

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Prostředí čekárny

2005/2006

Zuzana Vagnerová

Vedoucí práce: Phdr. Marie Hlaváčová

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Marii Hlaváčové za odborné vedení, poskytování dobrých rad a cenných připomínek k mé bakalářské práci.

Také bych chtěla poděkovat ing. Františku Pražákovi, PhD., za pomoc při zpracování výzkumné části.

V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit poděkování také PhDr. Aleně Mellanové, CSc., za pomoc při konstrukci dotazníku.

Stejně tak mé poděkování patří všem respondentům za spolupráci při mém výzkumu.

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

.....Vagnerová.....

Zuzana Vagnerová

V Praze 10.května 2006

Obsah:

Úvod	
1. Prostředí čekárny	6
2. Prostředí a jeho vliv na chování člověka	6
2.1 Zdravotnické zařízení	7
2.2 Psychologie barev	9
3. Prožívání a pocity při čekání	12
3.1 Stres	12
3.1.1 Stresory	12
3.1.2 Příznaky stresu	13
3.1.3 Působení stresu na zdravotní stav jedince	13
3.1.4 Doprovodné prožívání aktuálně pocíťovaného nebezpečí	14
3.2 Emoce	17
4. Vztah sestry a nemocného	19
5. Technické a věcné požadavky na zdravotnických zařízení ambulantní péče	21
6. Ideální čekárna na interní-hematologické klinice Fakultní nemocnice v Brně	22
7. Vymezení problému	23
7.1 Cíle výzkumu	23
7.2 Stanovení hypotéz	23
8. Metodika výzkumu	23
8.1 Popis dotazníku	23
8.2 Organizace výzkumu	24
8.3 Charakteristika výzkumného vzorku	24
8.3.1 Charakteristika vybraných organizací	25
8.4 Analýza výzkumu	28
8.5 Diskuze	56
Závěr	58
Seznam použité literatury	
Seznam příloh	
Přílohy	

Úvod

V posledních letech většina medicínských oborů směřuje svou zdravotní péči do ambulantních zařízení. Přesto smysluplná péče může být poskytnuta pacientovi pouze v zařízení, kde je možno zajistit plynulost a spolehlivost od základní diagnostiky přes léčbu až po koordinaci preventivních opatření a dispenzarizaci. Ať už je organizace práce v zařízení sebelepší přesto se často setkáváme s tím, že většina pacientů tráví více a více času čekáním. Často jsou čekárny velmi malé, tmavé nebo lidé čekají pouze na chodbách před ambulancí. Je málo míst, kde se pacient může setkat s pohodlím a příjemným prostředím. Čekárny jsou místa, kde dochází k prvnímu kontaktu mezi nemocným a zdravotnickým pracovníkem, konkrétně zdravotní sestrou. Podle prvního kontaktu si pacient většinou vytvoří představu o úrovni zdravotnického personálu a jimi poskytované péče. Je mnoho faktorů, které mohou první dojem ovlivnit. Jsou to například vzhled, oblečení a úprava sestry, dále výraz jejího obličeje, její chování, postoj k nemocným, způsob vedení rozhovoru. Psychický stav čekajícího se odvíjí od důvodu, pro který pacient přišel k lékaři. Jinak se bude cítit pacient, který si jde pouze pro potvrzení či recept, jinak ten, který si jde pro výsledky vyšetření, či ho čeká nepříjemné vyšetření nebo zatěžující výkon. Psychiku pacienta také můžou ovlivnit ostatní čekající, kteří si navzájem sdělují své zkušenosti s nemocemi nebo vyšetřeními, které již mají za sebou.

Všechny tyto uvedené faktory na člověka působí během jeho čekání v čekárně. Proto délka pobytu v čekárně by měla být co nejkratší a prostředí, ve kterém pacient čeká by mělo působit příjemným a uklidňujícím dojmem. To vše vede k posílení důvěry pacienta v účinnost poskytované péče.

Tato závěrečná práce se týká prostředí čekárny. Cílem práce bylo zmapovat prostředí čekáren, zaměřit se na délku čekací doby ve vybraných čekárnách, sledovat komunikaci sestry a chování pacienta při čekání.

Teoretická část pojednává o prostředí čekárny, o vlivu prostředí na člověka, o pocitech a prožívání pacienta, které čekání provází. Dále se zaměřuje na technické a věcné požadavky na zdravotnická zařízení ambulantní péče. Poslední část teoretické části tvoří popis ideální čekárny ve Fakultní nemocnici v Brně-Bohunicích. Ve výzkumné části jsme zmapovali prostředí čekáren, chování pacienta v čekárně a chování sestry k pacientovi. V závěru navrhuje doporučení, které by mohlo vést ke zlepšení prostředí čekárny a tím i jeho vlivu na pacienty.

1. Prostředí čekárny

Čekárna je pro každého pacienta velmi důležité místo. Nemocný zde čeká na vyšetření, či si jde pro výsledky vyšetření nebo zde čeká na vyslovení diagnózy. I když nemocný jde pouze na preventivní prohlídku či drobný výkon, je velmi nervózní, má strach, obavy a necítí se dobře. Všechny tyto pocity se stupňují s délkou čekací doby. Proto by se měl nemocný setkávat pouze s příjemným prostředím, usměvavými tvářemi, ochotou, pochopením a pohodlím. Čekárna by měla být světlá, prostorná, příjemně vytopená a vzdušná místnost. Pohodlné sedačky, židle nebo křesla by měly být součástí každé čekárny. Neměl by chybět konferenční stůl, věšáky, na které by si mohli pacienti odkládat své oblečení a tašky. Bylo by vhodné umístit na stolky noviny a časopisy (omezit zdravotnickou tematiku), které by si lidé mohli zapůjčit, zatímco budou čekat na výkon. Pro zpříjemnění čekání by zde mohla být květinová výzdoba. Plakáty by mohly být nahrazeny obrazy. Stěny čekáren by měly být vymalovány barvami, které působí uklidňujícím dojmem (teplé a světlé barvy). Výzdoba čekárny by se měla po určitém čase obměnit. Pro zmírnění nudy a napětí čekání může hrát nevtíravá hudba, či televize aj. Nemocným, kteří přicházejí opakovaně, můžeme pomocí vývěsky připomenout, aby si příště s sebou vzali něco ke zpříjemnění čekací doby. Pro děti je vhodné připravit dětský koutek s hračkami a hrami, které jim čekání zkrátí. (1, 5, 7, 19)

2. Prostředí a jeho vliv na chování člověka

Různě navržené a člověkem vytvořené prostředí ovlivňuje lidskou psychiku i fyziologické pochody v organismu. Při poznávání prostředí hraje velkou roli vnímání, citění, jednání, rozhodování, prožitky a další. Člověk vyhodnocuje vliv svého materiálního okolí a podle toho optimalizuje své chování. Způsob, kterým prostředí působí na chování, je závislý na společenských činnostech a osobnostních orientacích. Přesto pro určité uspořádání prostoru lze pozorovat charakteristický typ a posloupnost lidského jednání bez ohledu na interindividuální rozdíly mezi lidmi. Lidé třeba i s protikladnými vlastnostmi vykazují do určité předpověditelné míry analogické chování, když vstupují do určité místnosti. Atraktivní a útulné prostředí spojené s pozitivním zážitkem zvyšuje pravděpodobnost počtu návštěv. Naopak nevhodný tvar místnosti, znemožňující funkční rozmístění nábytku či negativní zážitek může způsobit i to, že lidé přestávají daný prostor navštěvovat či využívat. Prostředí však také může vybízet k určitým činnostem. Proto architekti se snaží vytvářet taková místa,

kteřá řádoucí chování umořňují (např. vhodný půdorys budovy, vhodné barevné řešení chodeb pro lepší orientaci aj.). Mořnosti ovlivnění chování skřze prostředí jsou pochopitelně omezené. Reálné chování je vřak také závislé na individualitě osob uřivající dané prostředí. Vhodnost prostředí pro vykonávané aktivity je problematická. Hlavně v oblasti pracovního prostředí. Optimální prostředí je zpravidla takové, které lze do jisté míry modifikovat podle okamžitých potřeb uřivatelů. Proto vřdy před plánováním vhodného prostředí by měl předcházet důkladný rozbor všech činitelů určujících životní prostředí z hlediska řádoucích vztahů. Lze také využít ovlivňování chování lidí a optimalizovat sociálně - psychologické klima. Z poznatků z psychoterapeutických směřů vyplývá, že díky subjektivnímu prořivání nemoci, vztazích personálu s nemocným a teorii vyšří nervové soustavy, lze okolní prostředí využít jako léčebného činitele. V léčebném prostředí jsou hlavní tendence vytvářet co nejvíce kladných podnětů a situací, které by působily na psychiku nemocného a odstranit vlivy ruřivé a zatěžující, které ruří harmonické funkce nervové soustavy. (1, 2, 4, 11, 19, 21)

2.1. Zdravotnické prostředí, jako léčebný činitel

Psychologickou problematiku zdravotnického prostředí lze rozdělit do 3 okruhů:

1. Účelný provoz a režim je důležitý pro zajiřtění dobré úrovně základní péče (pořádek, čistota). Jednotlivé akce personálu by na sebe měly navazovat, úkony by měly být prováděny na místech prostorově nejvhodněřších a také v nejvhodněřří dobu. Musí se vřdy počítat s nepředvídanými situacemi.
2. Sociální klima je určováno úrovní práce zdravotnického kolektivu a harmonií vztahu v něm. Sociální klima se dá ovlivnit příznivě či nepříznivě. Klima naruřuje nezájem o práci a konflikty mezi kolektivem.
3. Materiální stránka vypovídá o osobní a kulturní úrovní pracovníků (zvlářtě vedoucích). Má velký vliv na smyslové prořivání a přímé dojmy z prostředí. Projevuje se i vliv prostorových mořností, věku, typu budov, v nichř je zdravotnické zařívání umístěno. Velkou úlohu hraje barevná úprava, vybavení, nábytek, osvětlení aj.

Zdravotnické prostředí, jako léčebný činitel vychází z poznatků psychoterapeutických směřů o subjektivním prořivání nemoci, vztazích nemocných a personálu, dále také z teorie vyšří nervové činnosti a významu přímých a podmíněných podnětů pro vznik nemoci, její vývoj, léčbu a prevenci. V poslední době se u nás objevil pojem tvorba konstruktivního léčebného prostředí. V léčbě prostředím jsou hlavní dvě tendence, a to; vytvořit co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí a odstranit vlivy ruřivé a psychicky zatěžující. V tomto

směru se sledují tyto situace: 1. převoz sanitním vozem, 2. orientace ve zdravotnickém zařízení, 3. prostředí ambulantní péče, 4. hospitalizace.

Orientace ve zdravotnickém zařízení je často velmi obtížná. Většina nemocných při vyřizování svých záležitostí velmi dlouho a často neúspěšně hledají příslušné „dveře“, ve kterých by měl být cíl jejich cesty. Tito lidé jsou většinou bezradní a unavení a od zdravotníků očekávají srozumitelné vysvětlení cesty nebo odvedení na dané místo. Proto by jim zdravotník měl poskytnout takovou pomoc, která je pro člověka nejvhodnější. Nemělo by docházet k tomu, aby byl hledající a bloudící nemocný byl odbyt personálem. Po takové zkušenosti není pacient ochoten kladně spolupracovat s personálem. Výzkumy potvrdily, že zdravotníci se raději nechají opakovaně „obtěžovat“ dotazy nemocných, kteří v zařízení někoho nebo něco hledají, než aby zařídili umístění přehledných orientačních tabulí.

Čekání, navázání kontaktu se sestrou, lékařem, koordinace výsledků pomocných vyšetření, vhodné prolínání léčby a vyšetření jsou okolnosti, které mají největší význam pro kladné hodnocení prostředí čekárny. Nepříjemně však působí tabulky typu: „Vyčkejte až budete vyzváni“, „Vyčkejte příchodu sestry“, „Neklepat“, zvláště tehdy když z ordinace nikdo dlouho nevychází. Nespokojenost má vliv i na prožívání potíží, šíří se pesimistické úvahy.

Zdravotnické zařízení musí vyhovovat personálu, obyvatelům dané obce a návštěvníkům zařízení. Vhodnost prostředí pro vykonávané aktivity je problematická. Optimální prostředí je zpravidla takové, které je otevřené a lze do jisté míry přetvářet podle okamžitých potřeb uživatelů. I když architektura počítá s psychologií fyzikálních struktur a třeba i s psychologií barev, velmi často se stávalo, že uživatel prostorů byl vržen do pasivní závislosti na vytvořeném prostředí.

V Mezinárodní unii architektů vznikla pracovní skupina s odborným zájmem o zdravotnické stavby – PHG (Public Health Group). Tato skupina je složena z architektů, kteří již mají za sebou realizované projekty nemocničních staveb, a vysokoškolských pedagogů. Činnost skupiny je zaměřena na problematiku navrhování i provoz nemocnic a ambulantních zařízení. Při realizaci každého projektu úzce spolupracuje s týmem lékařů a sester. Většina vyspělých států světa tuto skupinu založila, v ČR tato skupina neexistuje. Skupiny z jednotlivých zemí se setkávají každoročně. Při posledním setkání byly vysloveny hlavní problémy a cíle při kontinuální inovaci a modernizaci zdravotnických zařízení. Hlavní problémy jsou nedostatek financí, potřeba racionální sítě nemocnic, vhodnost decentralizace péče, nezbytnost slučování zdravotnických zařízení, potřeba redukce lůžek, důraz na primární péči v obcích. Britská skupina PHG prezentovala hlavní problémy existujících nemocnic. Jsou to:

1. velikost jednotlivých místností
2. funkční vhodnost místnosti
3. pocit soukromí
4. pocit společenství nebo pocity osamělosti
5. pocit pohodlí (až 80% dotazovaných nebylo spokojeno)
6. možnost volby a kontroly, vlastní ovlivňování podmínek pobytu (topení, větrání, hluk, zápachy, aj.)
7. kontakt s vnějším prostředím, jak vizuální tak i faktický
8. simulace prostředím (pocity nudy, chybí výtvarné umění, TV aj.)
9. přístup k nemocnici, parkování, vnější orientace
10. komunikace a orientace uvnitř nemocnice (1, 2, 4, 7, 11, 19, 21)

2.2. Vliv barev na vnímání člověka

Člověk je po celý život vystaven působení barev, a provázejí ho po celý život. Nejsou pro nás jen tím, co vnímáme, ale aktivně působí na naši psychiku, ovlivňují naše city i jednání. Barva patří mezi první co ze světa po narození vnímáme, pak teprve vnímáme tvary, detaily, a další. Vždy je pro nás jednodušší si vybavit barvu předmětu, než jaký měl předmět tvar. Barvy mohou také ovlivnit chování člověka, protože mezi barvami a našimi pocity existuje vztah a působí také na vegetativní systém. Teplé barvy (řadíme sem např. barvy: žlutá, červená, oranžová) podněcují ke zvýšené aktivitě, zvyšují krevní tlak, zrychlují srdeční frekvenci, povzbuzují činnost vegetativního nervstva, zvyšuje se svalové napětí. Tyto barvy zvyšují tak chuť k jídlu, zřetelněji vnímáme hluk, rychleji nám utíká čas. Studené barvy (řadíme sem např. barvy: modrá, zelená) mají účinek na lidský organizmus opačný – uklidňující, vyvolávají útlum tělesných funkcí. Vnímání barev však může velmi často doprovázet i silné citové zážitky, které mohou být jak příjemné tak i nepříjemné a silně ovlivňující náš vztah k barvám. Proto může být někdy velmi obtížné určit podle odmítání určité barvy, jaké má člověk zdravotní potíže. Zhruba před půlstoletím byl zaznamenán a změřen fyziologický jev spočívající v tom, že zvukové podněty zesilují vnímání některých barev a naopak některé barvy zesilovaly současný vjem sluchový. Dále byl zjištěn vliv barev na ostatní smyslové receptory (chuť, čich, hmat). (6, 15)

Barvy v prostorech lidí aktivizují, jiným umožňují koncentraci pozornosti. Barvy také vytváří pohodu, jejímž důsledkem je menší procento úrazovosti a lepší soustředění na práci vedoucí ke zvýšenému celkovému výkonu. Optimální barevné řešení prostorů snižuje únavu a

pomáhá vytvářet psychickou pohodu. Barva dovede také pocitově opticky korigovat celkový dojem z prostoru. Syté, temné a studené barvy mají kratší vlnovou délku (350-500nm), oku se zdají být takto barevné předměty vzdálenější a vzniká dojem chladného odstupu, prostor dojmově zmenšují. Některé světlé tóny dokáží prostor opticky zvětšit a vytvářejí dojem volnosti. Modrá uklidňuje a působí chladivě. Zelená také uklidňuje a má velmi příznivý vliv na srdce a krevní oběh. Žlutá barva a všechny nažloutlé tóny působí přívětivým a prosluněným dojmem, jsou povzbudivé, veselé a komunikativní. U někoho působí příznivě na trávení, u jiných může vyvolat pocit nevolnosti. (6, 7, 15, 20)

Již řecký lékař Hippokrates dával barvy do souvislost s lidskou povahou. Vypracovává podle nich teorii čtyř základních typů temperamentu. Hippokrates měl na mysli míšení čtyř hlavních šťáv v těle, temperamentem rozuměl povahu člověka a učil, že závisí na poměru krve – sanguis (červená barva), černé žluči – melancholé (modrá barva), žluči – cholé (žlutá barva), hlenu – flegma (zelená barva).

