemocničního prostředí na uzdravovací proces

Z historického pohledu již Hippokrates kladl důraz nejen na použití léků, ale i na uzdravující vliv prostředí. Argentinská pacientka Angelica Thieriotová byla během své hospitalizace v USA šokována studeným, neosobním prostředím a odlidštěnou péčí pracovníků a iniciovala poté celosvětový projekt Planetree. V roce 1985 vyšla kniha Pokoj číslo 10 Sue Bakerové a ta otřásla důvěrou veřejnosti ve zdravotnický systém. V 80. letech již probíhaly diskuse o možném vlivu prostředí a jeho dopadech na psychiku pacienta následovaly studie, které prokázaly, že prostředí může významným způsobem podporovat nebo brzdit proces uzdravování.

Jedním z nejvýznamnějších je výzkum týmu z Johns Hopkins Univerzity v USA. Výsledek byl zveřejněn v roce 1988 v knize Průzkum za účelem prokázání vlivu léčebného prostředí na uzdravovací proces. V roce 2004 realizovala skupina badatelů z Texaské university podobnou studii s téměř stejnými závěry. (14)

8. Výzkumná část práce

8.1 Cíle výzkumu

- Zjistit, které parametry prostředí nemocnice pacientům nejméně vyhovují a které naopak považují za bezproblémové
- Porovnat vnímání mužů a žen
- Zjistit priority pacientů při hodnocení vlivů, které ovlivňují uzdravný proces
- Zjistit, co by pacienti rádi změnili v prostředí nemocnice
- Zjistit případné zkušenosti se zraněním či pádem v nemocnici

8.2 Stanovení hypotéz

- Pacienti se cítí v nemocnici bezpečně
- Muži jsou kritičtější než ženy
- Největším problémem jsou sociální zařízení
- Pacienty obtěžuje hluk v nemocnici
- Prostor nemocnice považují pacienti v porovnání s ostatními faktory, které ovlivňují uzdravný proces, za nejméně důležité

8.3 Metodika výzkumu

8.3.1 Popis dotazníku

Dotazník má 5 stran. V úvodu jsem se představila, vysvětlila jsem, k čemu mi bude dotazník sloužit a požádala o jeho vyplnění. Poté následují všeobecné údaje o pacientovi – věková kategorie, pohlaví, dosažené vzdělání a rodinný stav.

Vlastních otázek je 42, nabízím varianty odpovědí ano, ne, nevím. Seřazeny jsou tak, aby odpovídaly nejpravděpodobnějšímu průběhu pacientovy hospitalizace. To znamená od příjezdu do nemocnice přes průchod areálem, čekání v čekárně, vyšetření v příjmové ambulanci, příchod na pokoj a pobyt na oddělení.

Otázka č.43 dává možnost samostatného vyjádření, co by si pacient přál, aby se v prostředí nemocnice zlepšilo.

Na závěr jsem pacienty požádala, aby se pokusili seřadit od pro ně nejdůležitějšího po nejméně důležitý faktory, které ovlivňují uzdravný proces pacienta: odborné znalosti personálu, pochopení a vstřícnost personálu, manuální zručnost personálu, technické vybavení nemocnice a prostředí nemocnice.

Dotazník je uveden v příloze.

8.3.2 Distribuce dotazníků

Výzkum jsem prováděla ve 4 nemocnicích na odděleních interny a chirurgie od prosince 2007 do ledna 2008. Ve 3 nemocnicích jsem se nejprve dohodla s vrchními sestrami vybraných oddělení či klinik, zda-li by souhlasily s provedením výzkumu. Poté jsem kontaktovala hlavní sestry příslušných nemocnic s žádostí o provedení výzkumu. V jedné nemocnici jsem prostřednictvím své kolegyně požádala přímo ředitele nemocnice o možnost provedení výzkumu.

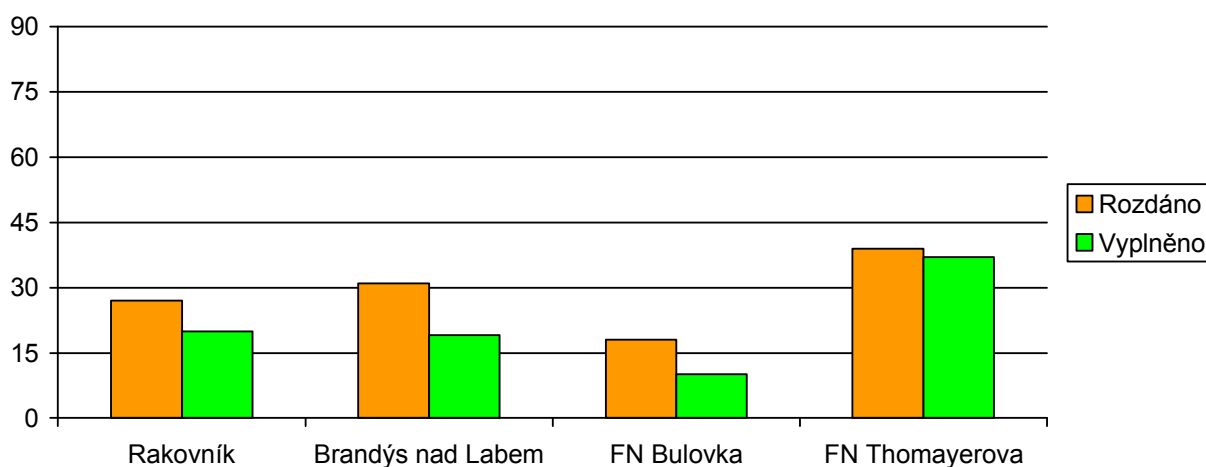
Po schválení žádostí jsem si domluvila návštěvy přímo na odděleních podle provozu oddělení. Ve 3 nemocnicích jsem dotazníky rozdávala osobně pacientům, vysvětlila jsem jim, co po nich žádám a proč. Zodpověděla jsem případné dotazy o způsobu vyplnění. Dotazník jsem předala pouze pacientům, kteří souhlasili s jeho vyplněním. V jedné nemocnici rozdaly dotazníky staniční sestry. V tomto případě se mi vrátilo téměř 100% vyplněných dotazníků. Vysvětluji si to tím, že staniční sestra má větší autoritu než já, která jsem pro ně neznámá osoba, ikdyž s nimi mluvím a vše vysvětluji. Pacienti měli dotazníky k dispozici 4 - 7 dní.

8.3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumném vzorku je 89 dospělých pacientů obou pohlaví, z toho 50 žen a 38 mužů, všech kategorií vzdělání.

Vzorek je ovlivněný ochotou a schopností pacientů ho vyplnit. Rozdala jsem 115 dotazníků, vráceno bylo 86 vyplněných dotazníků.

	rozdáno	vyplněno
Nemocnice Rakovník	27	20
Nemocnice Brandýs nad Labem	31	19
Fakultní nemocnice Bulovka	18	10
Fakultní Thomayerova nemocnice	39	37
celkem	115	86



8.3.4 Charakteristika vybraných zdravotnických zařízení

Nemocnice Rakovník - interní oddělení : Areál nemocnice je umístěn na okraji města. Lze sem dojet městským autobusem. Parkoviště je před nemocnicí. Za polatek je možno zaparkovat uvnitř areálu. Informační okénko je umístěno u vstupu do areálu. V areálu jsou informační tabule. Interní oddělení je umístěno v samostatné starší budově. Zahrnuje oddělení mužů, žen, oddělení následné péče a JIP. Pokoje jsou vybaveny kovovým lůžkem, kovovým stolem bez koleček, malým stolem a židlemi. Na pokojích je 1 – 5 lůžek. Jsou vymalovány žlutě a bíle, nejsou zde květiny a na stěnách nejsou obrázky. Pacienti jedí na pokojích. Chodby jsou vymalovány bíle a obloženy zelenými obklady. Sociální zařízení jsou na chodbě.

Nemocnice Brandýs nad Labem – interní a chirurgické oddělení : Areál nemocnice je na okraji města. Lze sem dojet městským autobusem. Nemocnice vznikla v roce 1945 v budově bývalé zemědělské školy. Přestavěna do současné podoby byla v roce 1963. U nemocnice není parkoviště,

parkování je možné po stranách přilehlé ulice. Interní i chirurgické oddělení je umístěno v budově u vchodu do nemocnice. Zahnují oddělení mužů, žen a JIP. Hned u vstupu je informační okénko. Ihned ve vstupní chodbě jsou ambulance a chodba slouží jako čekárna. Oddělení jsou od chodby oddělena dveřmi. Pokoje jsou vymalovány zeleně, nejsou vybaveny obrázky, květinami ani jinými dekoracemi. Jsou vybaveny kovovými lůžky a stolky, stolky na jídlo a židlemi. Jsou 1 – 6 lůžkové. Sociální zařízení jsou na chodbě.