Za zakladatele zkoumání barev z psychologického hlediska je považován Johann Wolfgang Goethe. Vyzdvihl a popsal významný psychologický aspekt prožitku barvy – smyslově-morální působení. Stanovil pravidla harmonie barev a rozdělil barvy podle působení na barvy strany pozitivní (bílá, žlutá, červeno-žlutá, žluto-červená) a negativní (černá, modrá, černo-modrá, modro-černá). Červená barva stojí na vrcholu pomyslného trojúhelníku. Zelená a šedá jsou uprostřed trojúhelníku a vyvažují působení obou stran. Dalšími významnými vědci zabývajícími se působením barev na psychiku člověka byli – Ernst Kretschmer (rozdělil lidi na dva typologické druhy- cyklorámy a achizotýmy), Carl Gustav Jung (zjistil, že extroverti dávají přednost teplým barvám, kdežto introverti mají raději barvy studené), Hermann Rorschach (autor projektivní metoda, která se skládá z deseti skvrn vzniklých z kápnutí černého nebo barveného inkoustu), a jiní. (6)

Ačkoliv každý člověk má svoji stupnici barev jinou, platí však, že obecné významy barev jsou stálé. Významy barev jsou založeny na jejich fyziologických i psychologických účincích a na vlastnostech, které jim lidstvo připsalo v průběhu svého vývoje. Žlutá barva je symbolem světla, zlata, věčnosti, proměn, rozumu a moudrosti. Tuto barvu mají rádi lidé bezprostřední, plní nadějí a očekávání. Odmítání této barvy prozrazuje zklamání a nedůvěru. Z fyziologického hlediska podporuje tvorbu plicního tkaniva, práci žláz, podporuje trávení a činnosti žaludku. Červená barva je výrazem životní síly, aktivity, potěšení z činnosti a dobrého kontaktu s okolím. Mají ji rádi lidé cílevědomí, energičtí, tvořiví, schopní usilovné práce a soustředěného vypětí. Mohou to však být i lidé násilničtí a impulzivní. Nesympatická je pro lidi, kteří jsou unaveni, vyčerpání jsou pasivní či zklamaní. Z fyziologického hlediska

podporuje proudění krve a zvyšuje tvorbu červených krvinek. Modrá barva je barvou klidu, uspokojení, souladu, zařazenosti, sebedůvěry. Symbolizuje něhu, věrnost, důvěru, tradici a oddanost. Je sympatická pro citlivé lidi, s bohatým vnitřním životem, hledající lásku a oddanost. Odmítají ji lidé, kteří se chtějí osamostatnit. Z fyziologického hlediska posiluje nervy, psychické síly, zvyšuje tvorbu bílých krvinek, podporuje práci nadledvinek, zužuje cévy, snižuje krevní tlak. Fialová barva je barva sentimentálních snilků a romantiků. Vyhledávají ji lidé s poruchami štítné žlázy, děti v pubertě a těhotné ženy. Z fyziologického hlediska posiluje slezinu, podporuje tvorbu lymfy, posiluje životní síly. Zelená barva je výrazem pevnosti a setrvání. Je sympatická lidem, kteří jsou houževnatí, stateční, ale také umínění, málo přizpůsobiví a mají rádi vše pod kontrolou. Jsou to lidé, kteří mají sklon k péči o druhé. Nesympatické je pro lidi se srdečním onemocněním. Z fyziologického hlediska zvyšuje barva odolnost kůže a tvorbu kostního tkaniva. Hnědá barva je spojená s tělesností. Vyhledávají ji lidé, kteří mají rádi své pohodlí, touží po odpočinku. Nesympatická je pro lidi, kteří jsou aktivní a chtějí se od ostatních odlišovat. Šedá barva je neutrální, neživotná barva. Sympatická je lidem, kteří nechtějí o sobě nic prozradit. Odmítání prozrazuje touhu po vzrušení, dobrodružství, touha po barvitěm životě. Černá barva je barvou vzdoru a protestu. Poskytuje lidem bezpečí a pocit anonymity. Může upozorňovat na závažný vnitřní konflikt.

(7, 14,15)

3. Prožívání a pocity při čekání

3.1 Stres

Stres vzniká pokud dojde ke zvýšení míry intenzity stresogenní reakce nad schopnosti či možnosti daného člověka. Je to nespecifická reakce organismu na zátěžové vlivy (stresory), které mohou být mentální (strach, vztek), fyzikální (zima, horko), traumatické, ale působí tu i silná námaha, hypoglykémie, hypoxie a podobné změny, které organismus ohrožují. Pro vznik stresu je podstatný poměr mezi mírou stresogenní situace a schopností danou situaci zvládnout.

Lidské reakce na stresor a způsob jeho zvládnání jsou individuální. Stres zajišťuje udržení homeostázy za mimořádných podmínek. Bez ohledu na druh zátěže dochází vždy k témuž souboru fyziologických reakcí **GAS** (General Adaptation Syndrom). Adaptační syndrom na stresové situace u jedince má tři fáze:

- 1. Poplachová fáze** je charakterizovaná aktivací sympatiko-adrenerního systému (dále jen SAS) a vyplavením katecholaminů. Dochází ke zvýšení krevního tlaku (dále jen TK), srdečního tepu, ke zrychlení dechu, zvýšení sekrece potních žláz. Krev se shromažďuje spíše do svalů končetin. Postupně dochází ke glykogenolýze (hyperglykémie), lipolýze, která zajišťuje metabolické substráty (glukózu, volné mastné kyseliny) pro svalovou práci. Současně dochází k aktivaci systému CRH-ACTH-kortizon a aktivací POMC systému. Těmito pochody se organismus připravuje na únik.
- 2. Fáze rezistence** je vlastní boj organismu se stresem. Tato fáze závisí na tom, jak je organismus silný a schopný bojovat. Fyziologicky se tato fáze dá charakterizovat: další aktivací systému POMC a CRH-ACTH-kortizol. Kortizon svým glukoneogenetickým a lipolytickým účinkem (uvolnění mastných kyselin a glycerolu), dále se zajišťuje substrát (palivo) pro energetické reakce. Účinky kortizolu jsou proteokatabolický, imunosupresivní, demineralizační. Schopnost organismu odolávat stresu je maximální.
- 3. Fáze vyčerpání** nastává, pokud stres trvá příliš dlouho nebo je příliš silný, či je sekrece kortizolu narušena. Organismus stresu podléhá (hypotenze, šok, srdeční selhání) (13, 8)

3.1.1 Stresory:

Negativní životní faktory zatěžují vlivy vedoucí k napětí jsou např. přetížení množstvím práce, časový stres, neúměrná velká odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, vzájemné špatné vztahy mezi lidmi, vysilující snaha o kariéru, nezaměstnanost, hluk, poruchy spánku, nemoc, úmrtí blízkého člověka, negativní sociální jevy (obavy z kriminálních činů), bezmocnost,

dlouhodobé napětí – nevyhovující bydlení, výchovné starosti s dětmi aj. Pozitivní životní faktory v těžké chvíli člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu, výdrž k boji (např. pochvala a uznání od lidí) (8)

3.1.2 Příznaky stresu:

Mezi fyziologické příznaky stresu řadíme: palpitace, bolest, svírání na hrudi, nechutenství, časté nucení na mikci, svalové napětí v krční oblasti, v dolní části páteře, úporné bolesti hlavy, migrény, exantém, nepříjemné pocity v krku, potíže v soustředění aj. Emocionální příznaky jsou např. prudké a výrazné změny nálad (od radosti ke smutku, nadměrné trápení se věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii či empatii, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev, stažení se ze sociálního kontaktu, nadměrné denní bdění, nadměrné pocity únavy, obtížné soustředění, zvýšená podrážděnost, popudlivost, úzkostnost aj. Chování a jednání lidí ve stresu může být různé např. nerozhodnost, nerozumné nářky, zvýšená absence v práci, nemocnost, úrazovost, sklon k nepozornému řízení auta, zhoršená kvalita práce, snaha vyhýbat se, používání výmluv, zvýšená konzumace návykových látek, ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání, snížená kvalita práce, snížená produktivita aj. (8)

Podle toho, jak stres působí na člověka, je možno jej charakterizovat jako pozitivní či negativní. I pro tyto protichůdné póly se používá odlišných termínů. *Eustres* (kladně působící stres) je spojen převážně s pocity příjemnými, příkladem může být rozechvění při očekávání kladně emocionálně zabarvené události. *Distres* (negativně působící stres) je používán pro nejnepříznivější stresové situace. Je spojen s pocity úzkosti, strachu a pesimismu. (9)

3.1.3 Působení stresu na zdravotní stav jedince:

Stres působí negativně na zdravotní stav. Přímý vliv má na imunitní, endokrinní nebo nervový systém. Nepřímý vliv má stres na chování člověka (např. změna životního stylu).

V roce 1987 (Stone et al., 1987) byla sledována skupina lidí, která pravidelně zaznamenávala těžké (stresové) zážitky (události, situace apod.). Zjistilo se, že tam, kde došlo k výraznější negativní změně v životě dané osoby (např. typu zklamaného očekávání), se do tří až čtyř dnů objevilo nachlazení nebo chřipkové onemocnění. Při mnoha výzkumech byl také zjištěn relativně úzký vztah mezi zrodem anginy pectoris a intenzivním stresem působícím v době, která předcházela objevením prvních příznaků anginy pectoris. Při jiných empirických studiích (Ligh et al., 1983) se prokázalo, že existuje určitý vztah mezi schopností zadržovat sůl v ledvinách a vystavením organismu stresu. Synergický vliv obou těchto faktorů

stojí při zrodu hypertenze. Při stresu dochází ke zvýšení celkové emocionální hladiny, což může být „startovacím“ podnětem astmatického záchvatu. Stresorem nemusí být vždy jen vlastní fyzický moment, ale i jen očekávání něčeho negativního. Stres také velmi často stojí u zrodu deprese. Při zrodu deprese nejde jen o objektivní situaci, ale také o její kognitivní zpracování. Velkou roli zde hrají tzv. „iracionální představy“ a myšlenky, které jedince děsí, i když nemají faktický podklad. *Vliv stresu byl empiricky prokázán pro vznik posttraumatické stresové poruchy = PTSD.* (8, 13)

3.1.4 Doprovodné prožívání aktuálně pociťovaného nebezpečí:

Při aktuálním prožívání nebezpečí se u člověka zpravidla projevují některé z těchto reakcí - hněv, agresivita, úzkost a strach, deprese, útlum. Tyto reakce se mohou navzájem prolínat, záleží na tom jak danou situaci člověk vnímá a hodnotí, jak se mu ji podaří udržet pod kontrolou a zvládnout ji. Vnímání a hodnocení (kognitivní zpracování), emoční doprovod i následující prožívání jsou do značné míry dány dřívější zkušeností jedince se stejným situacemi. Uvedené reakce na stresor se nemusí projevovat v chování člověka, nýbrž mohou probíhat skrytě (na subjektivní úrovni). Emoce jedinec neprojeví a neodžije si je v akci (fyzická aktivita), což může vést k poruchám psychomotorického typu. Stresor i dlouhodobá náročná a závažná životní situace se vždy promítají do psychiky člověka. Psychické zpracování závisí především na osobnosti a předchozích zkušenostech, které určují postoj jedince i způsob, jak se s nimi vyrovnat. Pro příznivé zvládnání dlouhodobé zátěže hraje důležitou roli přítomnost a pomoc druhých lidí, kteří působí „antidepresivně“. „Sociální opora moderuje vztah stresor-reakce imunitního systému, a zároveň zmenšuje nepříznivý dopad náročných životních situací na lidské zdraví.“ (13, str.333) (13, 17)

Hněv je specifická silnější lidská emoce, která obvykle předchází do agresivních projevů až hostility. Tato emoce je vrozená reakce na překážku, která se staví do cesty při dosahování daného cíle. Silnější a afektivní forma hněvu je vztek, který může vyústit až ke stavu zuřivosti. Člověk pociťuje hněv tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne, nebo se dotkne lidí jemu nejbližších a ohrozí tím či zraní jeho/jejich sebepojetí. Hněvem reagujeme na omezování vlastních možností nebo možností lidí, na kterých nám velmi záleží. Reagujeme tak na ohrožování či zraňování sebepojetí. Rozčilení, na rozdíl od hněvu, nebývá tak silné a zpravidla trvá časově kratší dobu. Hněvem neoznačujeme pouze aktuální stav, ale i negativní postoj, vázaný na určitou dřívější zkušenost, jenž se člověka dotkla. (17, 18)

Agresivita je komplexní psychologický pojem s vrozeným základem. Forma a intenzita je do značné míry osvojitelná během života člověka (např. prostředí, psychologické prostředky).

Slouží k formování a rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptační funkci. Pomocí agresivity si hájíme svoji psychickou a fyzickou integritu, ale i integritu druhých. Nepřiměřená agresivita je problém. Agresivita má u člověka velmi rozličnou podobu (např. agresivní myšlení, komunikace, prožívání, chování), je obsažena v našich fantaziích a představách, v přáních, denních i nočních snech. Podle místa projevu agresivitu dělíme na vnější a vnitřní. Vnější projev agresivity dělíme dále na verbální (nejčastější formy projevu agresivity) a brachiální. Dále agresivitu můžeme dělit podle směru jejího projevu a to na intrapunitivní (jedinec zaměřuje agresivitu proti sobě) a extrapunitivní (jedinec zaměřuje agresivitu vůči svému okolí). Agresivitu můžeme také rozdělit na agresivitu instrumentální, samoučelnou, reaktivní, agresivita jako důsledek afektu. Instrumentální agresivita je nejběžnější. Jedinec chce touto formou chování něčeho dosáhnout. Tendence k opakování daného chování, které dříve bylo účelné k dosažení cíle. Agresivita samoučelná přináší člověku sama o sobě požitky, destrukce může být pro něj příjemná. Někdy je vázaná na sebezpojetí. Pomocí tohoto typu agresivity si mohou někteří jedinci zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a nalézat sebezpotvrzení. Reaktivní agresivita bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity (např. silná fyzická nebo duševní bolest). Cílem tohoto chování je odstranit zdroj bolesti. Agresivita jako důsledek afektu se vyskytuje nejčastěji u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Jedinci jsou značně sebevědomí a sebestřední. Druhé mohou vnímat pouze účelově. Na proběhlé afektivní jednání mohou mít amnézii. Příčinou agresivity může být subjektivní pocit ohrožení a strachu (např. lékařský zákrok, smrt, existenční obavy), prožitky křivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které jsou pro člověka významné a týkají se jeho osoby nebo osob jemu blízkých, zklamání určitého očekávání či pacientovy snahy. Časná reakce na frustraci, celková větší zátěž a z ní plynoucí exhausce může být spojená se zvýšenou dráždivostí a aktuální podrážděností. Agresivní chování se může projevit i u ošetřujících pracovníků vůči pacientovi. Pro ošetřující personál bývá velmi často nepřijatelné si přiznat vlastní nevhodné chování vůči pacientům a jejich blízkým. Zpravidla své jednání racionalizuje (zdůvodňuje ho přijatelným způsobem), pokud ho nepopře ve smyslu psychických obranných mechanismů. Velmi často připisují vinu na druhého s tvrzením „může si za to sám“. Většinou však jedinec sám pocituje, že nejedná správně. Nedochozí k poškozování jen pacienta, ale také sama sebe. Při neřešení agresivity dochází postupně ke snížení citlivosti vůči druhým lidem a postupně k osobní degradaci. Nejčastější projevy agresivity u zdravotnických pracovníků je nevhodné chování, nešetrnost při vyšetření, zákrocích, aplikacích léků, manipulaci s pacientem verbální agresivita (zvýšení hlasu, nadávky, vyčítání aj.), špatná organizace práce aj. Příčinou agresivity personálů je

nespolehlivá spolupráce (nedodržování léčebného režimu, nedodržení stanovené diety, RHB), agresivita a hněv vycházející od pacienta buď vůči personálu či ostatním spolupacientům, verbální ponižování, znejistění, znehodnocování jejich práce, kritika jejich počinání, stížnosti, pomluvy, intriky aj. (17, 18)

Úzkost a strach doprovázejí člověka po celý život. Forma a jejich intenzita se mění vlivem řady okolností, včetně věku, pohlaví aj. Předpokládá se, že dispozice k úzkosti a strachu jsou vrozené a v extrémních případech do značné míry dědičné, i když je lze modifikovat vlivy prostředí (výchova, psychoterapie). Úzkost běžně přechází ve strach a strach přechází do úzkosti. Nelze je od sebe oddělit, protože se navzájem podmiňují a splývají. Oba tyto pocity jsou příkladem propojenosti tělesných a duševních dějů, tedy psychosomatické jednoty člověka. Nejlepší prevencí proti nadměrné úzkosti a strachu je zakotvená u člověka ve kvalitních meziosobnostních vztazích.