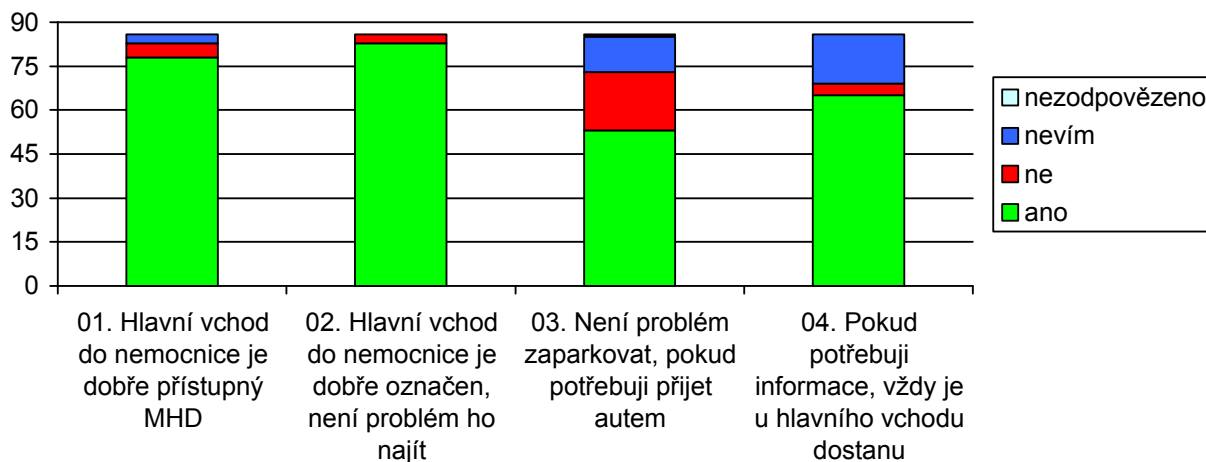
Fakultní nemocnice Bulovka – 1.interní klinika : Nemocnice bude letos slavit 77 let své existence. Lze sem dojet tramvají a městským autobusem. Z tramvajové zastávky není jasné, kudy se k nemocnici vydat. Parkoviště není k dispozici, parkuje se v přilehlých ulicích, případně za poplatek v areálu. Informační okénko je u vstupu do areálu a areál je vybaven informačními tabulemi. 1.interní klinika je umístěna v samostatné budově mimo hlavní areál. Zahnuje oddělení mužů, žen a JIP. Chodby a pokoje jsou prostorné, vymalovány jsou žlutě a bíle. Na pokojích nejsou obrázky, květiny ani jiné dekorace. Jsou vybaveny kovovým lůžkem a stolkem, případně jídelním stolkem a židlemi. Pacienti jedí na pokojích. Pokoje jsou 1 – 6 lůžkové. Sociální zřízení jsou na chodbě.

Fakultní Thomayerova nemocnice – chirurgická klinika : Nemocnice byla založena v roce 1954 na místě bývalých Masarykových domovů. Lze sem dojet městským autobusem. Parkovat se dá na parkovišti před nemocnicí, případně za poplatek v areálu. Informační okénko je u vstupu do areálu a k dispozici jsou orientační tabule. Chirurgická klinika je v samostatné budově na vzdálenějším konci areálu a byla postavena v roce 1982. Zahnuje 4 oddělení, JIP a operační sály. Chodby a pokoje jsou vymalovány kombinací modré a bíle barvy. Na některých pokojích jsou květiny a obrázky. Pokoje jsou vybaveny kovovým lůžkem a stolkem, případně jídelním stolkem a židlemi. Chodící pacienti mají k dispozici jídelnu. Pokoje jsou 1 – 4 lůžkové.

8.4 Výsledky výzkumu

Doprava do nemocnice, možnosti parkování a získání informací u vchodu a v areálu.

otázka		01.	02.	03.	04.
počet	ano	78	83	53	65
	ne	5	3	20	4
	nevím	3	0	12	17
	nezodpovězeno	0	0	1	0
	odpovědí	86	86	86	86
poměr	ano	90,7%	96,5%	61,6%	75,6%
	ne	5,8%	3,5%	23,3%	4,7%
	nevím	3,5%	0,0%	14,0%	19,8%
	nezodpovězeno	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%

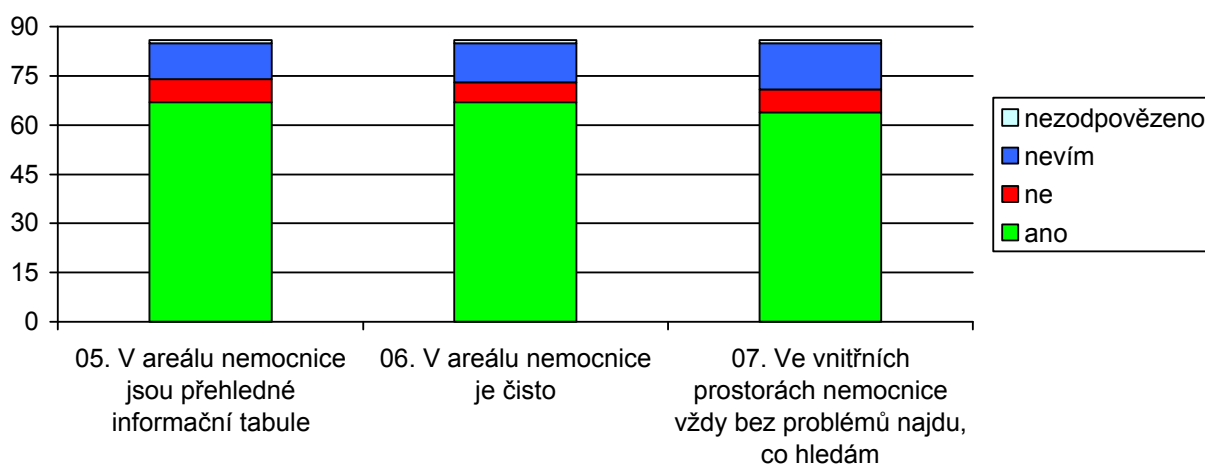


Pacienti vidí jako největší problém parkování. Myslí si to téměř čtvrtina pacientů. Otázkou pro další výzkum je, jestli by chtěli parkovat v areálu nemocnice nebo mají problém i s parkováním před nemocnicí.

Na otázku o možnosti získání informací u hlavního vchodu téměř 20% pacientů uvedlo, že neví. To jsou pacienti, kteří pravděpodobně nezkoušeli takto získat informace a to buď proto, že nemocnici znají nebo byli doprovázeni někým, kdo ji zná, případně byli přivezeni. Ale také to mohli být pacienti, kteří o této možnosti získání informací neví, protože informační okénko není výrazně označené nebo snadno přístupné.

Areál nemocnice z hlediska čistoty a snadnosti orientace

otázka		05.	06.	07.
počet	ano	67	67	64
	ne	7	6	7
	nevím	11	12	14
	nezodpovězeno	1	1	1
	odpovědí	86	86	86
poměr	ano	77,9%	77,9%	74,4%
	ne	8,1%	7,0%	8,1%
	nevím	12,8%	14,0%	16,3%
	nezodpovězeno	1,2%	1,2%	1,2%

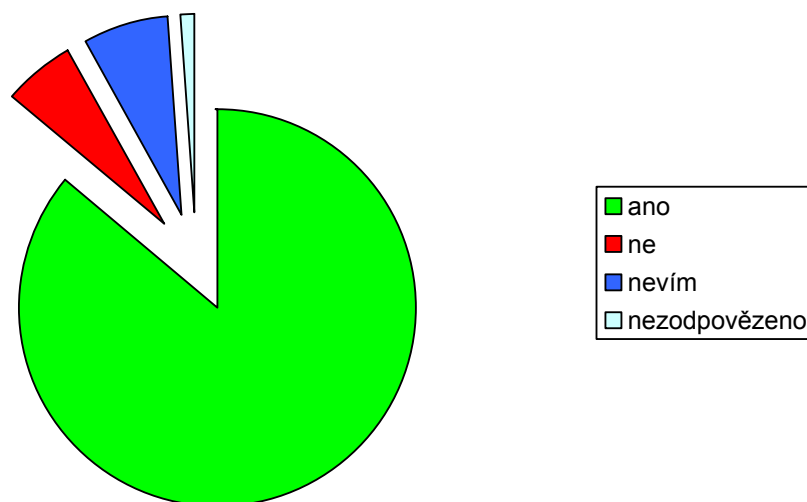


Na tyto otázky okolo $\frac{3}{4}$ pacientů odpovídá kladně, to znamená, že v těchto oblastech nevidí problém.

7 – 8% pacientů zde naopak problém vidí.

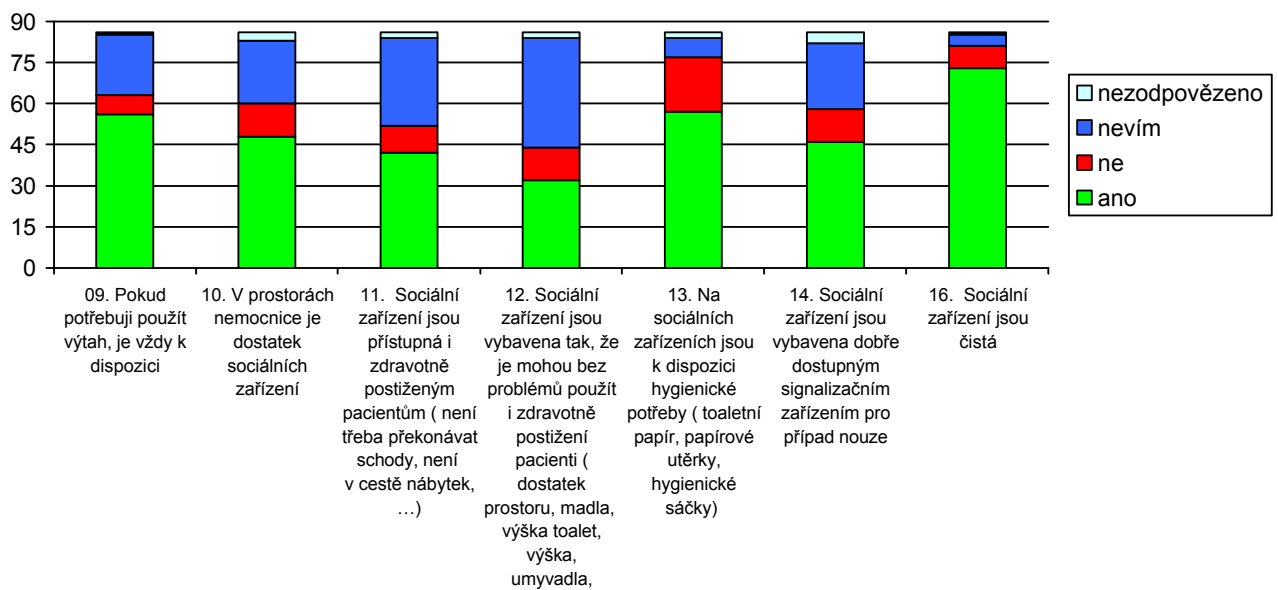
Pocit bezpečí

Otázka pocitu bezpečí v nemocnici je velmi zajímavá. 74 pacientů z celkového počtu 86, což je 86,0% odpovědělo, že se cítí bezpečně, 5 pacientů (5,8%) odpovědělo, že se necítí bezpečně, 6 pacientů (7,0%) neví a 1 pacient (1,2%) na tuto otázku neodpověděl. Z odpovědí vyplývá, že pacienti jsou k nemocničnímu prostředí poměrně důvěřiví.



Vnitřní prostory nemocnice, možnosti použít výtah, dostupnosti a vybavenosti sociálních zařízení a jejich čistoty

otázka		09.	10.	11.	12.	13.	14.	16.
počet	ano	56	48	42	32	57	46	73
	ne	7	12	10	12	20	12	8
	nevím	22	23	32	40	7	24	4
	nezodpovězeno	1	3	2	2	2	4	1
	odpovědí	86	86	86	86	86	86	86
poměr	ano	65,1%	55,8%	48,8%	37,2%	66,3%	53,5%	84,9%
	ne	8,1%	14,0%	11,6%	14,0%	23,3%	14,0%	9,3%
	nevím	25,6%	26,7%	37,2%	46,5%	8,1%	27,9%	4,7%
	nezodpovězeno	1,2%	3,5%	2,3%	2,3%	2,3%	4,7%	1,2%



Na otázku týkající se možnosti použít výtah ¼ pacientů odpověděla, že neví. To mohou být pacienti, kteří byli na oddělení přivezeni a také pacienti, kteří výtah nehledali, protože ho nepotřebují. 65, 1% pacientů uvedlo, že výtah je vždy k dispozici a 8,1% pacientů uvedlo, že není vždy k dispozici. Tito pacienti ho pravděpodobně potřebovali a neuspěli.

Na otázku, zda je v nemocnici dostatek sociálních zařízení odpovědělo kladně 55,8% pacientů. 14,0% pacientů si to nemyslí a více než ¼ pacientů opět odpověděla, že neví. To jsou pravděpodobně titíž pacienti, kteří nevěděli, jestli je k dispozici výtah.

Necelá polovina pacientů uvedla, že sociální zařízení jsou bez problémů přístupná i tělesně postiženým pacientům, ale 37,2% pacientů neví. To jsou jak pacienti, kteří sociální zařízení nepotřebovali a proto to nemohli posoudit, ale také pacienti, kteří to nedokážou posoudit, protože sami tělesně postižení nejsou.

Na otázku o dostupnosti hygienických potřeb na sociálních zařízeních odpovědělo kladně 66,3%, záporně 23,3% pacientů. 8,1% pacientů uvedlo, že neví. To jsou pravděpodobně ležící pacienti.

14 % pacientů uvedlo, že na sociálních zařízeních není dostupné signalizační zařízení pro případ nouze. 53,5% pacientů na tuto otázku odpovědělo kladně a téměř 30% neví. To jsou opět ležící pacienti a také pacienti, kteří se o signalizační zařízení nezajímali.

Otázka čistoty sociálních zařízení je velmi zajímavá. 9,3% pacientů si myslí, že sociální zařízení nejsou čistá. 84,9% pacientů si myslí, že ano a 4,7% neví, což jsou asi ležící pacienti, ale je jich méně v porovnání s otázkou o dostupnosti hygienických potřeb na sociálních zařízeních. Mohli hodnotit například podle dřívější zkušenosti.

Pády a zranění ve zdravotnickém zařízení

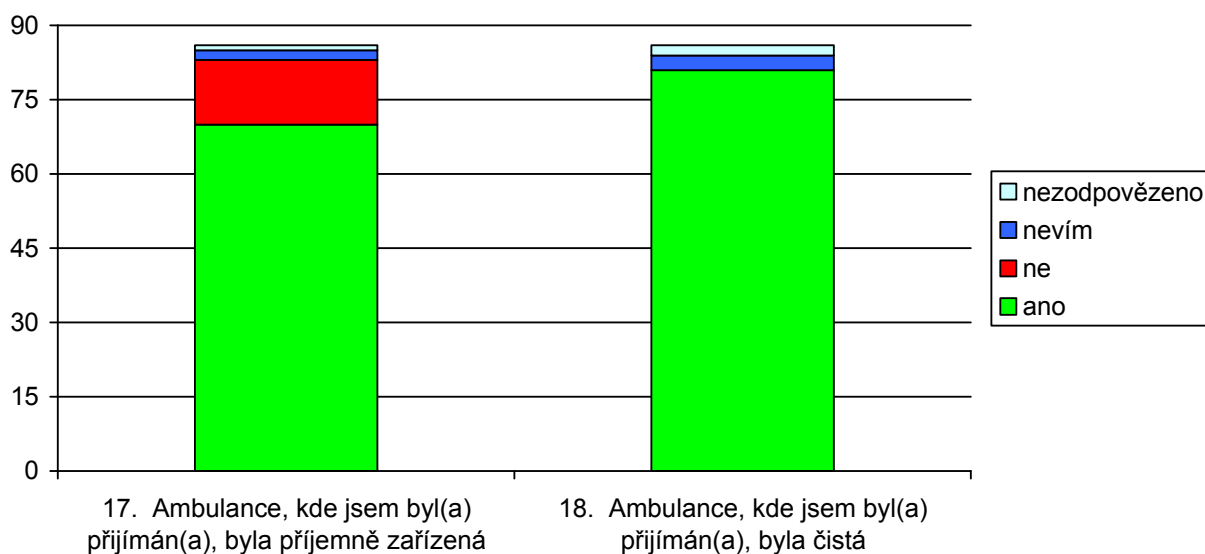
otázka		15.	33.	38.
počet	ano	1	2	1
	ne	82	83	83
	nevím	0	0	0
	nezodpovězeno	3	1	2
	odpovědí	86	86	86
poměr	ano	1,2%	2,3%	1,2%
	ne	95,3%	96,5%	96,5%
	nevím	0,0%	0,0%	0,0%
	nezodpovězeno	3,5%	1,2%	2,3%