Strach je nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, která v jedinci vyvolává obavu z ohrožení. Je to reakce na poznané nebezpečí. Má signální a obrannou funkci. Ohrožení jedince může být vnější nebo vnitřní. Velmi často se jedná o kombinaci vnitřních a vnějších faktorů. Subjektivní a objektivní světy velmi často díky lidské představivosti, zkušenosti a schopnosti předvídat mohou navzájem splývat. Strach může být také reálný a nereálný. Reálný strach je druhými pochopitelný a přirozený, nereálný strach je pro druhé nepochopitelný, nepřiměřený až iracionální, u neurotiků se může jednat až o fobie.

Úzkost je nepříjemný prožitek a stav, při kterém si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu (daný předmět, situaci). Má signální a obrannou funkci. Úzkost je základní existenciální pocit, který se vyznačuje přechodným stavem sevřenosti, může být pociťován i tělesně. Úzkost je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí, většinou je nepříjemnější než strach. Je to dané tím, že očekávání něčeho nepříjemného je horší než událost sama, je-li poznána. Úzkosti dělíme (psychoanalyticky) na úzkost reálnou (z něčeho skutečného), dále pak na úzkost neurotickou (vychází z obavy, že se pudy vymknou kontrole) a na úzkost morální (vychází z přisnosti osobní morálky). Dále můžeme dělit úzkost na úzkost existenční (úzkost ze smrti, stáří, ze zranění, z budoucnosti, z nemoci, infekce atd.), dále pak na úzkost sociální (stud, rozpaky, ostýchavost atd.) a na úzkost výkonovou (úzkost ze zkoušky, ze zaměstnání, ze sportu atd.) Člověk subjektivně prožívá pocit sevření, tísně, vnitřního napětí a neklidu. Cítí se být ohrožen, projevuje obavy, prožívá bezradnost. Bázeň může vyústit v paniku a děs. Velmi často se objevují depresivní prožitky, únava, závratě. Výrazné pocity úzkosti a strachu vedou k depersonalizaci a derealizaci. Úzkost lze objektivně hodnotit podle změn na fyziologických funkcích (tj. tachykardie, hypertenze,

tachykardie, hypertenze, tachypnoe nebo bradypnoe až zatajování dechu, sucho v ústech, zvýšená potivost kůže, zvýšené svalové napětí). Člověk má úzkostný až vyděšený pohled, jeho mimika je málo diferencovaná, obličej je bledý, budí dojem celkové strnulosti a tenze, pohyby jsou většinou hůře koordinované a nepřesné. (9, 17, 18)

Podmínky pro vznik úzkosti dělíme na vnější a vnitřní, jedná se o stimuly psychické, fyzické či sociální). Do podmínek se také řadí osobnost člověka (jeho aktuální vyladěnost, jeho vývojové období, věk, zdravotní a psychofyzický stav, stav aktivace „nabuzenosti“, genetická výbava, kvalita CNS, dřívější formativní zkušenosti z dětství, sebepojetí) a situace. (18)

Deprese je syndrom, který charakterizují symptomy jako je; depresivní nálada, myšlení, psychomotorika. Depresivní nálada je pocit smutku, sklíčenosti, jež výrazně dominují a u těžších depresivních stavů jsou zcela neodklonitelné. Depresivní myšlení se projevuje celkovým pesimismem a relativním sebepojetím (sebeopodceňování, sebeobviňování, sebeodsuzování aj.). Depresivní myšlenky mohou být až absurdní, potom se jedná o depresivní bludné domněnky a bludy. Někteří pacienti si mohou stěžovat na ztrátu schopnosti soustředit se, myslet, pamatovat si nebo činit rozhodnutí. Depresivní psychomotorika jedince se projevuje v gestech, v pohybu a v tempu řeči. Mimika jedince je maskovitá, méně diferencovaná (člověk dělá unavený dojem). Může se projevit nezájem o sebe, o okolí, o zaměstnání. Při vážnějších depresivních stavech jsou pro jedince typické sebevražedné myšlenky, představy a tendence. Dochází ke ztrátě pocitu prožívání času. Deprese je mnohdy provázena pocity viny a úzkostí. Tyto pocity mohou jedince energetizovat a klinický obraz deprese může být značně pestrý, mohou také vyvolat agitovanost – neklid apod. Deprese jako syndrom je duševní onemocnění či porucha která se nedá vůlí zvládnout a vyžaduje léčbu. (18)

3.2. Emoce

„...jsou to psychické procesy, v čase se odehrávající děje, více či méně dlouho trvající.“ (13, str.181)

Emoce jsou odpovědí jedince na danou situaci. Tato odpověď je determinovaná psychickým zpracováním této situace. Na tomto zpracování se podílí paměť, která obsahuje individuální zkušenosti a vnitřní psychofyzické vybavení jedince, tj. *osobnost jedince*. (9)

Emoce vzniká interakcí mezi situací a osobností. Výsledkem této reakce je určitý psychický obraz situace, její subjektivní pojetí, které se projevuje tím, že různí lidé nacházející se v téže situaci na ni mohou různě reagovat. Reakce je determinovaná



osobnostními vlastnostmi jedince, jako je temperament (míra vzrušivosti), intelekt (celek schopností určující mentální výkony), postoje (komplexní dispozice pro hodnocení) a motivy (psychologické důvody k jednání). Dále se v reakci jedince uplatňuje i jeho aktuální psychický a fyzický stav (např. únava aj.). Emoce vznikají spontánně, nelze je vyvolat uměle. Lze si však představit nebo navodit vzpomínku, a tak si i přivodit emoce. Úmyslné zbavení emoce, lze pouze tehdy, když ji nahradíme emocí jinou. Emoce představují cíle chování a mají vždy reaktivní charakter. Mohou být vyvolány vnějšími podněty, vzniklými vnitřními stavy (hlad, únava) nebo dovršujícími se reakcemi, které zakončují motivované chování tj. *reaktivní povaha emocí*. Projevy emocí můžeme potlačit pouze motorickou část projevů (mimika, gestikulace), nelze však potlačit vegetativní část projevů (např. pocení, zčervenání). Emoce mohou vyvolávat výrazné změny v poznávacích činnostech, které spočívají na „shodě“ vjemů, představ, fantazie a myšlení s obsahem prožívané emoce, což vyvíjí zpětný zpevňující vliv. (9)

Mezi emociogenní situace patří také čekání a očekávání. Moment čekání vede k postupné mobilizaci energie, jejímu měštnání a k následnému vybití v podobě emoční reakce. Čekání je někdy spojováno s očekáváním bolesti, neúspěchu a s obavou z možnosti veřejného selhání nebo zostuzení. Emoční reakce z čekání mohou pak v důsledku vlivu takovýchto očekávání zesilovat. Pro člověka je čekání běžnou zátěžovou situací, kterou by měl (v únosné míře) dobře psychicky tolerovat. Trpělivé, kultivované chování pacientů v čekárně je „přenosné“ z jedné osoby na druhou a výrazně pomáhá kulturnímu klimatu v čekárnách. Měla by platit zásada, že každý pacient má nárok na takovou porci našeho času, jakou si zasluhuje řešení jeho problému. Proto pořadí pacientů vstupujících do ordinace by měl určovat lékař nebo sestra, bez ohledu na narůstající počet čekajících. Je velmi vhodné udržovat s pacienty občasný oční i slovní kontakt. Ten jim signalizuje, že nejsou ignorováni, že se o nich ví a že se s nimi počítá. Je velmi dobré zřídit ve skupině pacientů tzv. diskrétní zónu, která slouží ke sdělení individuálních informací pacientů sestře. (9)

4. Vztah sestry a nemocného

Sestra reprezentuje ženský princip – starostlivost, péči, vlídnost a něhu.

K prvnímu kontaktu pacienta se zdravotnickým personálem dochází v čekárnách. Je to právě sestra, která se jako první setkává s pacientem nejdříve. Na tomto prvním kontaktu velice záleží, protože si podle něj pacient udělá představu o úrovni zdravotnického zařízení. Proto by sestra měla nejen dbát o svůj vzhled a oblečení, ale hlavně na způsob svého vystupování před pacienty. Při komunikaci s pacientem je samozřejmostí oslovovat pacienta jménem, být k němu čelem a přitom se na pacienta dívat. Každý další pacient by měl být individuálně pozván do ordinace, pozdrav a oslovení je samozřejmostí. Velmi negativně na pacienty působí sestra, která není upravená, s pacienty komunikuje pouze formálně a z ordinace nevychází.

Sestra se pro pacienty velmi často stává spojenkyní, protože tráví s pacientem více času než lékař. Projednává s pacientem více osobních záležitostí, zná a chápe jeho osobní problémy, fyzickými doteky prolamuje bariéru lidského ostychu a vzdálenosti, úsměvem může zjemnit tvrdost zákazů či příkazů. Od sestry pacient očekává více lidského pochopení, jak pro různé prohřešky a slabosti, tak pro utrpení a bolest. Při ztrátě odstupu sestry k pacientovi dochází k tomu, že se sestra může uchýlit k flirtu nebo propadne bezmocnému soucitu. Sestra se může také svěřovat pacientům se svými osobními problémy nebo může dojít k přenosu upovídáných informací o zaměstnancích či nemocných. Opakem je komisi až kasárenské chování sestry. (2, 3)

Moderní ošetřovatelství rozlišuje tyto základní role sestry. *Sestra –pečovatel* je tradiční role spojená s poskytováním základní ošetřovatelské péče. Sestra samostatně pečuje o nemocné, jak v nemocniční tak i v terénní péči. Dokáže identifikovat ošetřovatelské problémy a zajišťuje jejich plán a řešení. *Sestra- edukátor* nemocného a rodiny – pomocí edukační činnosti se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci jejich poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházením komplikacím, pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nácviku potřebných dovedností (např. aplikace inzulínu, monitorace krevního cukru, krevního tlaku, ošetřování vývodů, ran). *Sestra – obhájce* (advokát) u nemocných, kdy nejsou schopni projevit své potřeby, problémy a přání, tehdy se ze sestry stává jeho tlumočnick. Podporuje u pacienta pocit bezpečí a jistoty. *Sestra – koordinátor* se uplatňuje v plánování a realizaci ošetřovatelské péče úzce spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Nemocného i rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči. *Sestra- asistent* se podílí na diagnosticko-

terapeutické lékařské péči. Přípravuje pacienty na vyšetření, operační výkony, asistuje při výkonech či zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem. Podle postavení a postojů v práci můžeme sestry rozdělit do těchto typů. Rutinní, přesná a věcná sestra zvládá svoji práci, ale někdy jí utíká lidská stránka věci. Herecký typ sestry se snaží udělat dojem na své okolí, chce být středem pozornosti, její výroky jsou nespolehlivé. Nervózní typy sester se cítí velmi často unaveny, bývají podrážděné, mohou trpět nejistotou a obavami. U těchto sester hrozí riziko návyku na toxické látky. Další je typ robustní, mužský typ. Jedná se o rozhodnou, energickou, iniciativní sestru, která je dobrou organizátorkou. Může se velmi dobře uplatnit ve vedoucích funkcích. Jako mateřský typ je označována milá sestřička. Typ sestry specialistky si musí taktně vybudovat vztahy s ostatním personálem na oddělení, neměl by projevovat nadřazenost.

(1, 2, 3)

5. Technické a věcné požadavky na zařízení zdravotnických zařízení ambulantní péče

Zdravotnické zařízení ambulantní péče se skládá z provozních a vedlejších místností. Mezi provozní místnosti zařazujeme ordinace, přípravnu nebo místnosti, kde se vykonává základní činnost) a příslušenství pro pacienty (čekárna, WC pro pacienty). Jako vedlejší prostory označujeme hygienické zařízení pro zaměstnance, sklady a úklidové komory. Ambulance je buď řešena jako jedna místnost, tj. společné pracoviště pro lékaře a sestru, nebo jako ordinace lékaře a přípravná, ve které je hlavní pracoviště sestry. Mezi ordinací a přípravnou musí být přímé spojení dveřmi. Čekárna pacientů musí přímo navazovat na přípravnu nebo ordinaci. WC pro pacienty má mít předsíň vybavenou umyvadlem s tekoucí vodou nebo musí být umývatko umístěno v kabině WC. Dveře WC by se z bezpečnostních důvodů měly otevírat směrem ven. (16)

Provozní místnosti, které mají povahu trvalého pracoviště nebo pobytu, musí mít zabezpečeno přímé denní osvětlení a větrání okny. Ostatní provozní místnosti včetně čekárny pacientů, u kterých přímé osvětlení a větrání nelze docílit, musí se zabezpečit umělým osvětlením a větrání vzduchotechnickým zařízením. Provozní místnosti má mít světlou výšku 3,0 m. Komunikace a vedlejší prostory by měly mít světlou výšku nejméně 2,4 m. V ordinacích a ostatních místnostech, určených pro trvalý výkon práce, musí na jednu osobu připadnout nejméně 15 m² vzdušného prostoru a nejméně 2,0 m² volné podlahové plochy. Při nedodržení uvedeného objemu vzdušného prostoru musí být posouzena kvalita mikroklimatických podmínek. Minimální teplota vzduchu v ordinaci má být 22°C, přípravny 22°C a v čekárně 20°C. Relativní vlhkost v těchto místnostech by se měla pohybovat v rozmezí 30 až 50 %. Při objemu 15 m³ na osobu se musí být dosáhnuto jednonásobné výměny vzduchu za hodinu. *Prostory čekáren pro pacienty musí mít plochu minimálně 2,0 m² na jedno místo pacienta při nejmenší ploše 8,0 m.* Minimální plocha ordinace praktického lékaře, odborné ordinace či pracoviště sestry by měla být 15 m². (16)

6. Ideální čekárna na interní-hematologické klinice Fakultní nemocnice v Brně.

Zpříjemnění a ulehčení „nedobrovolného“ pobytu pacientů s dg. mnohočetným myelomem byla hlavní myšlenka projektu Nadace myelom. Jedná se většinou o pacienty ve vyšší věkové kategorii cca od 55 let a výše (,ale i mladší). Vzhledem k jejich onemocnění probíhá kontrola u odborného lékaře velmi dlouho. Pacienti přicházejí ráno na kontrolní odběry, poté musí počkat na výsledky a pak následuje kontrola u lékaře. Jedná se tedy o velmi dlouhý pobyt pacienta (,ale i jeho doprovodu) na jednom místě. Onemocnění postihuje kostní tkáň a proto je pobyt v čekárně velmi náročný. Ve Fakultní nemocnici v Brně –Bohunicích probíhá stavba nového ambulantního traktu a této skutečnosti využil i nadační fond, který se zapojil do budování nových prostor tím, že navrhl a vybavil čekárnu pro pacienty. Ve starých prostorech byly k dispozici velmi nepohodlné drátěné sedačky a lavice. Nyní je v nové čekárně k dispozici čalouněný nábytek, květinové zákoutí, odkládací stolky a na stěnách pro zpříjemnění je umístěna prodejní galerie obrazů brněnských umělců. Tato galerie obrazů je po určitém čase obměňována. Další součástí projektu, bylo zajištění dostatečného pitného režimu pacientů. Nadační fond tuto skutečnost zabezpečil nápojovým výdejníkem na teplou a studenou vodu, dále sponzoruje bezplatné poskytnutí kávy a čaje pro čekající, včetně tiskovin. Zároveň s půlročním posunem byl spuštěn projekt s dobrovolníky, kteří pacientům vydávají nápoje, nebo jim pomáhají v orientaci po nemocnici, případně je i doprovázejí na další nutná vyšetření. Dobrovolníci se pohybují v prostorách každý den dopoledne zhruba od 8.00 do 12.00. kdy je největší nápor pacientů. Vizualizace čekárny viz. příloha č.3. (23)

7. Vymezení problému

Je prostředí čekárny vhodným pro roli léčebného činitele?

7.1 Cíle výzkumu

Na základě formulovaného problému jsme stanovili tyto výzkumné cíle:

1. Zmapovat prostředí čekáren a jeho vliv na chování čekajícího
2. Zjistit čekací dobu ve vybraných čekárnách
3. Zjistit hodnocení chování sestry pacientem

7.2 Stanovení hypotéz výzkumu

Na základě popsanych cílů jsme stanovili tyto hypotézy:

- H₁:** Více jak polovina z vybraného vzorku čekáren neodpovídá stanoveným rozměrům.
H₂: U 50 % pacientu při postupném prodlužování čekací doby se zvyšuje nervozita
H₃: U 50 % pacientů přesahuje maximální čekací doba 20 minut.
H₄: Většina respondentů hodnotí chování sestry jako vstřícné a ochotné.

8. Metodika výzkumu

8.1 Popis dotazníku

K zjištění potřebných informací jsme použili dotazník vlastní konstrukce, který byl vyplňován laickou veřejností. Získaná data jsme zpracovávali v počítačových programech Microsoft Office.

Dotazník se týkal těchto oblastí.

1. Základní identifikační údaje (pohlaví, věk, vzdělání, druh ordinace)
(otázky č. 1-2)
2. Oblast zkoumající frekvenci návštěv, důvod návštěvy a místo, kde pacient čeká (otázky č. 3-5)
3. Oblast týkající se objednávání dalších návštěv pacientů a příchodů pacienta do čekárny (otázky č. 6-10)
4. Oblast zaměřená na chování pacienta a vybavení čekárny (otázka č. 11-14)
5. Oblast týkající se dodržení času objednání a chování pacienta při jeho nedodržení (otázky č. 15-19)
6. Oblast zjišťující nejkratší a nejdelší dobu v dané čekárně (otázka č. 20)

7. Oblast zaměřená na chování sestry, organizace práce sestry a komunikaci s pacientem (otázky č. 21-23)
8. Oblast zjišťující ideální čekárnu podle pacienta (otázka č. 24)

8.2 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v měsíci únoru a březnu 2006. Dotazníky byly vždy na 1-3 týdny umístěné v čekárně. Návratnost dotazníků byla 100%.

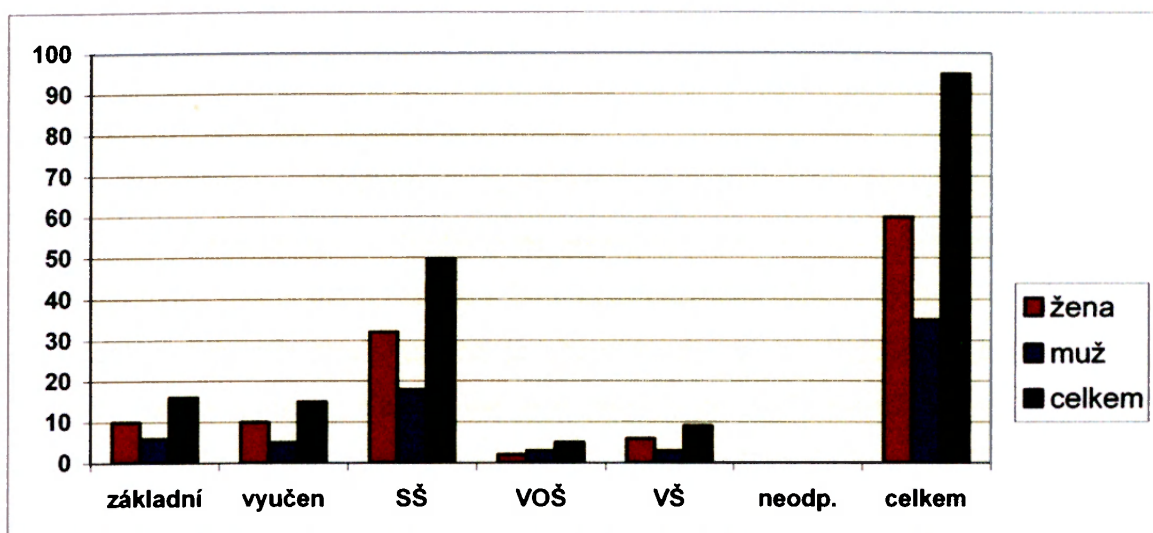
8.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Sledovaná skupina se skládala z 60 žen a 35 mužů, celkem 95 respondentů. Průměrný věk žen je 37,5 let a průměrný věk mužů je 42 let. Průměrný věk celé skupiny je 39,2 let. Věkový rozptyl se pohybuje od 13 do 70 let. Ze sledované skupiny mělo 16 lidí základní vzdělání tj. 17 %, vyučených bylo 15 lidí tj. 16 %, středoškolské vzdělání mělo 50 lidí, tj. 53 %, vyšší odborné vzdělání mělo 5 lidí, tj. 5 %, vysokoškolské vzdělání mělo 9 %. Čekárny ve kterých výzkum probíhal jsou uvedeny v následující kapitole, stejně tak uvádím Rozdělení respondentů podle pohlaví a počet dotazníků v jednotlivých čekárnách je uveden v tabulce č. 1 na str. 27.

Tab.č. 1 – Vzdělání respondentů

	žena	muž	n	%
základní	10	6	16	17 %
vyučen	10	5	15	16 %
SŠ	32	18	50	53 %
VOS	2	3	5	5 %
VŠ	6	3	9	9 %
celkem dotazovaných	60	35	95	100 %
neodpověděli	0	0	0	X

Graf.č. 1 – Rozdělení vzdělání respondentů podle pohlaví



8.3.1 Charakteristika vybraných organizací

Gynekologická ordinace v Kolíně

Čekárna se nachází ve druhém patře budovy polikliniky v Kolíně. Čekárna je vytvořena z průchozí chodby před ordinací. Má obdélníkový tvar a je velká 10m². Zdi jsou pokryty hnědým dřevěným obložením, na ní jsou vyvěšeny plakáty a nástěnky, týkající se všeobecných informací a informací o vitamínech, antikoncepci a těhotenství. Podél zdi jsou rozmístěné hnědé koženkové lavice (k dispozici je 14 míst k sezení) s malým stolkem, který je zakryt propagačními materiály. Na podlaze je položeno hnědé linoleum. Čekárna je bez oken. Větrám je zajištěné stojanovým ventilátorem, který si pacientky mohou podle potřeby pustit. Pro zpestření čekání zde hraje příjemná hudba. WC je 25m od čekárny a je uzamčené. Klíč je na vyžádání u sestry. V této čekárně bylo k dispozici celkem 15 dotazníků po dobu tří týdnů.

Čekárna na Poliklinice v Kolíně

Tato čekárna je centrálně umístěna mezi ordinacemi (oční, chirurgická, gynekologická). Její velikost je 25m². Stěny čekárny mají hnědé dřevěné obložení. Na zdech jsou nástěnky a plakáty na téma anatomie oka, pomůcky pro inkontinentní pacienty a vitamíny pro těhotné ženy a ženy v klimakteriu. Jednu celou stěnu zabírá 4 dílné okno, na jeho parapetu a v okolí jsou rozmístěné hrnkové květiny. Pro pacienty jsou zde koženkové lavice (k dispozici je 24 míst k sezení) a jeden stůl. Na podlaze je světle hnědé linoleum. WC je v čekárně, ale je uzamčené. Klíč od toalety je k dispozici

u sester v ordinacích. Na všech dveřích ordinací je nápis NEKLEPAT. V čekárně bylo 10 dotazníků k dispozici jeden týden.

Rehabilitační oddělení nemocnice v Kolíně

Rehabilitační oddělení je umístěné v suterénu interního pavilónu nemocnice v Kolíně. Pacienti čekají na chodbě před jednotlivými tělocvičnami. Chodba je velká 80m². Zdi jsou vymalovány bílou barvou a jsou na ní umístěny plakáty týkající se protetických pomůcek a lidského těla. Podlaha je zbarvena do modra. Čekárna je bez oken, větrání je zajištěno klimatizací. Na chodbě jsou polstrované židle modré barvy pro 25 lidí, prosklené stolky, věšáky a přebalovací stoly. V rozích čekárny jsou umělé květiny. WC je umístěno každých 15m. a je přístupné. Zde bylo k dispozici 10 dotazníků po dobu 1 týdne.

Ordinace praktického lékaře v Kolíně

Tato čekárna je umístěna v druhém patře budovy č. 1 v Lučebních závodech, Draslovka a.s. Kolín. Slouží nejenom ordinaci praktického lékaře, ale také pro pacienty stomatologické ordinace. Pacienti čekají v místnosti o velikosti 25m². Zdi jsou vymalovány bílou barvou a jsou na ní umístěny nástěnky a plakáty týkající se prevence rakoviny, obezity, zubního kazu a paradentózy. Podlaha je pokryta žlutohnědým linoleem. Pro pacienty jsou zde k dispozici koženkové lavice, sedačka, dva stolky a věšák. Počet míst pro sezení je zde cca 25. V čekárně je velké okno na jehož parapetu jsou květiny. WC se nachází o patro níže, je přístupné, ale dveře na WC nejsou označené. Zde bylo k dispozici 15 dotazníků po dobu 3 týdnů. 8 dotazníků bylo vyplněno pacienty stomatologické ordinace a 7 dotazníků bylo vyplněno pacienty praktického lékaře.

Chirurgická ambulance na Poliklinice v Kutné Hoře

Čekárna je umístěna v přízemí budovy polikliniky v Kutné Hoře. Od ordinace je vzdálená 5m. Velikost této čekárny činí 30m². Stěny této místnosti jsou vymalovány bíle, na zdech nejsou žádné plakáty či nástěnky. Podlaha je pokryta malými různobarevnými dlaždičkami. Pro pacienty je k dispozici 19 míst k sezení, přebalovací stůl a věšák. WC je od čekárny vzdáleno 15m. Po dobu dvou týdnů zde bylo umístěno 15 dotazníků.

Poradna pro ženy v Kutné Hoře

Tato čekárna s ordinací je umístěná ve druhé patře polikliniky v Kutné Hoře. Velikost čekárny je 16m². Stěny čekárny jsou vymalovány krémovou barvou. Na zdech jsou umístěny nástěnky na téma klimakterium, těhotenství, šestinedělí a další. V čekárně je jedno velké okno. Na parapetu okna jsou rozmístěné hrnkové květiny. Podlaha je pokryta světlehnědým linoleem. Pro pacientky jsou zde k dispozici koženkové lavice, dřevěné židle (k dispozici je 18 míst k sezení), dřevěný stůl. Toaleta je 15m od čekárny. V čekárně bylo 10 dotazníků umístěno po dobu dvou týdnů.

Ordinace praktického lékaře v Kutné Hoře

Čekárna je umístěna v prvním patře budovy Polikliniky v Kutné Hoře. Pacienti čekají v čekárně, která je od ordinace vzdálená 10m. Velikost místnosti je 30m², stěny jsou vymalovány světle béžovou barvou. Na ni jsou umístěné 3 nástěnky na téma prevence kardiovaskulárních chorob, obezity a hygienické potřeby pro lidi s inkontinencí. Podlaha je pokryta malými různobarevnými dlaždičkami. V čekárně je čtyřdílné okno a na parapetu jsou květiny. Pro pacienty jsou zde k dispozici koženkové lavice (24 míst k sezení), dřevěný stůl, věšák, odpadkový koš. Pro příjemnění je zde suchá vazba na stěně a ve vázičce. WC je umístěno 15m od čekárny. Po dobu jednoho týdne zde bylo 10 dotazníků.

Rentgenologické pracoviště nemocnice a polikliniky v Kutné Hoře

Čekárna je místnost o velikosti 30m². Stěny čekárny jsou vymalované bílou barvou. Na stěnách nejsou umístěné žádné obrazy či plakáty. Čekárna má jedno velké čtyřdílné okno. Podlaha je pokryta světlým linoleem. Pro pacienty jsou zde koženkové lavice, dvě židle (k dispozici je 32 míst k sezení), jeden dřevěný stůl a věšák. V čekárně není nic pro příjemnění čekací doby pacientům (žádné propagační materiály, časopisy, rádio aj.). WC je umístěno 20m od čekárny. V čekárně bylo k dispozici 10 dotazníků po dobu dvou týdnů.



Tab.č. 2 – Seznam organizací, počet respondentů, počet dotazníků, velikost čekáren

	název ordinace	žena	muž	n	velikost
1	Gynekologická ambulance v Kolině	15	0	15	10m2
2	Čekárna na Poliklinice v Kolině	5	5	10	25m2
3	Rehabilitační oddělení Nemocnice Kolín	6	4	10	80m2
4	Ordinace praktického lékaře v Kolině	5	10	15	25m2
5	Chirurgická ambulance v Kutné Hoře	7	8	15	30m2
6	Poradna pro ženy v Kutné Hoře	10	0	10	16m2
7	Ordinace praktického lékaře v Kutné Hoře	3	7	10	30m2
8	Rentgenologické pracoviště v Kutné Hoře	7	3	10	30m2

8.4 Analýza výzkumu

Otázky č. 1 a č. 2 se týkaly charakteristiky výzkumného vzorku a byly uvedeny v předchozí části. V otázkách č. 12, 14 a 24 měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, proto fakta vyplývající z těchto otázek nejsou zcela objektivní. Procentuální podíl u těchto otázek je vypočítáván z celkového počtu označených odpovědí, nikoliv z celkového počtu respondentů, jak je to u ostatních otázek.

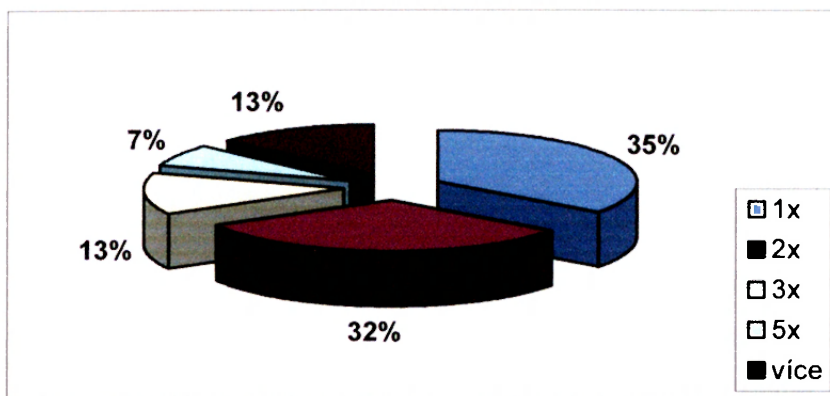
Položka č. 3 – Frekvence návštěv pacientů ve vytypovaných ordinacích

Z celkového počtu respondentů, kteří zodpověděli tuto otázku jich 28 (30 %) chodí k lékaři jednou za rok, dvakrát do roka chodí 25 (26 %) respondentů. Třikrát za rok dochází ke svému lékaři 9 (9 %) dotazovaných, 4x za rok 13 (14 %) a 5x za rok 5 (5 %) respondentů. Vícekrát za rok chodí k lékaři 10 (11 %) dotázaných. Nejvyšší uvedený počet návštěv jednoho pacienta byl 20 návštěv za rok. Tuto otázku nezodpovědělo 5 (5 %) dotazovaných.