Zranění při pobytu v nemocnici uvádí 1 pacient (1,2%), pád v nemocnici uvádí 2 pacienti (2,3%) a pád z lůžka 1 pacient (1,2%). Tato čísla přibližně odpovídají výzkumům u nás prováděným v letech

2002-2003 a v roce 2005. Domnívám se ale, že v případě mého výzkumu nebyl k dispozici dostatečný vzorek pacientů. Zranění uvádí pacient, který neuvádí pád, takže se zranil jiným způsobem. Další pacient uvádí pád z lůžka a tomu odpovídá i kladná odpověď na všeobecnou otázku o pádu. Třetí pacient uvádí pád, ale ne pád z lůžka, takže upadl jiným způsobem. Ani jeden z pacientů, kteří uvádí pád, neuvádí, že by se při něm zranili.

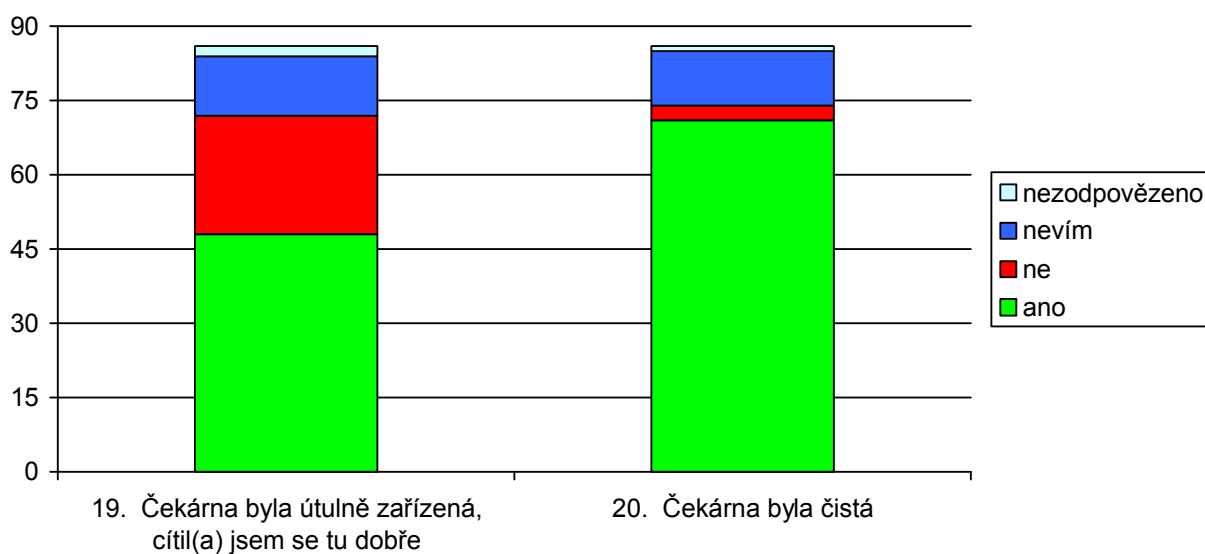
Prostředí ambulance

Čistota ambulance, kde byli pacienti přijímáni, je hodnocena kladně. 94,2% pacientů uvedlo, že byla čistá, žádný pacient nevedl, že nikoliv. 3,5% pacientů uvedlo, že neví a 2,3% pacientů na tuto otázku neodpovědělo. Na otázku, jestli byla ambulance příjemně zařízená odpovědělo 81,4% pacientů kladně, pro 15,1% nebyla ambulance příjemně zařízená, 2,3% pacientů nevědělo, jak odpovědět a 1,2%, tj. 1 pacient neodpověděl.



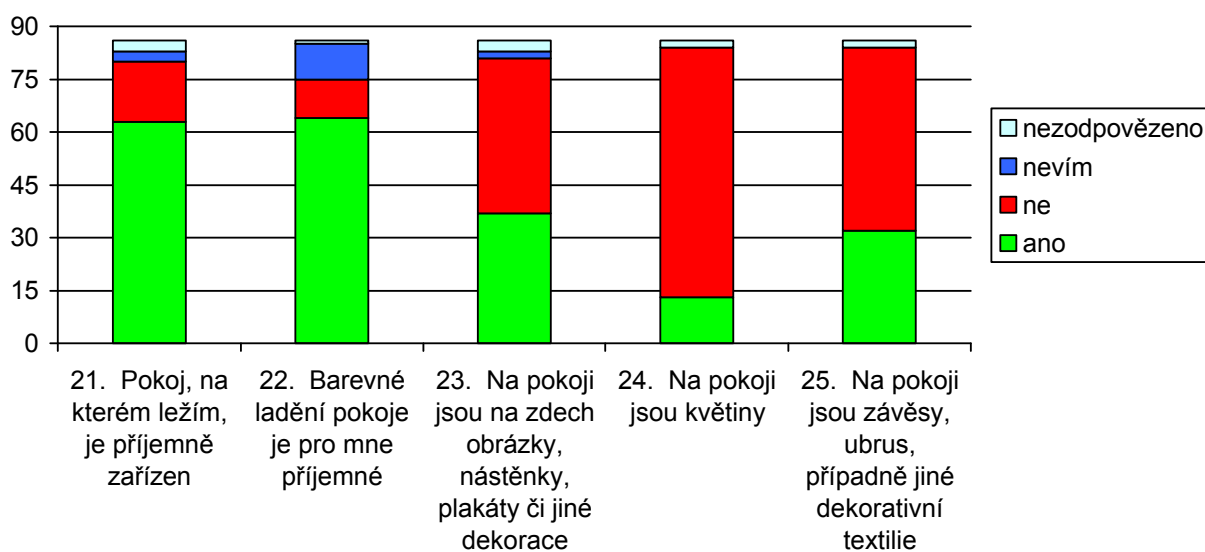
Prostředí čekárny

Také čekárna připadala většině pacientů čistá. Kladně odpovědělo 82,6% pacientů. 3,5% pacientů uvedlo, že čistá nebyla a 12,8% pacientů neví. To jsou pravděpodobně pacienti, kteří v čekárně nečekali. Když měli pacienti odpovědět na otázku, jestli jim připadala čekárna útulná, jestli se v ní cítili dobře, tak už byli pacienti kritičtější. Kladně odpovědělo 55,8% pacientů, záporně 27,9% pacientů, 14% neví.



Hodnocení pokoje, na kterém pacienti leží, z hlediska útulnosti, barevného působení a vybavenosti květinami, obrázky a dekorativními textíliemi

otázka		21.	22.	23.	24.	25.
počet	ano	63	64	37	13	32
	ne	17	11	44	71	52
	nevím	3	10	2	0	0
	nezodpovězeno	3	1	3	2	2
	odpovědí	86	86	86	86	86
poměr	ano	73,3%	74,4%	43,0%	15,1%	37,2%
	ne	19,8%	12,8%	51,2%	82,6%	60,5%
	nevím	3,5%	11,6%	2,3%	0,0%	0,0%
	nezodpovězeno	3,5%	1,2%	3,5%	2,3%	2,3%

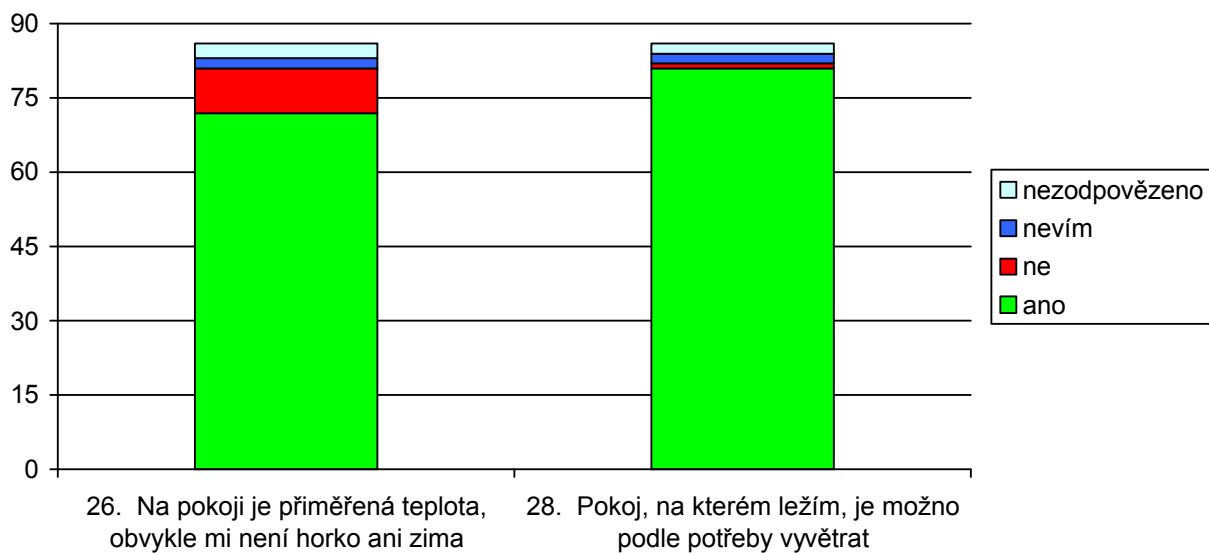


73,3% pacientů uvádí, že pokoj, na kterém leží, je příjemně zařízený a pro přibližně stejný počet pacientů je také barevné ladění pokoje příjemné. Pro 19,8% pacientů není pokoj příjemně zařízený a 12,8% pacientů není příjemné barevné ladění pokoje. 11,6% pacientů na tuto otázku odpovědělo nevím.

Co se týká vybavení pokojů obrázky, květinami a dekorativními textíliemi, liší odpovědi pacientů jednoho zdravotnického zařízení od ostatních třech. Tato klinika má tyto předměty i na většině standartních pokojů. V ostatních nemocnicích jsou pouze na nadstandartních pokojích.

Tepelný komfort na pokoji

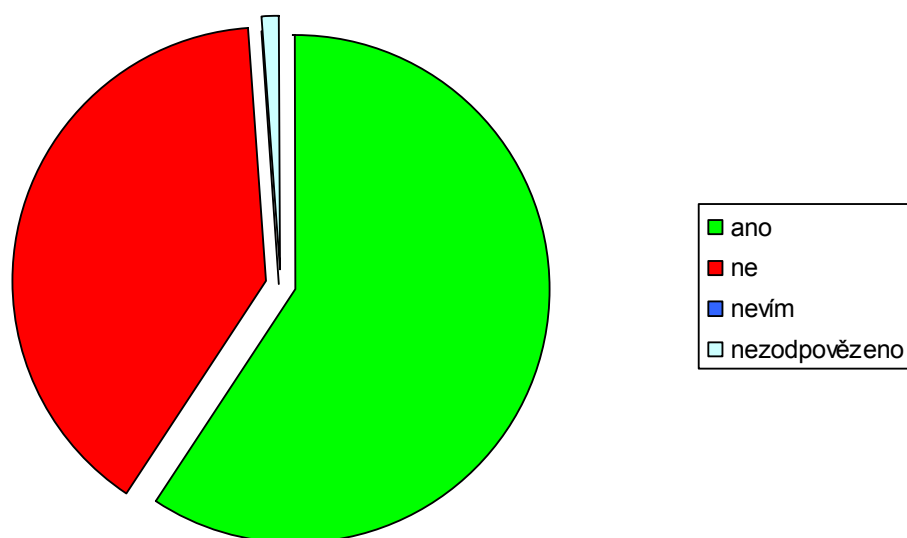
otázka		26.	28.
počet	ano	72	81
	ne	9	1
	nevím	2	2
	nezodpovězeno	3	2
	odpovědí	86	86
poměr	ano	83,7%	94,2%
	ne	10,5%	1,2%
	nevím	2,3%	2,3%
	nezodpovězeno	3,5%	2,3%



Na otázku, jestli je na pokoji přiměřená teplota odpovědělo kladně 83,7% pacientů, 10,5% pacientů se z hlediska tepelného komfortu necítí dobře. Možnost podle potřeby vyvětrat uvádí 94,2% pacientů.

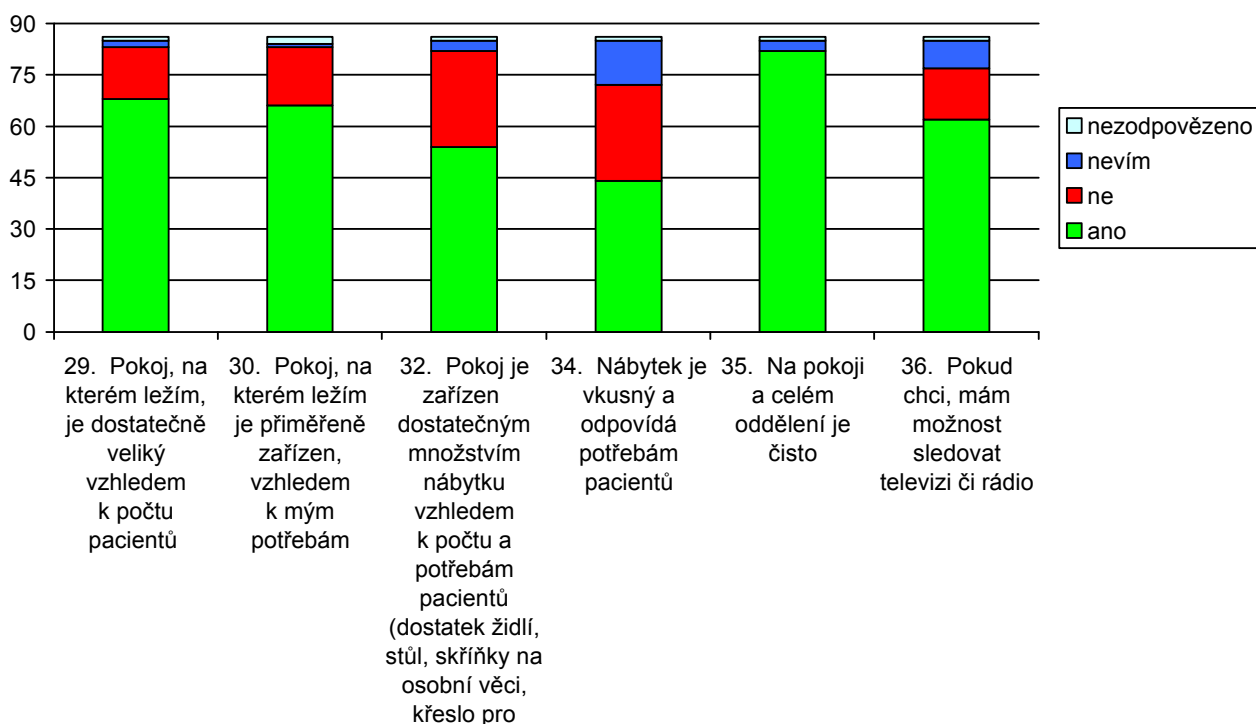
Hluk na pokoji

59,3% pacientů odpovídá na otázku “Na pokoji mne neruší hluk” kladně. 39,5% pacientů na stejnou otázku odpovídá záporně, z čehož vyplývá, že je hluk ruší. Jsem si vědoma, že takto položená otázka může být nejasná, tudíž si nejsem jistá, zda jsou výsledky relevantní. Při tvorbě dotazníku jsem chtěla dodržet systém dotazníku, kdy pacienti vyjadřují souhlas s výrokem, kdy tento výrok je pozitivním hodnocením daného stavu. Přesto si myslím, že výsledky naznačují, že hlučnost zdravotnického prostředí je problémem.