Tab.č. 3 – Počet návštěv u lékaře za jeden rok

	žena	muž	n	%
1x	19	12	31	35 %
2x	14	15	29	32 %
3x	9	3	12	13 %
5x	5	1	6	7 %
více	9	3	12	13 %
celkem odpovědi	56	34	90	100 %
neodpověděli	4	1	5	x

Graf č. 2 – Počet návštěv u lékaře za jeden rok



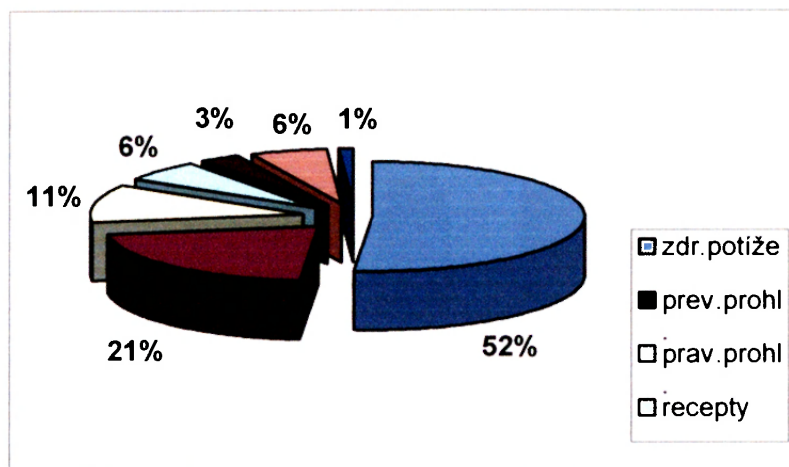
Položka č. 4 – Důvod dnešní návštěvy

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku (tj. 94) vyplývá, že nejčastější důvod návštěvy lékaře jsou zdravotní potíže. Tento důvod uvedlo 48 (52 %) dotazovaných. Druhým nejčastějším důvodem návštěv lékaře jsou preventivní prohlídky, které uvedlo 20 (21 %) respondentů. Pravidelné prohlídky označilo 10 (11 %) respondentů, 6 (6 %) označilo recepty, potvrzení uvedli 3 (3 %) respondentů. Jako doprovod bylo v čekárnách 6 (6 %) respondentů. Jiný důvod uvedla pouze jedna respondentka, a to graviditu. Na tuto otázku neodpověděl 1 respondent.

Tab.č. 4 – Důvody návštěv respondentů

	žena	muž	n	%
zdr.potíže	30	18	48	52 %
prev.prohl.	12	8	20	21 %
prav.prohl.	7	3	10	11 %
recepty	4	2	6	6 %
potvrzení	1	2	3	3 %
doprovod	4	2	6	6 %
jiný důvod	1	0	1	1 %
celkem odpovědí	59	35	94	100 %
neodpovědělo	1	0	1	x

Graf č. 3 – Důvody návštěv respondentů



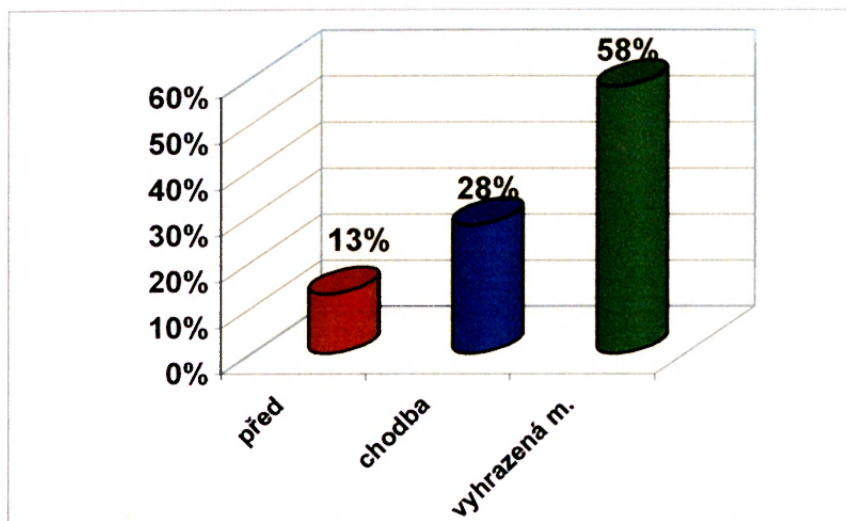
Položka č. 5 – Prostředí, kde respondenti čekají

Z celkového počtu respondentů (94), kteří odpověděli na tuto otázku vyplývá, že 12 (13 %) respondentů čeká před ordinací. Na chodbě čeká 27 (28 %) dotazovaných. Čekání ve vyhrazené místnosti uvedlo 55 (58 %) respondentů.

Tab.č. 5 - Prostředí, kde čekají

	žena	muž	n	%
před	8	4	12	13 %
chodba	19	8	27	28 %
vyhrazená místnost	32	23	55	58 %
jiné	0	0	0	0
celkem odpovědí	59	35	94	100 %
neodpovědělo	1	0	1	x

Graf č. 4 – Prostředí, kde čekají



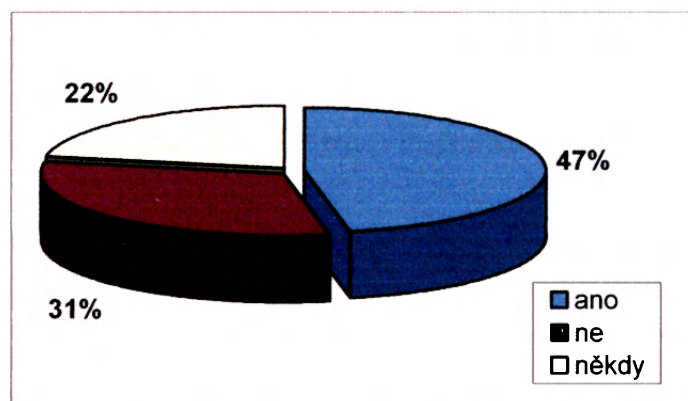
Položka č. 6 – Frekvence objednávání pacientů

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli na otázku (tj. 94), z nich 44 (47 %) respondentů chodí k lékaři vždy na objednání. Někdy se objedná 21 (22 %) respondentů. K lékaři vždy bez objednání chodí 29 (31 %) respondentů.

Tab.č. 6 – Frekvence objednání u dotazovaných

	žena	muž	n	%
ano	28	16	44	47 %
ne	18	11	29	31 %
někdy	13	8	21	22 %
celkem odpovědí	59	35	94	100 %
neodpovědělo	1	0	1	x

Graf č. 5 – Frekvence objednání u dotazovaných



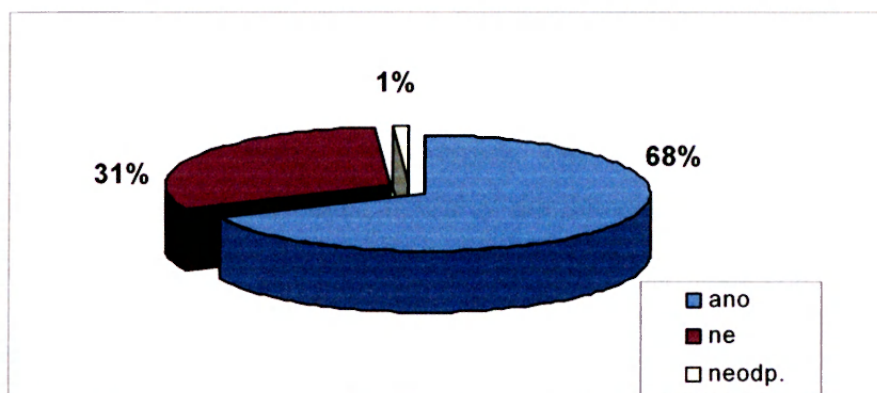
Položka č. 7 – Objednání k dnešní návštěvě

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku (tj. 94) vyplývá, že většina 65 (68 %) dotazovaných byla v době vyplňování dotazníku objednána. V době vyplňování dotazníku nebylo objednáno 29 (31 %) dotazovaných. Na tuto otázku neodpověděl jeden respondent.

Tab.č. 7 – Nynější objednání dotazovaných

	žena	muž	n	%
ano	41	24	65	68%
ne	18	11	29	31%
celkem odpovědí	59	35	94	100%
neodpovědělo	1	0	1	x

Graf.č. 6 – Nynější objednání dotazovaných



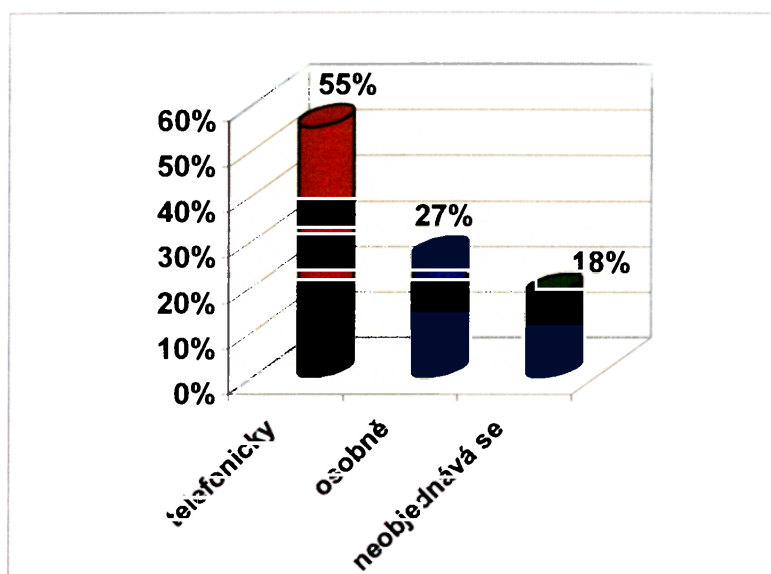
Položka č. 8 – Způsob domluvy další návštěvy

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli (tj. 94) na tuto otázku vyplývá, že 52 (55 %) respondentů si nejraději další termín návštěvy domlouvá telefonicky. Osobnímu kontaktu dává přednost 25 (27 %) respondentů. Neobjednává se 17 (18 %) respondentů. Otázku nezodpověděl jeden respondent.

Tab.č. 8 – Způsoby objednávání pacientů

	žena	muž	n	%
telefonicky	31	21	52	55 %
osobně	19	6	25	27 %
neobjednává se	9	8	17	18 %
celkem odpovědělo	59	35	94	100 %
neodpověděli	1	0	1	x

Graf č. 7 – Způsoby objednávání pacientů



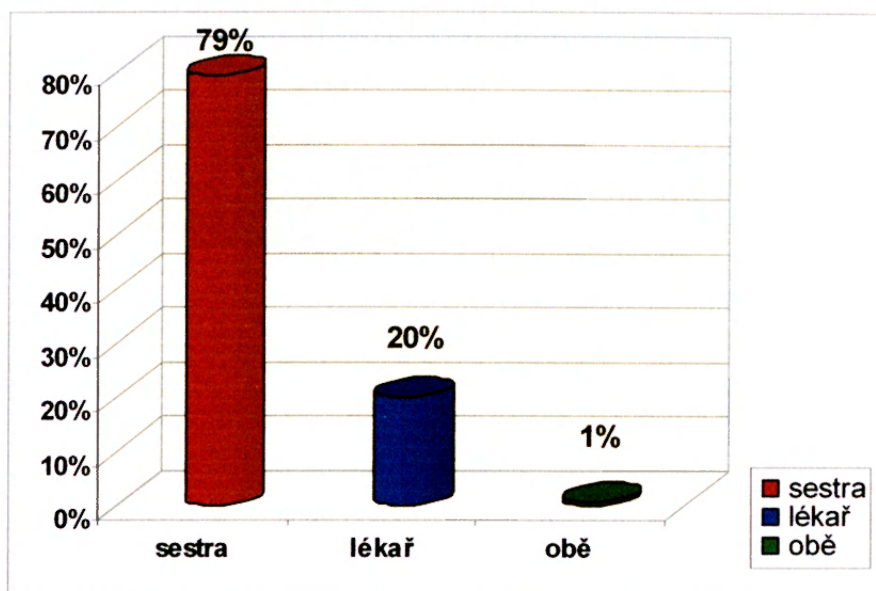
Položka č. 9 – Osoba s níž si respondent domlouvá další termín návštěvy

Z celkového počtu dotazovaných, kteří na otázku odpověděli (tj. 89) vyplývá, že se sestrou si termín další návštěvy domlouvá nejvíce respondentů, tj. 71 (79 %). Pouze 17 (19 %) dotazovaných si termín další návštěvy domlouvá s lékařem. Jeden z dotazovaných uvedl, že si termín návštěvy domlouvá se sestrou i s lékařem. Na tuto otázku neodpovědělo 6 (6 %) dotazovaných.

Tab.č. 9 – Osoba s níž si respondent domlouvá další termín návštěvy

	žena	muž	n	%
sestra	45	26	71	79 %
lékař	13	4	17	20 %
obě	0	1	1	1 %
celkem odpovědí	58	31	89	100 %
neodpověděli	2	4	6	x

Graf č. 8 - Osoba s níž si respondent domlouvá další termín návštěvy



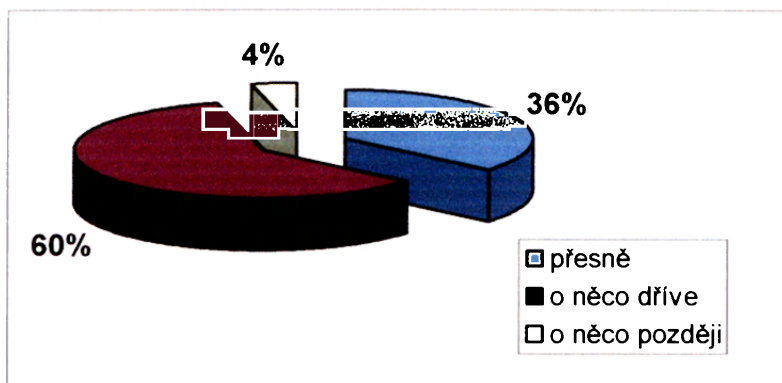
Položka č. 10 – Příchod respondentů při objednání

Z celkového počtu respondentů, kteří na otázku odpověděli (tj. 91) vyplývá, že 33 (36 %) dotazovaných přichází přesně, 54 (60 %) dotazovaných přichází o něco dříve než je stanovená doba, 4 (4 %) dotazovaní přichází o něco později a 4 dotazovaní na otázku neodpověděli.

Tab.č. 10 – Příchody pacientů

	žena	muž	n	%
přesně	16	17	33	36 %
o něco dříve	39	15	54	60 %
o něco později	3	1	4	4 %
celkem odpovědí	58	33	91	100 %
neodpověděli	2	2	4	x

Graf č. 9 – Příchody pacientů



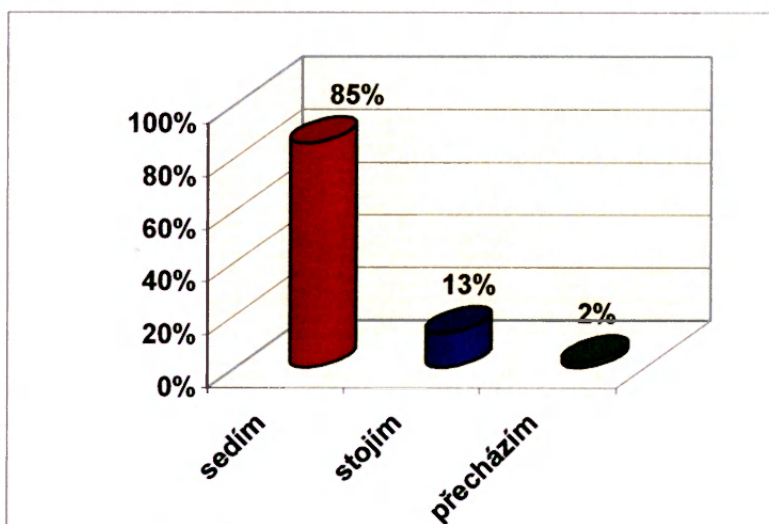
Položka č. 11 – Oblíbená pozice při čekání

Z celkového počtu dotazovaných, kteří na tuto otázku odpověděli (tj. 93) vyplynulo, že 79 (85 %) dotazovaných v čekárně sedí. Nejradyji při čekání 12 (13 %) dotazovaných stojí. V čekárně přechází 2 (2 %) dotazovaných. Na tuto otázku neodpověděli dva dotazovaní.

Tab.č. 11 – Nejčastější poloha pacientů v čekárně

	žena	muž	n	%
sedím	51	28	79	85 %
stojím	6	6	12	13 %
přecházím	1	1	2	2 %
celkem odpovědí	58	35	93	100 %
neodpověděli	2	0	2	x

Graf č. 10 – Nejčastější poloha pacientů v čekárně



Položka č. 12 – Příjemné vybavení

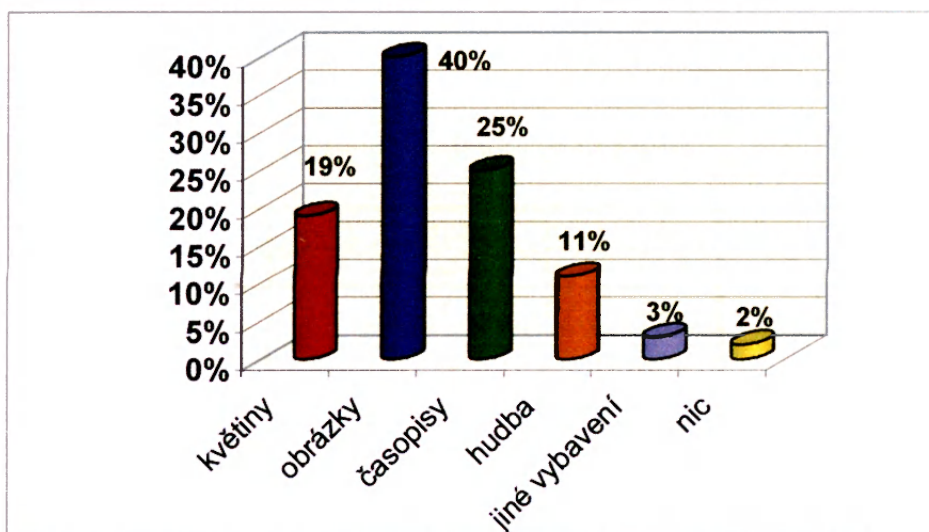
V této otázce bylo možné uvést více možností. Tuto možnost využilo 25 respondentů, proto fakta vyplývající z otázky nejsou zcela objektivní. Procentuální podíl je vypočítáván z celkového počtu označených odpovědí, nikoliv z celkového počtu respondentů, jak je to u předchozích otázek. Celkový počet odpovědí je 124 (100 %). Tuto otázku zodpovědělo 87 respondentů. Vyhodnocení této otázky je uváděno pouze v procentech.