Pokoje z hlediska jejich velikosti, vybavení a čistoty

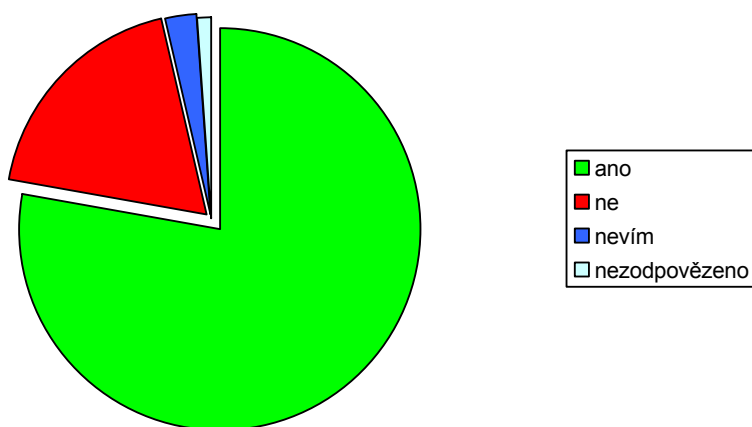
otázka		29.	30.	32.	34.	35.	36.
počet	ano	68	66	54	44	82	62
	ne	15	17	28	28	0	15
	nevím	2	1	3	13	3	8
	nezodpovězeno	1	2	1	1	1	1
	odpovědí	86	86	86	86	86	86
poměr	ano	79,1%	76,7%	62,8%	51,2%	95,3%	72,1%
	ne	17,4%	19,8%	32,6%	32,6%	0,0%	17,4%
	nevím	2,3%	1,2%	3,5%	15,1%	3,5%	9,3%
	nezodpovězeno	1,2%	2,3%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%



Jako dostatečně velký vzhledem k počtu pacientů hodnotí pokoj 79,1% pacientů, záporně odpovědělo 17,4% pacientů. Podobně odpovídají pacienti i na otázku, zda je pokoj přiměřeně zařízen vzhledem k jejich potřebám. Poněkud kritičtěji odpovídají na podobnou otázku, která je ale položena více specificky a ptá se, zdali je pokoj zařízen dostatečným množstvím nábytku a tento nábytek je vyjmenován (židle, stůl, skříňky na osobní věci, jídelní stolečky pro ležící pacienty, křeslo pro kardiaky). Tady odpovídá kladně 62,8% pacientů a 32% odpovídá záporně, což je v porovnání s otázkou č. 30 poměrně rozdíl. Řekla bych, že pacienti si pravděpodobně teprve po položení více specifické otázky uvědomili, co by mělo na pokoji být a srovnali to s realitou. Pouze 72,1% pacientů odpovědělo kladně na otázku, zda mají možnost sledovat televizi či radio. 17,4% odpovědělo, že tuto možnost nemá a to je podle mého názoru dost vysoké číslo. Tady by bylo určitě zajímavé položit ještě otázku, jestli mají pacienti možnost si zakoupit denní tisk, knihy, nebo si případně knihy půjčit. Na otázku o vkusnosti nábytku odpovědělo kladně 51,2% pacientů, 32,6% odpovědělo záporně. S čistotou na pokojích jsou pacienti vesměs spokojeni. 95,3% jich uvedlo, že na pokoji a oddělení je čisto. Žádný pacient neuvedl opak.

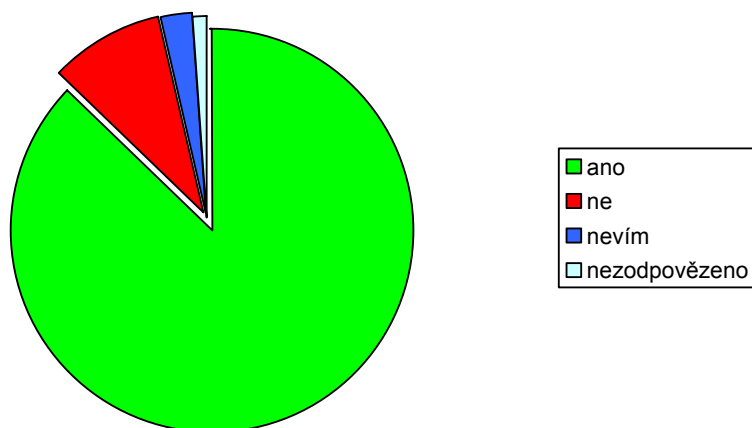
Možnost klidného a kulturního stolování

Na tuto otázku odpovědělo kladně 77,9% pacientů, 18,6% odpovědělo záporně. To je poměrně vysoké číslo a je otázkou, proč na některých odděleních nevyužívají existující jídelny. Také jsem při rozhovorech s pacienty získala informace, že pacienti upoutaní na lůžko, kteří se jsou schopni najíst sami, dostávají oběd na noční stolek, což s pohodlím a kulturou stolování nemá nic společného.



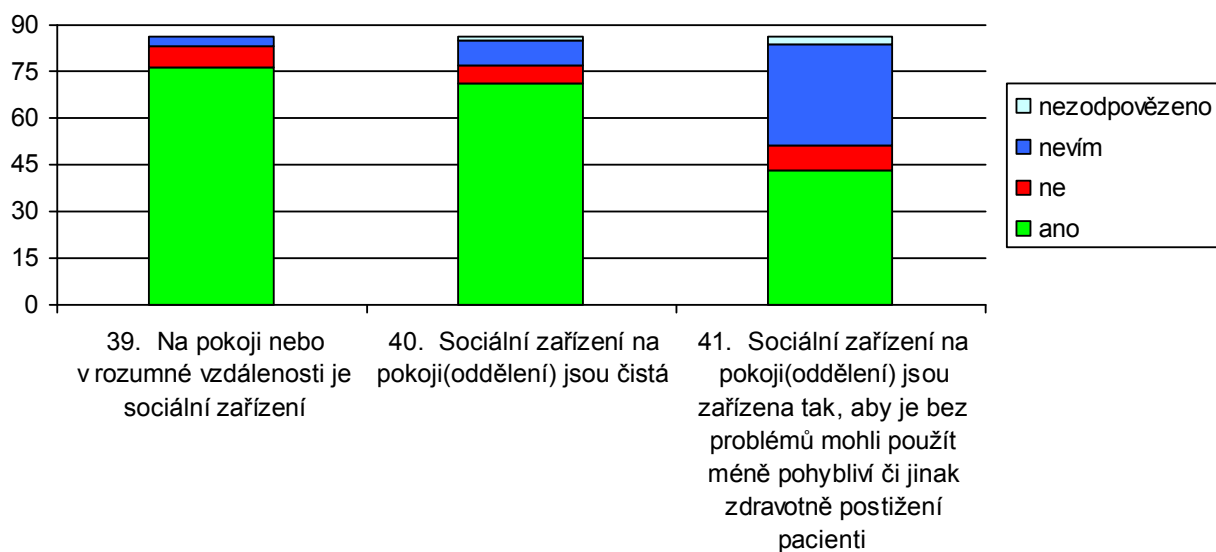
Dostupnost signalizačního zařízení

Přidělení signalizačního zařízení každému pacientovi není ještě úplnou samozřejmostí. 9,3% pacientů uvedlo, že signalizační zařízení k dispozici nemá. 87,2% pacientů uvedlo, že má možnost přivolat sestru v případě nouze.



Sociální zařízení z hlediska vzdálenosti, použití pro tělesně postižené a hůře pohyblivé pacienty a jejich čistoty

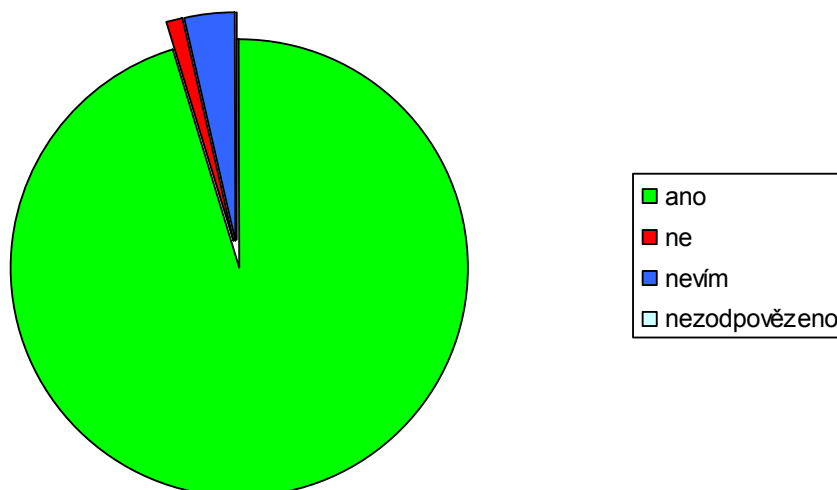
otázka		39.	40.	41.
počet	ano	76	71	43
	ne	7	6	8
	nevím	3	8	33
	nezodpovězeno	0	1	2
	odpovědí	86	86	86
poměr	ano	88,4%	82,6%	50,0%
	ne	8,1%	7,0%	9,3%
	nevím	3,5%	9,3%	38,4%
	nezodpovězeno	0,0%	1,2%	2,3%



Na otázku, zdali je k dispozici sociální zařízení v rozumné vzdálenosti, odpovědělo kladně 88,4% pacientů, 8,1% odpovědělo záporně. 82,6% pacientů uvádí, že sociální zařízení jsou čistá, 7,0% pacientů si to nemyslí. 9,3% pacientů na tuto odpovědělo, že neví. To jsou pravděpodobně ležící pacienti. Na otázku o vybavení sociálních zařízení pro tělesně postižené pacienty 38,4% pacientů odpovědělo, že neví. Pravděpodobně ti, kteří nemají problém s pohybem, toto neumí posoudit. Kladně na tuto otázku odpovědělo 50% pacientů a záporně 9,3% pacientů. Jistě by bylo zajímavé provést výzkum pouze u tělesně, ale také smyslově postižených pacientů.

Označení pokojů, snadnost orientace na oddělení.

Ve snadnosti orientace na oddělení a označení pokojů pacienti problém nevidí. 95,3% pacientů odpovědělo kladně, pouze 1 pacient (1,2%) odpověděl záporně, 3,5% nevědělo, jak na otázku odpovědět.



Porovnání výsledků výzkumu u mužů a žen:

Z výsledků vyplývá, že muži mají častěji problém s parkováním. Ženy na tuto otázku častěji než muži odpovídaly nevím. S největší pravděpodobností muži častěji řídí automobil, proto parkování řeší a jsou také schopnější na tuto otázku odpovědět. Ženy častěji cestují jako spolujezdec.

Další rozdílnou oblastí jsou otázky týkající se informací a orientace. Ženy na otázku, zda u hlavního vchodu vždy dostanou informace odpovídají pouze ano, případně nevím, na rozdíl od mužů, kteří odpovídají i ne. Z toho vyplývá, že ženy se častěji ptají než muži. Podobné výsledky jsou i u otázky na přehledné informační tabule. Muži jsou kritičtější než ženy, pokud se ptáme, jestli jsou v areálu přehledné informační tabule. Zajímavé v této souvislosti je porovnání odpovědí na otázku, jestli v prostorách nemocnice pacienti vždy najdou, co hledají. Tady častěji ženy odpovídají záporně než muži. Pravděpodobně to souvisí s horšími orientačními schopnostmi žen.

Rozdílné je také hodnocení odpovědí na otázku, zda li se cítí pacienti bezpečně. Více než 90% žen uvádí, že se cítí bezpečně na rozdíl od 78% mužů, kteří takto odpověděli. Muži častěji na tuto otázku odpovídají nevim.

Muži jsou kritičtější než ženy ve všech otázkách týkajících se čistoty. Jsou to otázky týkající se čistoty areálu, sociálních zařízení v areálu i na oddělení a také čistoty čekárny. Pouze v otázce čistoty ambulance ani jeden pacient neodpověděl na otázku, zda čekárna byla čistá.

Podobné byly rozdíly v hodnocení útulnosti ambulance, čekárny a pokoje, na kterém jsou pacienti hospitalizováni. I zde jsou muži kritičtější než ženy.

Ženy naopak hodnotí hůře než muži hluk na oddělení. Jak už jsem zmínila výše, nejsem si však jistá, jestli jsem položila otázku dostatečně srozumitelně

Pacienti měli možnost se sami vyjádřit, co by rádi změnili v prostředí nemocnice:

Této možnosti využilo 37 pacientů (43% z celkového počtu). Uvádím souhrn nejčastějších odpovědí:

- Vybavení a čistota sociálních zařízení, více soukromí na sociálních zařízeních, signalizační zařízení na sociálních zařízeních
- Méně lůžek na pokoji a lepší vybavení nábytkem – jídelní stůl na pokoji, fungující světlo nad lůžkem, pohodlné křeslo na pokoji, komfortnější noční stolky na kolečkách, rozhlas a televize na pokoji
- Kultura stolování – jí se na chodbě či na malých stolcích na pokoji, nevyužití jídelny
- Strava
- Omezit návštěvy na pokojích – chodí celý den, chodí i pozdě večer
- Omezit používání mobilních telefonů
- Barevné stěny, obrázky, květiny na pokojích

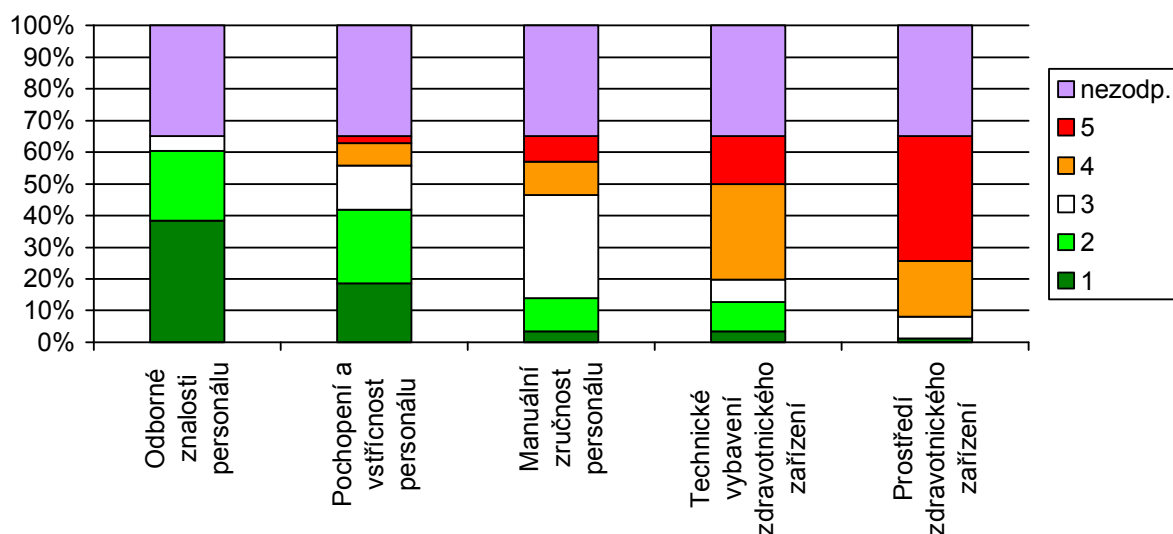
Na závěr dotazníku jsem požádala pacienty, aby následující položky seřadili dle jejich vlivu na úzdravný proces:

- Odborné znalosti personálu
- Pochopení a vstřícnost personálu
- Manuální zručnost personálu
- Technické vybavení zdravotnického zařízení
- Prostředí zdravotnického zařízení

Tato pořadí sestavilo 56 pacientů (65,1% z celkového počtu), z toho 24 mužů (66,7%) a 32 žen (64,0%).

Vliv na uzdravení z pohledu pacientů – všichni pacienti:

Hodnocení	Odborné znalosti personálu	Pochopení a vstřícnost personálu	Manuální zručnost personálu	Technické vybavení zdravotnického zařízení	Prostředí zdravotnického zařízení
nehodnotili	30	30	30	30	30
1	33	16	3	3	1
2	19	20	9	8	0
3	4	12	28	6	6
4	0	6	9	26	15
5	0	2	7	13	34
Celkové hodnocení	83	126	176	206	249



Pacienti sestavili svým hodnocením pořadí od nejdůležitějšího vlivu takto:

- Odborné znalosti personálu
- Pochopení a vstřícnost personálu
- Manuální zručnost personálu
- Technické vybavení zdravotnického zařízení
- Prostředí zdravotnického zařízení

Domnívám se, že takto stanovené hodnocení mohlo být ovlivněno pořadím, ve které jsem v dotazníku seřadila jednotlivé faktory já. Pravděpodobně by bylo lepší, kdybych zvolila jiné pořadí.