Jako příjemné věci v čekárnách byly nejčastěji (40 %) uváděny obrázky a nástěnky, v oblíbenosti následují časopisy, propagační materiály (25 %), hrající hudba (11 %) a květiny (19 %). Jiné vybavení bylo příjemné ze 3 %, 2 z respondentů uvedli, že je jim příjemné topení. Pro 3 dotazované není v čekárně nic, co by označili za příjemné.

Tab.č. 12 – Příjemné vybavení čekárny

	žena	muž	n	%
květiny	14	10	24	19 %
obrázky, nástěnky	33	16	49	40 %
časopisy	18	13	31	25 %
hudba	11	2	13	11 %
jiné vybavení	3	1	4	3 %
nic	1	2	3	2 %
celkem odpovědí	80	44	124	100 %
více odpovědí	18	7	25	x
celkem odpovědělo	53	34	87	x
neodpověděli	7	1	8	x

Graf č. 11 – Příjemné vybavení čekárny



Položka č. 16 – Názor respondenta při dlouhém čekání

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli (tj. 91) na otázku vyplývá, že při dlouhém čekání si respondenti (51 %) nejčastěji myslí, že mají v ordinaci velmi mnoho práce. Přestávku si lékař se sestrou dali podle 22 (23 %) dotazovaných a 21 dotazovaných (22 %) se domnívá, že nespěchají. Na tuto otázku neodpověděli 4 (4 %) dotazovaní.

Tab.č. 18 – Názor na důvod prodloužení doby čekání

	žena	muž	n	%
moc práce	37	11	48	53 %
přestávka	10	12	22	24 %
nespěchají	10	11	21	23 %
celkem odpovědí	57	34	91	100 %
neodpověděli	3	1	4	x

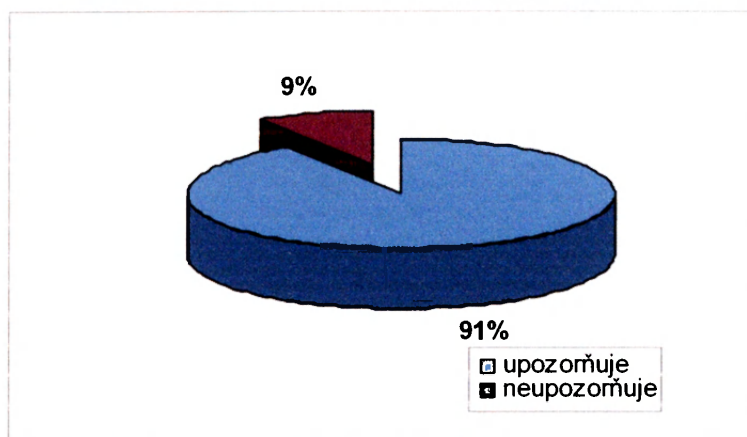
Položka č. 17 – Doba čekání, po které na sebe pacient upozorní

Z celkového počtu 95 respondentů na tuto otázku odpovědělo 87 dotazovaných. Po určité době na sebe upozorňuje 79 (91 %) dotazovaných a neupozorňuje 8 (9 %) dotazovaných. Nejvíce respondentů 24 (31 %) na sebe upozorňuje po uplynutí 30-35 minut. Po uplynutí 20-25 minut na sebe upozorňuje 19 (24 %) dotazovaných. Než na sebe upozorní čeká 18 (23 %) respondentů 10-15 minut.. Nejdéle čeká 9 (11 %) dotazovaných a to 60-65 minut. Nejkratší dobu čekání 5 minut uvedli 3 (4 %) respondenti. Nejčastějším užívaným způsobem upozornění, které 59 (77 %) dotazovaných volí je zatukání na dveře ordinace. Jiný způsob upozornění volí 11 (14 %) respondentů. Tito respondenti buď odejdou nebo si půjdou stěžovat. Pokašláním na sebe upozorňuje 7 (9 %) dotázaných.

Tab.č. 19 – Upozornění respondentů při dlouhé době čekání

	žena	muž	n	%
upozorňuje	49	30	79	91 %
neupozorňuje	4	4	8	9 %
celkem odpovědí	53	34	87	100 %
neodpověděli	7	1	8	x

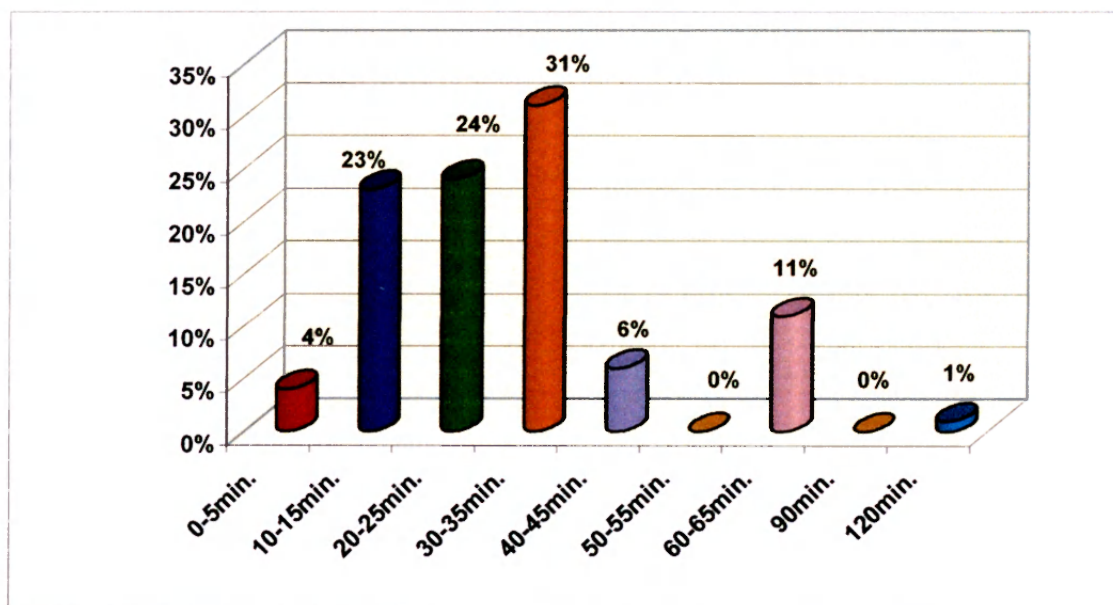
Graf č. 17 – Upozornění respondentů při dlouhé době čekání



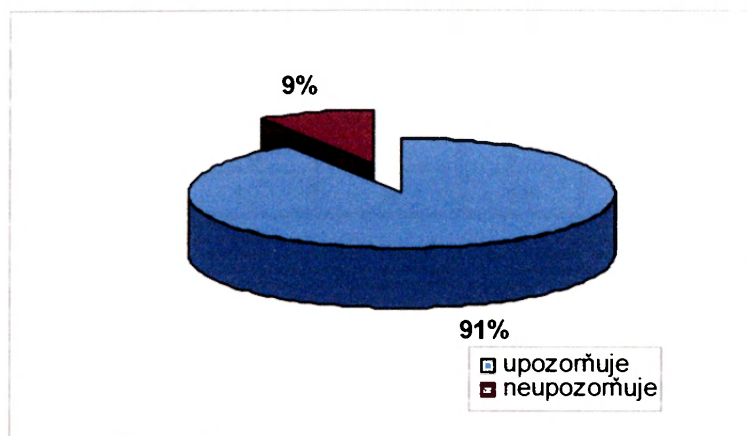
Tab.č. 20 – Časové údaje, po kterých pacienti na sebe upozorňují

čas (min.)	žena	muž	n	%
0-5	2	1	3	4 %
10-15	11	7	18	23 %
20-25	11	9	19	24 %
30-35	16	8	24	31 %
40-45	4	0	4	6 %
50-55	0	0	0	0
60-65	5	4	9	11 %
90	0	0	0	0
120	0	1	1	1 %

Graf č. 18 – Uvedené časové údajů, po kterých respondenti na sebe upozorňují



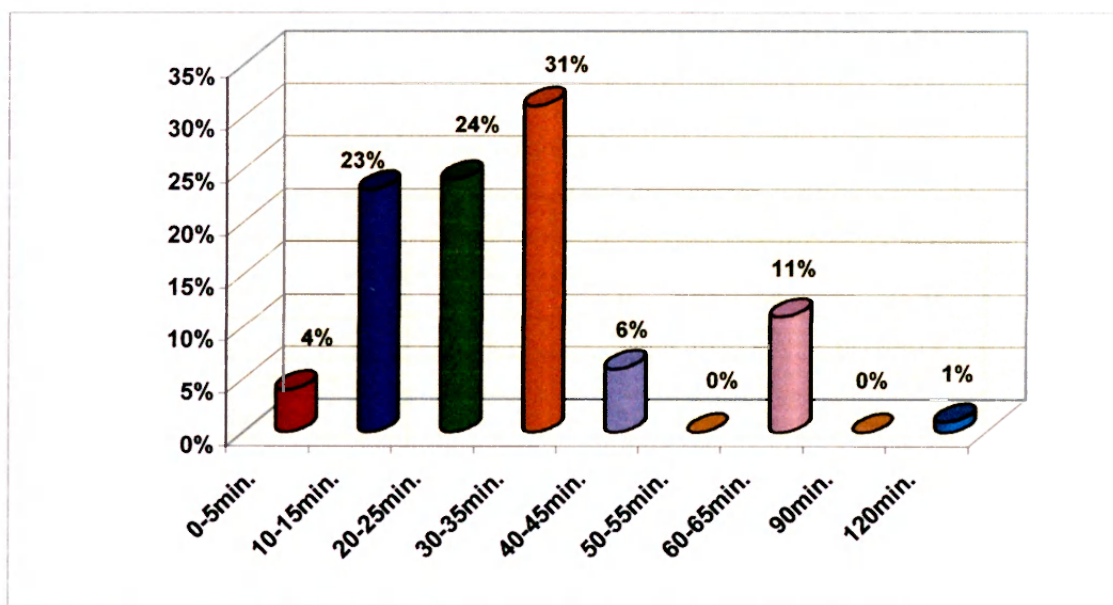
Graf č. 17 – Upozornění respondentů při dlouhé době čekání



Tab.č. 20 – Časové údaje, po kterých pacienti na sebe upozorňují

čas (min.)	žena	muž	n	%
0-5	2	1	3	4 %
10-15	11	7	18	23 %
20-25	11	9	19	24 %
30-35	16	8	24	31 %
40-45	4	0	4	6 %
50-55	0	0	0	0
60-65	5	4	9	11 %
90	0	0	0	0
120	0	1	1	1 %

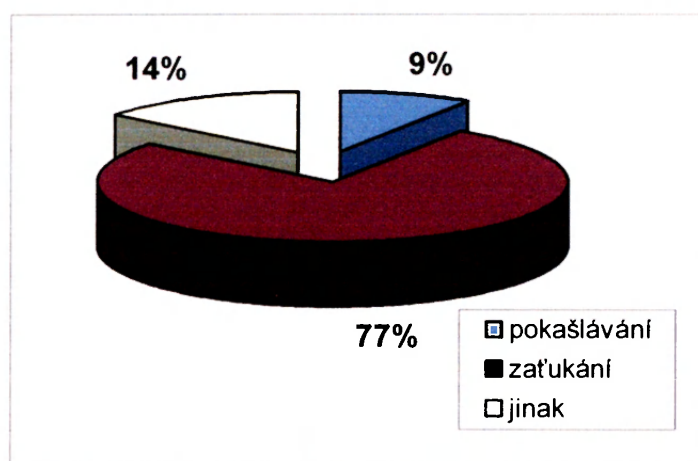
Graf č. 18 – Uvedené časové údajů, po kterých respondenti na sebe upozorňují



Tab.č. 21 – Způsob, kterým na sebe pacienti upozorňují

	ženy	muži	n	%
pokašlávání	4	3	7	9 %
zaťukání	42	17	59	77 %
jinak	2	9	11	14 %
celkem odpovědí	48	29	77	100 %
neodpověděli	12	6	18	x

Graf.č. 19 – Způsob, kterým na sebe pacienti upozorňují



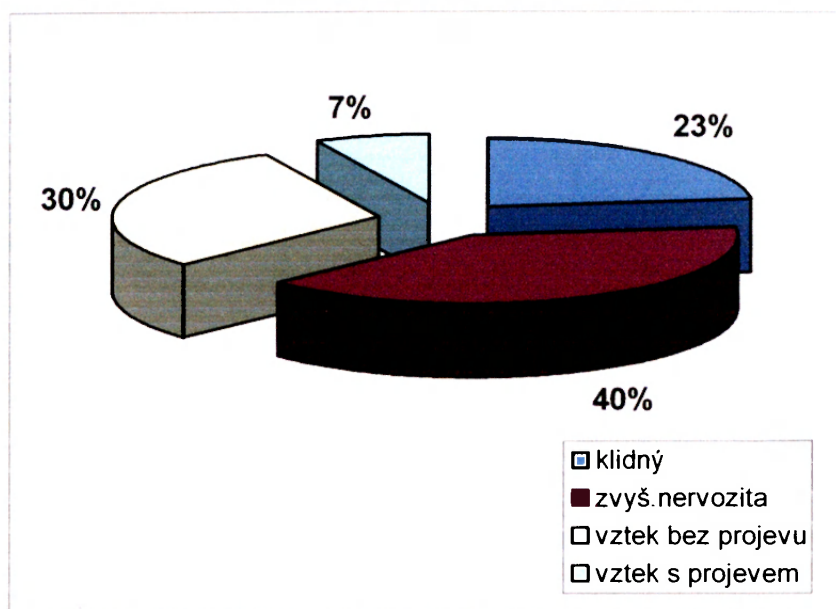
Položka č. 18 – Pocity čekajících

Z celkového počtu dotazovaných na tuto otázku odpovědělo 91 respondentů. Při postupně se prodlužující době čekání zůstává klidným 21 (23 %) dotazovaných. U 36 (40 %) se zvyšuje nervozita. Vztek, který nedají najevo uvedlo 28 (30 %) dotazovaných. Pouze 6 (7 %) dotazovaných má vztek, který dají najevo, 4 z nich si stěžují, 1 respondent se pokusí zjistit příčinu a 1 dotazovaný odejde z čekárny.

Tab.č. 22 – Pocity při postupném prodlužování čekací doby

	žena	muž	n	%
klidný	10	11	21	23 %
zvyš.nervozita	27	9	36	40 %
vztek bez projevu	18	10	28	30 %
vztek s projevem	2	4	6	7 %
jiná odpověď	0	0	0	0
celkem odpovědí	57	34	91	100%
neodpověděli	3	1	4	x

Graf č. 20 – Pocity respondentů



Položka č. 19 – Omluva za nedodržení času objednání

Na tuto otázku odpovědělo 91 (100 %) z celkového počtu 95 respondentů. Za nedodržení doby čekání se nikdo neomluvil 42 (46 %) dotazovaným. Omluvy se dostalo 49 (54 %) dotazovaným. Za zdržení se 41 (84 %) respondentům omluvila pouze sestra, 2 % se pouze omluvil/a lékař/ka a jen 7 (14 %) pacientům se omluvili oba.