Porovnání odpovědí mužů a žen:

Z vyhodnocení vyplývá, že muži kladou o něco větší důraz na odborné znalosti personálu než ženy. 95,8% mužů ohodnotilo tento faktor známkou 1 nebo 2 (hodnocení jako ve škole), žen takto učinilo 90,6% . Ženy jsou naopak citlivější na pochopení a vstřícnost personálu. 71,9% žen ohodnotilo tento faktor známkou 1 nebo 2, mužů takto učinilo 54, 2%. U hodnocení manuální zručnosti personálu tento faktor upřednostňují ženy před muži, ale rozdíl není příliš významný. Rozdíl je ale v hodnocení důležitosti technického vybavení zdravotnického zařízení. Zatím co 41,7% mužů dalo tomuto faktoru známku 1, 2 nebo 3, žen takto učinilo 21,9%. V hodnocení prostředí se muži a ženy příliš neliší. Tento faktor byl vyhodnocen jako nejméně důležitý. Celkově lze tedy říci, že při srovnání hodnocení mužů a žen jsou muži citlivější než ženy ve faktorech odborné znalosti personálu a technické vybavení zdravotnického zařízení a ženy naopak ve faktorech pochopení a vstřícnost personálu a manuální zručnost.

9. Diskuse

Z výzkumu vyplynulo, že pacienti u nás jsou poměrně málo kritičtí v hodnocení jednotlivých faktorů prostředí, přičemž muži jsou kritičtější než ženy. Také v otázce bezpečnosti se ženy cítí více bezpečně než muži. Ale i 78% mužů uvedlo, že se cítí bezpečně. Myslím si, že informovanost laické veřejnosti o bezpečí a kvalitě ve zdravotnictví je u nás nedostatečná. V České republice ještě neproběhla žádná komplexní studie, která se týká mimořádných událostí jako celku. Ani o jednotlivých studiích, které se týkají např. pádů, se laická veřejnost nedozví souhrnně na jednom místě, např. informačním portálu MZ. Pacienti proto v důsledku své neinformovanosti přichází do zdravotnického zařízení s důvěrou a nepochybují o jeho kvalitě. O prostředí ve zdravotnických zařízeních pacienti příliš ani neuvažují a ani často neví, co si pod tímto pojmem představit. Proto ani neví, jak by mohli tuto oblast ovlivnit.

Z výzkumu dále vyplynulo, že největší problém pacienti vidí v otázkách týkajících se sociálních zařízení a to ve všech oblastech – jejich dostatečného množství, vybavení a zařízení pro pohodlné použití, vybavení signalizačním zařízením, ale i čistoty. Jako problém se jeví i otázka parkování. Na další místo se dají zařadit otázky týkající se útulnosti, zařízení a vybavení nemocničních pokojů a také jejich velikosti vzhledem k počtu pacientů. Ženy také vidí problém v hlučnosti zdravotnického zařízení.

V této výzkumné práci se potvrdily všechny mé hypotézy, ikdyž pro vyhodnocení některých otázek by bylo vhodné některé formulovat jednoznačněji a přesněji. Některé oblasti by bylo zapotřebí také více rozvinout a zeptat se více do hloubky, např. problémy s parkováním, konkrétní otázky vybavení sociálních zařízení, ale i pokojů. Také otázka přístupu pacientů k informacím a zábavě (televize, radio, knihovna, dostupnost novin a časopisů) by stála za podrobnější výzkum.

10. Závěr

Vědecké studie naznačují, že nemocniční prostředí má daleko větší vliv na uzdravování, než se předpokládalo. Pochopení významu prostředí a ochota zdravotníků potřeby pacientů v této oblasti uspokojit je jedním z cílů ošetřovatelství.

Domnívám se, že velkou část problematických oblastí v prostředí nemocnice tak, jak byly pacienty identifikovány, lze vylepšit bez velkých finančních investic. Často lze pouze chtít. Spokojený pacient, který nebude frustrovaný z nemocničního prostředí, které často připomíná chladnou instituci, bude s námi zdravotníky mnohem lépe komunikovat a spolupracovat a tím se uspíší jeho návrat do domácího prostředí. Také pacienti, kteří nemají velkou naději na uzdravení a jsou nuceni pobývat v nemocnici, si jistě zaslouží přívětivé prostředí, které co nejvíce připomíná jejich domov.

Průběh nemoci je ovlivněn velkým množstvím faktorů a psychický stav je jedním z nich. Každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle prostředí, ze kterého pochází, které ho celý život ovlivňuje a utváří. A proto také prostředí nemocnice na každého pacienta působí jinak a každý pacient přikládá každému z faktorů jinou váhu. Abychom nemocnému porozuměli a mohli ho dobře ošetřovat, potřebujeme ho vidět jako komplexní osobnost se všemi aspekty biologickými, sociologickými i psychickými. My potřebujeme, aby s námi pacient spolupracoval, aby se aktivně podílel na prevenci, diagnostice a léčení a proto mu musíme poskytnout takové prostředí, aby toho byl i ve stavu porušeného zdraví schopen.

Seznam použité literatury

- 1) ARJO: *Průvodce pro architekty a projektanty*, ARJO, 2005, ISBN 91-975276-0-2
- 2) Bártlová, S., Hnilicová, H.: *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*, IDVPZ, Brno 2000, ISBN 80-7013-311-2
- 3) Černoušek, M.: *Psychologie životního prostředí*, Karolinum, Praha 1992, ISBN 80-7066-550-5
- 4) Day, Ch.: *Duch a místo*, ERA, Brno 2004, ISBN 80-86517-95-0
- 5) Fořtl, K.: *Zdravotnické stavby*: Architekt, 2007, č.11, s.2, ISSA 0862-7010
- 6) Fořtl, K.: *Současné tendence v architektonické tvorbě zdravotnických staveb*: Architekt, 2007, č. 11, s.55-56, ISSA 0862-7010
- 7) Grohar – Muray, M.E., DiCroce, H.R.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*, Grada, Praha 2003, ISBN 80-247-0267-3
- 8) Chloubová, H.: *Člověk ve zdraví a nemoci – základní potřeby člověka*: Osobní rádce zdravotní sestry, 2003, č.4, 4/15.2.1, s.1 – 9, ISSN 1214-0074
- 9) Chloubová, H.: *Psychosociální potřeby nemocných*: Osobní rádce zdravotní sestry, 2004, č.1, 4/15.2.2, s. 1 – 10, ISSN 1214-0074
- 10) Join Commission Resources: *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*, Grada, Praha 2007, ISBN 978-80-247-1715-9
- 11) Jůzl, M., Prokop, D.: *Úvod do estetiky*, Panorama, Praha 1989, ISBN 80-7038-051-9
- 12) Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*, Grada, Praha 2002, ISBN 80-247-0179-0

- 13) Podstatová, H.: *Hygiena provozu zdravotnických zařízení*, EPAVA, Olomouc 2002, ISBN 80-86297-10-1
- 14) Škrla, P.: *Transformace nemocničního prostředí-globální trend*: Sestra, 2007, č. 2- mimořádná příloha, s. 4-5, ISSN 1210-0404
- 15) Topinková, E.: *Geriatric pro praxi*, Galen, Praha 2005, ISBN 80-7262-365-6
- 16) Trachtová, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, NCO NZO, Brno 2004, ISBN 80-7013-324-4
- 17) www.barvy.xf.cz/psychologie/psychologie-barev
- 18) www.cskz.cz
- 19) www.linet.cz
- 20) www.medical-tribune.cz
- 21) www.mzcr.cz
- 22) www.sakcr.cz
- 23) www.uia-public-health-group.org

Současné zákonné normy týkající se tématu práce

Vyhláška 49/1993 ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 21.12.1992 o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

Vyhláška 137/1998 ministerstva pro místní rozvoj ze dne 9.6. 1998 o obecných technických požadavcích na výstavbu

Vyhláška 195/2005 ministerstva zdravotnictví ze dne 18.5.2005, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

Vyhláška 369/2001 ministerstva pro místní rozvoj ze dne 10.1.2001, kterou se stanoví obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace

Zákon 20/1966 ze dne 17.3.1966 o péči a zdraví lidu

Zákon 160/1992 České národní rady ze dne 19.3.1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Zákon 258/2000 parlamentu ČR ze dne 14.7. 2000 o ochraně veřejného zdraví

Zákon 123/2000 parlamentu ČR ze dne 15.4. 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů

Seznam příloh

1. Dotazník

2. Realizace interiérů v nemocnici Jablonec nad Nisou společností Alax