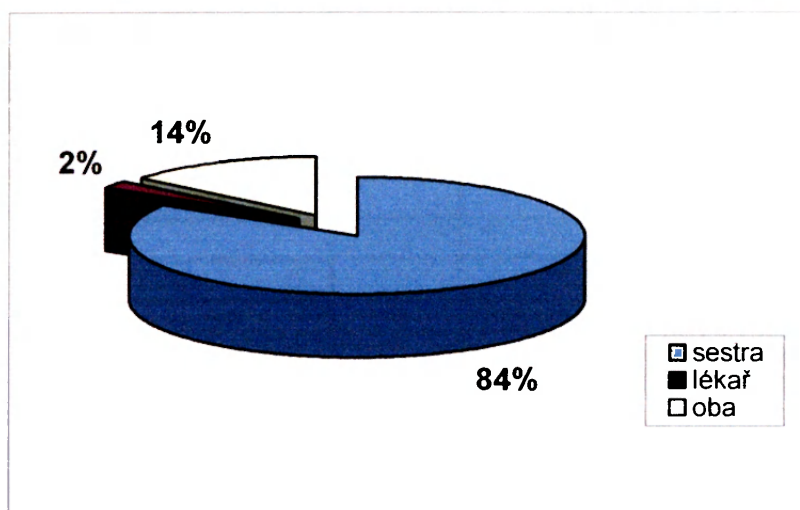
Tab.č. 23 – Omluvení

	žena	muž	n	%
ne	24	18	42	46 %
ano	33	16	49	54 %
celkem odpověděli	57	34	91	100 %
neodpověděli	3	1	4	x

Tab.č. 24 –Osoby, které se omluvily

	žena	muž	n	%
sestra	27	14	41	84 %
lékař	1	0	1	2 %
oba	5	2	7	14 %
celkem odpověděli	33	16	49	100 %
neodpověděli	0	0	0	x

Graf č. 21 – Osoby, které se omluvily



Položka č. 20 – Nejkratší a nejdelší doba čekání

Z celkového počtu 95 respondentů na tuto otázku odpovědělo 90 dotazovaných. Pět dotazovaných otázku odmítlo vyplnit, protože se jednalo o pacienty, kteří v těchto ambulancích byli poprvé nebo po dlouhé době. Jako nejkratší doba čekání byla označena doba 0-5 minut. Tuto dobu uvedlo 49 (55 %) dotazovaných. Čekací doba 30-35 minut byla nejčastěji označovanou nejdelší dobou, kterou uvedlo 19 (21 %) respondentů. Nejdelší dobu čekání 4,5 hodiny uvedla jedna žena na chirurgické ambulanci v Kutné Hoře. Ostatní uvedené časy jsou zpracovány v tab.č. 25.

Tab.č. 25 – Nejkratší a nejdelší čekací doby

	čas	%	čas	%
čas (min.)	nejkratší	nejkratší	nejdelší	nejdelší
0-5	49	55 %	5	6 %
10-15	18	20 %	9	10 %
20-25	8	9 %	8	9 %
30-35	3	4 %	19	21 %
40-45	5	5 %	7	8 %
50-55			4	4 %
60-65	7	7 %	13	15 %
70-75			1	1 %
80-85				
90-95			5	5 %
100-110			1	
120-130			14	16 %
140-150				
160-170				
180-190			3	3 %
200-210 a více			1	2 %
celkem odpovědí	90	100 %	90	100 %
neodpověděli	5	x	5	x

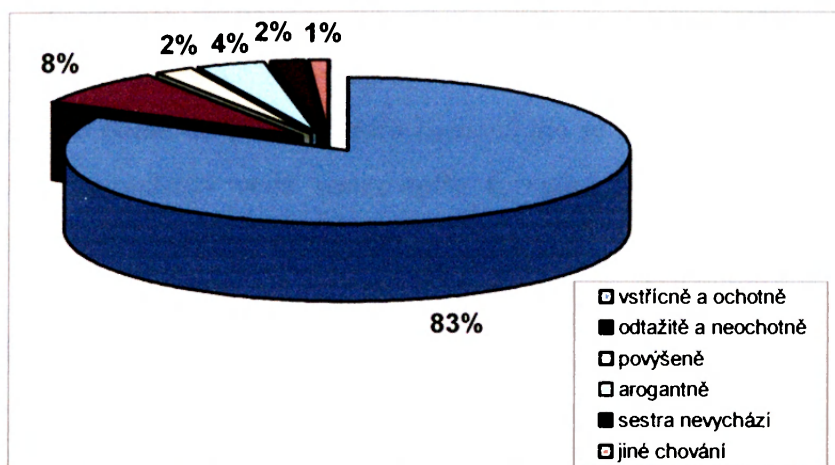
Položka č. 21 – Chování sestry

Na tuto otázku odpovědělo 94 respondentů, což je 99% z celkového počtu respondentů. Chování sestry, jako vstřícné a ochotné, hodnotí 78 (82 %) respondentů. Odtazité a neochotně se chová sestra podle 6 (8 %) dotazovaných. Povýšené chování sestry uvádí 2 (2 %) dotazovaných. 4 (4 %) dotazování ohodnotili chování sestry jako arogantní. 2 (2 %) respondenti uvedli, že sestra do čekárny nevychází.

Tab.č. 26 – Chování sestry

	žena	muž	n	%
vstřícně a ochotně	51	27	78	83 %
odtažitě a neochotně	4	2	6	8 %
povýšeně	1	1	2	2 %
arogantně	2	2	4	4 %
sestra nevychází	0	2	2	2 %
jiné chování	1	1	1	1 %
celkem odpověděli	59	35	94	100 %
neodpověděli	1	x	1	x

Graf. č. 22 – Chování sestry



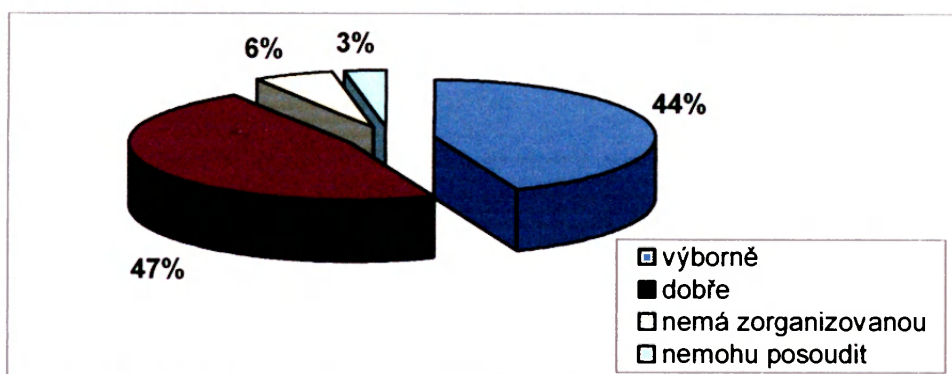
Položka č. 22 – Organizace práce sestry

Na tuto otázku z celkového počtu 95 respondentů odpovědělo 89 dotázaných. Podle 39 (41 %) respondentů má sestra zorganizovanou práci výborně. Dobře zorganizovanou práci má sestra podle 42 (44 %) respondentů. Podle 5 (5 %) sestry nemá práci zorganizovanou. Práci sestry nemohli dle svých slov posoudit 3 (3 %) respondenti. neodpovědělo 6 (7 %) respondentů.

Tab.č. 27 – Organizace práce sestry

	žena	muž	n	%
výborně	24	15	39	44 %
dobře	30	12	42	47 %
nemá zorganizovanou	1	4	5	6 %
nemohu posoudit	2	1	3	3 %
celkem odpověděli	57	32	89	100 %
neodpověděli	3	3	6	x

Graf.č. 23 – Organizace práce sestry



Položka č. 23 – Komunikace sestry z pohledu pacientů

Z celkového počtu respondentů (95) na tuto otázku odpovědělo 93 respondentů. Z výsledků tab.č.29 vyplývá, většina respondentů je s komunikací sestry spokojená, protože podle 66 (71 %) sestra komunikuje se zájmem. Formální komunikaci se 21 (23 %) respondenty vede sestra spíše formální komunikaci a podle 6 (6 %) respondentů komunikuje sestra s nezájmem.

Tab.č. 28 – Typ komunikace sestry s pacientem

	žena	muž	n	%
se zájmem	46	20	66	71%
formálně	12	9	21	23%
bez zájmu	1	5	6	6%
celkem odpověděli	59	34	93	100%
neodpověděli	1	1	2	x

Položka č. 24 – Ideální čekárna

Vyhodnocení této otázky je velmi komplikované nejen pro její rozsáhlost, ale také proto, že bylo možné uvést více možností. Někteří dotazovaní tuto možnost využili, proto fakta vyplývající z otázky nejsou zcela objektivní. Tato otázka byla pro lepší orientaci rozdělena do 6 částí.

Objekt:

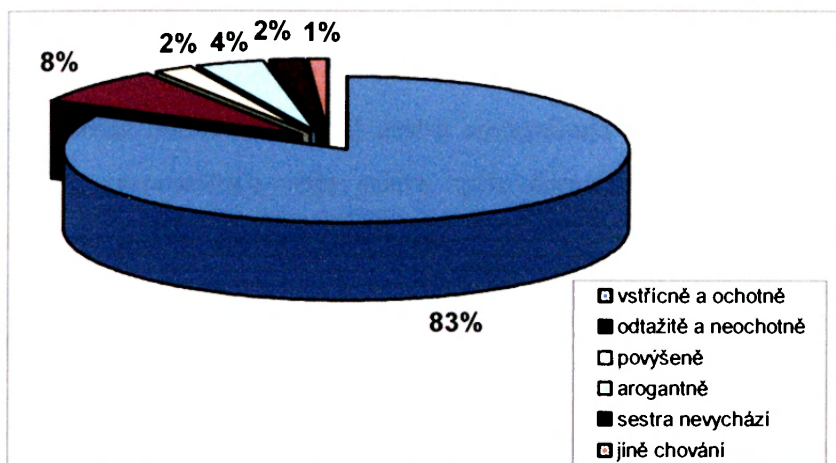
Respondenti si měli zvolit objekt, ve kterém by si představovali svoji ideální čekárnu.

Tuto otázku zodpovědělo 90 dotazovaných z celkového počtu 95 respondentů. Nejvíce dotazovaných, tj.38 (40 %) by si svoji ideální čekárnu chtěli mít v budově polikliniky. Čekárnu umístěnou v soukromém domě by si přálo 37 (39 %) dotázaných. Do nemocnice by chtělo čekárnu 15 (17 %) respondentů. Otázka nebyl nezodpovězena 5 (5 %) respondenty.

Tab.č. 29 – Zvolené objekty

	žena	muž	n	%
nemocnice	10	5	15	17%
poliklinika	28	10	38	42%
soukromý dům	19	18	37	41%
celkem odpověděli	57	33	90	100%
neodpovědělo	3	2	5	x

Graf.č. 22 – Chování sestry



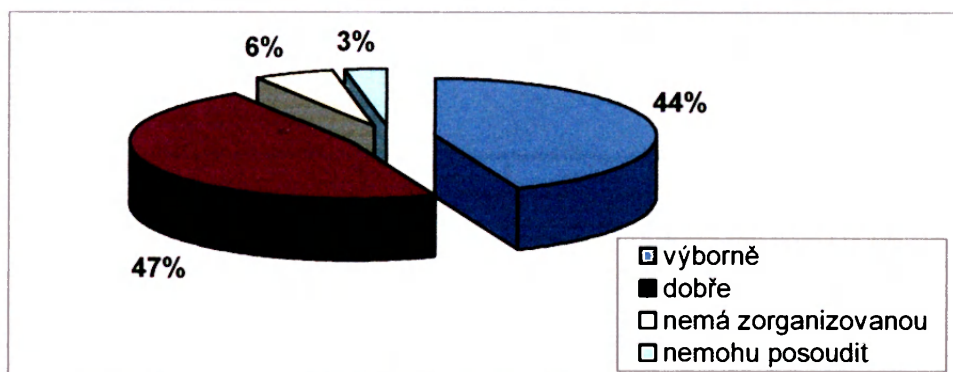
Položka č. 22 – Organizace práce sestry

Na tuto otázku z celkového počtu 95 respondentů odpovědělo 89 dotázaných. Podle 39 (41 %) respondentů má sestra zorganizovanou práci výborně. Dobře zorganizovanou práci má sestra podle 42 (44 %) respondentů. Podle 5 (5 %) sestry nemá práci zorganizovanou. Práci sestry nemohli dle svých slov posoudit 3 (3 %) respondenti. neodpovědělo 6 (7 %) respondentů.

Tab.č. 27 – Organizace práce sestry

	žena	muž	n	%
výborně	24	15	39	44 %
dobře	30	12	42	47 %
nemá zorganizovanou	1	4	5	6 %
nemohu posoudit	2	1	3	3 %
celkem odpověděli	57	32	89	100 %
neodpověděli	3	3	6	x

Graf.č. 23 – Organizace práce sestry



Položka č. 23 – Komunikace sestry z pohledu pacientů

Z celkového počtu respondentů (95) na tuto otázku odpovědělo 93 respondentů. Z výsledků tab.č.29 vyplívá, většina respondentů je s komunikací sestry spokojená, protože podle 66 (71 %) sestra komunikuje se zájmem. Formální komunikaci se 21 (23 %) respondenty vede sestra spíše formální komunikaci a podle 6 (6 %) respondentů komunikuje sestra s nezájmem.

Tab.č. 28 – Typ komunikace sestry s pacientem

	žena	muž	n	%
se zájmem	46	20	66	71%
formálně	12	9	21	23%
bez zájmu	1	5	6	6%
celkem odpověděli	59	34	93	100%
neodpověděli	1	1	2	x

Položka č. 24 – Ideální čekárna

Vyhodnocení této otázky je velmi komplikované nejen pro její rozsáhlost, ale také proto, že bylo možné uvést více možností. Někteří dotazovaní tuto možnost využili, proto fakta vyplývající z otázky nejsou zcela objektivní. Tato otázka byla pro lepší orientaci rozdělena do 6 částí.

Objekt:

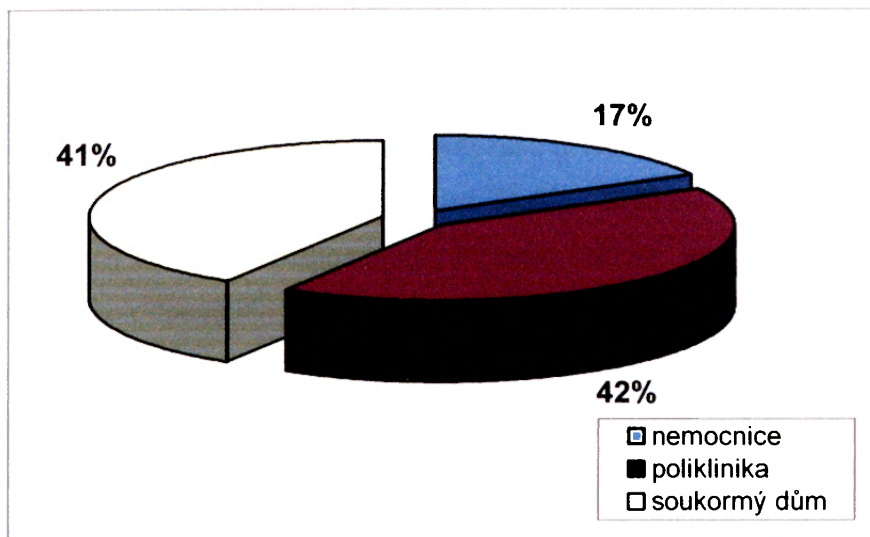
Respondenti si měli zvolit objekt, ve kterém by si představovali svoji ideální čekárnu.

Tuto otázku zodpovědělo 90 dotazovaných z celkového počtu 95 respondentů. Nejvíce dotazovaných, tj.38 (40 %) by si svoji ideální čekárnu chtěli mít v budově polikliniky. Čekárnu umístěnou v soukromém domě by si přálo 37 (39 %) dotázaných. Do nemocnice by chtělo čekárnu 15 (17 %) respondentů. Otázka nebyl nezodpovězena 5 (5 %) respondenty.

Tab.č. 29 – Zvolené objekty

	žena	muž	n	%
nemocnice	10	5	15	17%
poliklinika	28	10	38	42%
soukromý dům	19	18	37	41%
celkem odpověděli	57	33	90	100%
neodpovědělo	3	2	5	x

Graf č. 24 - Zvolené objekty



Velikost čekárny

Dotazovaní měli posoudit, zda by chtěli větší, menší či stejně velkou čekárnu, jako je ta ve které vyplňovali dotazník.

1. *Gynekologická ordinace v Kolíně* – velikost je 10m². Větší čekárnu než je tato by chtělo 10 respondentů, Stejně velká čekárna vyhovuje 2 respondentům. Na otázku neodpověděli 3 dotazovaní
2. *Čekárna na Poliklinice v Kolíně* – její velikost je 25m². Stejně velkou čekárnu by si představovalo 5 respondentů. Tři respondenti by si svoji čekárnu představovali menší než je tato. Větší čekárnu by si přáli 2 respondenti. Neodpověděl jeden dotazovaný.
3. *Rehabilitační oddělení v nemocnici Kolín* – pacienti čekají na chodbě, jejíž velikost je 80m². Menší čekárnu uvedlo 8 respondentů, 2 respondentům stávající velikost čekárny vyhovuje. Na otázku odpověděli všichni respondenti z této čekárny.
4. *Ordinace praktického lékaře v Kolíně* – velikost čekárny je 25m². Na otázku velikosti čekárny odpovědělo všech 15 respondentů. 11 respondentům velikost čekárny vyhovuje. Menší by si přáli 2 respondenti a naopak větší čekárnu si přejí 2 respondenti.
5. *Chirurgická ambulance na poliklinice v Kutné Hoře* – velikost čekárny je 30m². Stejnou velikost čekárny by si přálo 10 respondentů. Menší by si přáli 2

respondenti a větší by si přáli 2 respondenti. Na tuto otázku neodpověděl pouze jeden z 15 respondentů.

6. *Poradna pro ženy v Kutné Hoře* – velikost čekárny je 16m². Stejná velikost vyhovuje 8 respondentům, 2 respondenti by si raději přáli menší velikost čekárny. Na tuto otázku odpověděli všichni dotázaní, tj.10.
7. *Ordinace praktického lékaře v Kutné Hoře* – velikost čekárny je 10m². Větší čekárnu by si přálo 7 respondentů. Velikost čekárny vyhovuje 3 dotázaným. Na tuto otázku odpověděli všichni oslovení respondenti
8. *Rentgenologické pracoviště nemocnice a polikliniky v Kutné Hoře* – velikost jejich čekárny je 30m². Na tuto otázku neodpověděl pouze jeden respondent. Stejná velikost vyhovuje 5 dotázaným, menší velikost čekárny by volil 1 respondent, větší čekárnu by zvolili 3 respondenti.

Vyhodnocení jednotlivých velikostí čekáren a názorů respondentů jsou uvedeny v tab.č. 31. Z tab.č. 32 vyplývá, že neoptimálnější velikost čekárny podle respondentů je od 16-30m², kde nepožadují žádnou změnu v rozměrech. Pod 15m² a nad 31m² je čekárna pro většinu respondentů nevyhovující.

Tab.č. 30 – Velikost jednotlivých čekáren

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
skutečná velikost	10m ²	25m ²	80m ²	25m ²	30m ²	16m ²	10m ²	30m ²
větší	10	2		2	2		7	3
menší		3	8	2	2	2		1
stejná	2	5	2	11	10	8	3	5
celkem odpovědělo	12	9	10	15	14	10	10	9
celkem neodpovědělo	3	1	x	x	1	x	x	1

Tab.č. 31 -Rozměrová kategorizace čekáren

	do 15m ²	%	od 16-30m ²	%	nad 31m ²	%
větší	17	77	9	16	0	0
menší	0	0	10	17	8	80
stejná	5	23	39	67	2	20
celkem odpovědělo	22		58		10	

Barva stěn

V této části otázky měli respondenti určit barvu, kterou by chtěli aby byla jejich čekárna vymalovaná. Pět respondentů označilo více barev, proto vyhodnocení této části otázky nemůže být zcela objektivní.

Na tuto část otázky uváděli někteří respondenti více barev. Proto je vyhodnocení této části otázky neobjektivní. Na otázku neodpovědělo 5 respondentů. Nejčastěji byla uvedená barva žlutá (16 %), pak barva bílá (15 %) a barva zelenou (11 %). Vyhodnocení ostatních barev je uvedeno v tab.č. 33.

Tab.č. 32 – Vyhodnocení výběru barev respondentů

barva	n	%
bílá	14	17 %
žlutá	15	19 %
žluto-oranžová	3	4 %
oranžová	9	11 %
růžová	3	4 %
lososová	2	2 %
červená	1	1 %
modrá	4	5 %
zelená	10	12 %
světlá	6	7 %
pastelová	2	2 %
pozitivní	3	4 %
teplé barvy	5	6 %
barevně nápaditá	5	6 %
celkem uvedených barev	82	100 %
více odpovědí	5	x
neodpověděli	18	x

Vybavení nábytkem

V této části otázky si respondenti měli vybrat nábytek, který by jim vyhovoval. Na tuto otázku odpovědělo 77 dotazovaných z celkového počtu 95 respondentů, z toho 52 respondentů uvedlo více odpovědí, proto vyhodnocení této části otázky nemůže být zcela objektivní.

Nejčastěji uváděný nábytek byly židle (18 %), pak následovaly pohovky (16 %) a stůl (14 %). Dále ve své čekárně by respondenti chtěli mít přebalovací stůl (10 %) a stůl na

odkládání věci (14 %). Jako jiný nábytek do čekárny byla zvolena křesla (2 %). Na tuto část otázky neodpovědělo 18 respondentů.

Tab.č. 33 - Vybavení

	n	%
pohovky	42	16 %
židle	48	18 %
stůl	35	14 %
věšák	49	19 %
přebal.stůl	27	10 %
koutek děti	5	2 %
jiný	2	1 %
více odp.	52	20 %
celkem odpovědí	260	100 %
celkem odpovědělo	77	x
neodpovědělo	18	x

Doplňky v čekárně

Tato část byla zaměřena na doplňky, které by měly být umístěné v čekárně.

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli (tj. 89) na tuto část otázky, jich 47 respondentů označilo více odpovědí, proto fakta vyplývající z tab.č. 34 nejsou zcela objektivní. Nejvíce odpovědí, tj. 23 % bylo pro nástěnky, 22 % odpovědí bylo pro obrazy a 20 % by si přálo automat na občerstvení. Na tuto otázku neodpovědělo 6 respondentů.

Tab.č. 34 – Doplnky v čekárně

doplňky	n	%
obrazy	40	22 %
nástěnky	41	23 %
televize	23	13 %
rádio	31	17%
automat	36	20 %
květiny	3	2 %
jiné	5	3 %
více odp.	47	26 %
celkem odpovědí	179	100 %
celkem odp.	89	x
neodp.	6	x

Sociální zařízení (toaleta)

Respondenti měli uvést ideální vybavení, umístění a množství sociálního zařízení v čekárně. V této části nebyly uvedené nabídnuté odpovědi. Tato část otázky je rozpracovaná pro větší přehlednost na 3 části (umístění, vybavení, množství soc.zařízení).

Umístění

Z celkového množství respondentů, kteří odpověděli (tj. 80) na otázku, vyplývá, že 10 (12 %) respondentů by volilo sociálního zařízení vedle čekárny V dosahu by si toalety představovalo 49 (61 %) dotazovaných a v čekárně by toalety uvítalo 7 (9 %). Umístění na chodbě by si přálo 7 (9 %) respondentů.

Tab.č. 35 – Vzdálenost soc.zařízení podle pacientů

soc.zařízení	n	%
v dosahu	49	61 %
v čekárně	7	9 %
na chodbě	14	18 %
Vedle čekárny	10	12 %
celkem odpovědí	80	100 %
celkem odpovědělo	80	x
neodpověděli	15	x

Vybavení

Z celkového počtu dotazovaných, kteří na tuto otázku odpověděli (tj. 66), jich 25 respondentů označilo více možností. Proto vyhodnocení otázky není zcela objektivní. Lepší vybavení sociálního zařízení než jaké bylo k dispozici na sociálních zařízení by si přálo 28 %. Čisté a útulné sociální zařízení označilo 15%. Zrcadlo a toaletní papír by uvítalo 12 %. Ostatní hodnoty jsou uvedeny v tab.č. 36.

Tab.č. 36 – Vybavení podle pacientů

vybavení	n	%
lépe vybaveno	27	28 %
hyg.sáčky	4	4 %
bidet	5	5 %
umyvadlo	8	8 %
zrcadlo	11	12 %
sprcha	1	1 %
jednoráz.kelímky	9	10 %
voda na pití	10	11 %
toal.papír	11	12 %
papír.ručníky	14	15 %
teplá voda	2	2 %
bezbarierové	2	2 %
čisté,útulné	14	15%
mýdlo	7	7 %
jiné	5	5 %
celkem odpovědí	130	100 %
celkem odpovědělo	66	x
více odpovědí	25	x
neodpovědělo	29	x

Množství

Na tuto část otázky neodpovědělo 37 respondentů. Z respondentů, kteří odpověděli, tj.59, jich 44 (75 %) respondentů chtělo 2 toalety. Tři toalety by chtělo 8 (14 %) respondentů. Čtyři toalety by chtělo 6 (10 %) respondentů . Jeden respondent by chtěl pouze 1 toaletu. Odpověď stejně uvedli 2 (3 %) respondenti.

Tab.č. 37 – Množství sociálního zařízení dle respondentů

množství	n	%
1	1	2 %
2	44	75 %
3	8	14 %
4	6	10 %
více	0	X
Celkem odpovědí	59	100 %
celkem odpovědělo	59	x
neodp.	37	x

(14)

8.5 Diskuze

Prostředí čekárny je velice široké a rozsáhlé téma. Zaměřili jsme se na zmapování prostředí čekáren, délku čekací doby, prožívání a chování čekajících lidí, hodnocení chování a komunikace sestry s pacienty.

Pro výzkum jsme chtěli získat informace od většího počtu respondentů, proto jsme použili jako hlavní výzkumnou metodu anonymní dotazník. Výzkumu se zúčastnilo 95 respondentů z osmi vybraných čekáren. V žádné z těchto čekáren jsme se nesetkali s negativními reakcemi. Lidé si sami rozhodovali, zda se výzkumu chtějí či nechtějí zúčastnit. Přesto se v každé čekárně našel dostatečný počet pacientů, kteří byli ochotni vyplnit dotazník, o čemž svědčí 100 % návratnost dotazníků. Doba návratnosti vyplněných dotazníků se pohybovala v rozmezí od jednoho do tří týdnů. Všechny dotazníky byly vyzvednuty osobně.

Pomocí dotazníku jsme sledovali základní identifikační údaje dotazovaných, frekvenci a důvod návštěv. Dále jsme mapovali způsob objednávání, dodržování stanoveného času objednání a chování pacienta při čekání. Pomocí dotazníku byl zjišťován i pacientův názor na chování, práci i komunikaci sestry, na stávající vybavení čekárny a představy o ideální čekárně.

Výzkumu se zúčastnilo 95 respondentů, z toho 63 % žen a 37 % mužů. Průměrný věk skupiny je 39,2 let. 35 % dotazovaných uvedlo, že svého lékaře navštěvuje jednou za rok. Hlavním důvodem návštěv jsou zdravotní potíže. Většina pacientů si termín návštěvy domlouvá telefonicky. Dobu čekání si zpříjemňují četbou časopisů a propagačních materiálů. Při dlouhém čekání se u necelé poloviny zvyšuje nervozita a nejčastěji na sebe upozorní zatukáním na dveře ordinace. Pro zlepšení podmínek v čekárnách pacienti navrhuje umístit pohodlnější nábytek a prostředí čekárny ladit do světlých barev. V blízkosti čekárny by nemělo chybět čisté sociální zařízení s kompletním vybavením.

Tématem prostředí čekárny a jeho vlivu na psychiku člověka se zabývá velmi malá skupina lidí, což také dokazuje malé množství publikovaných materiálů. Nejzajímavějším materiálem je článek Evy Zamazalové s názvem Psychologie čekárny, který byl uveřejněný v časopisu Sestra. Autorka se zde zabývá vlivem čekárny na pocity pacientů při čekání. Popisuje, jak a kde pacienti nejčastěji čekají a také vliv prostředí na jejich psychiku. Na základě vlastního výzkumu mezi čekajícími pacienty doporučuje opatření, která by měla zajistit kladné působení prostředí čekárny na pacienta. Doporučovala např., že prostředí čekáren má být vymalováno světlou barvou, pro pacienty navrhovala pohodlné

židle. Sestrám doporučovala, aby se pacientům věnovaly, byly upravené a vždy byly ochotné pomoci. Upozorňuje i na způsob, jakým jsou pacienti zváni do ordinace, jak si volá další pacienty, ale také jakým způsobem sestra otevírá a zavírá dveře. Po přečtení tohoto článku je nutno konstatovat, že se od roku vydání článku (rok 1993) mnohé nezměnilo.

Podle našeho zjištění například nedošlo ke změně ve způsobu zvaní pacientů do ordinace. Sestra většinou pouze požádá odcházejícího pacienta, aby pozval dalšího. Přesto si většina dotazovaných myslí, sestra komunikuje se zájmem a chová se k nim vstřícně. V porovnání se skutečností nás tyto výsledky velmi překvapili. Při umístování dotazníků jsme si všimli chování sester k pacientům, které bychom hodnotili jako odtažité, neochotné a někdy až arogantní. Lišil se také náš názor na komunikaci sestry s pacientem, které bychom spíše označili jako formální. K větším změnám nedošlo ani v zájmu organizací o to, jak jejich čekárny vypadají a jak se v nich pacient cítí. Když jsem se některých sester zeptala, proč nemají v čekárně např. odpadkové koše, věšák nebo květiny, bylo mi odpovězeno, že to lidé ukradli. Dle slov těchto sester je zbytečné se snažit o zpříjemnění prostředí čekárny, když si ho lidé neváží. Se vzhledem čekárny však také souvisí finance, které má organizace k dispozici. Organizace ve kterých výzkum probíhal raději svoje finanční prostředky investují do vybavení ordinací, čekárny jsou pro ně druhořadé.

Závěr

Záměrem této práce bylo především zmapovat prostředí čekáren, zjistit pocity čekajících a názor pacientů na chování sestry ve vybraných čekárnách na Kolínsku a Kutnohorsku.

Cílem práce bylo zmapovat prostředí čekáren a jeho vliv na chování pacient a zaměřit se na chování sester k pacientům.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že 50 % dotazovaných čeká ve vyhrazené místnosti a 28 % dotazovaných čeká na chodbě. Ze stávajícího vybavení čekáren jsou pacientům nejpříjemnější obrázky a nástěnky (40 %), dále respondenti uvádí časopisy (25 %), květinovou výzdobu (19 %) a hrající hudbu (11 %). Výzkum ukázal, že rozdíly mezi stávajícím vzhledem čekárny a představami dotazovaných jsou velké. Liší se v představách o velikosti čekárny, o barvách zdí, stejně tak i ve vybavení čekárny a sociálního zařízení. Z výsledků tedy vyplývá, že pro většinu pacientů je stávající vzhled a vybavení spíše nepříjemné.

U stanovené první hypotézy jsme předpokládali, že *více než polovina z vybraného vzorku čekáren neodpovídá stanoveným rozměrům*. Podle vyhl.č. 49/1993 Sb. Ministerstva zdravotnictví musí připadat na každou osobu 2,0m² podlahové plochy. Ze získaných dat vyplývá, že 7 z 8 sledovaných čekáren neodpovídá předepsanému rozměru (viz.příloha č.).

V další části práce jsme se zaměřili na délku čekání ve vybraných čekárnách a chování pacienta při čekání. S touto částí souvisela druhá hypotéza a třetí stanovená hypotéza. Ve druhé hypotéze jsme předpokládali, že *u 50 % pacientů přesahuje maximální čekací doba 20 minut*. Ze zpracovaných výsledků jsme zjistili, že delší čekací dobu než 20 minut uvedlo 70 % dotazovaných. Nejdelší čekací doba, kterou respondent uvedl byla 4,5 h. Na chování pacienta byla zaměřena třetí hypotéza. Zde jsme předpokládali, že *u 50 % pacientu při postupném prodlužování čekací doby se zvyšuje nervozita*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Zvyšování nervozity uvedlo 40 % respondentů. Vztek bez zevního projevu pociťuje 30% respondentů. Při nedodržení doby čekání na sebe upozorňuje 91 % respondentů. Nejvíce respondentů (31 %) na sebe upozorňuje po uplynutí 30-35 minut. Nejčastěji užívaný způsob (77 %) je zaťukání na dveře ordinace. Pravidelné nedodržování doby objednání lékařem uvedlo 38 % respondentů. Pouze 54 % dotazovaných se zdravotničtí pracovníci za zdržení omluvili. Z 84 % se jim omluvila jen sestra. Z dalších výsledků vyplynulo, že 85 % dotazovaných se nejraději v čekárnách posadí a 13 % dotazovaných raději stojí. Respondenti uvedli, že čas čekání si nejčastěji krátí četbou (64 %). Přednost dávají časopisům (41 %) a propagačním materiálům (29 %).