

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kristýna Hubková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vliv nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta

Kristýna Hubková

Bakalářská práce

2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 19. 7. 2018

.....
Kristýna Hubková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí této bakalářské práce Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D., za čas a odborné rady, Mgr. Kristýně Juříčkové za odborné konzultace a ochotu, které vedly k vytvoření této práce a v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své skvělé rodině a nejbližším, kteří mi byli obrovskou oporou v období mého studia.

ANOTACE

Závěrečná práce pod názvem „Vliv nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta“ se skládá ze dvou částí: teoretické a výzkumné.

První, teoretická část se zabývá definicí nemocničního prostředí jako takového, jeho vlivem, estetikou, potřebami pacienta, psychickou stránkou nemocného člověka a komunikací mezi pacientem a zdravotníky.

Druhá, průzkumná část zjišťuje pomocí anonymního dotazníkového šetření, jak nemocniční prostředí působí pacienty, jaké změny by uvítali v oblastech estetiky a dalších aspektů, které by vedly ke zlepšení jejich dojmu z nemocničního prostředí. Dále zjišťuje, jak jsou pacienti spokojeni s komunikací mezi nimi a zdravotníky. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že celkové působení nemocničního prostředí na pacienta je na dobré úrovni, avšak největší problematikou se ukázala být ztráta soukromí pacientů, hlavně v oblasti používání sociálního zařízení více pacienty z různých pokojů. V oblasti komunikace mezi zdravotníky a pacientem byla nejvíce negativně shledána problematika ve zdravení a představování se pacientům zdravotníkem, avšak celkové chování zdravotníků většina respondentů označila jako přátelské.

KLÍČOVÁ SLOVA

Komunikace, nemocniční prostředí, pacient, vliv, vnímání, zdravotník

TITLE

The influence of the hospital environment and the behavior of healthcare professionals on the patient

ANNOTATION

The bachelor thesis entitled "Influence of the Hospital Environment and Patient Health Behavior" consists of two parts: theoretical and research.

The first, theoretical part deals with the definition of the hospital environment as such, its influence, aesthetics, the patient's needs, the psychic aspect of the sick person and the communication between the patient and the medical staff.

The second, exploratory section investigates, using an anonymous questionnaire survey, how the hospital environment affects patients, what changes they would welcome in the areas of aesthetics and other aspects that would improve their impressions from the hospital environment. It also examines how patients are happy with the communication between them and health care professionals. The questionnaire survey showed that the overall impact of the hospital environment on the patient was good, but the biggest problem was the loss of patient privacy, especially in the area of social equipment, more patients from different rooms. In the area of communication between healthcare professionals and the patient, the problem of health and presentation to the patients was the most negative, but the overall behavior of the health care workers was considered by most respondents to be friendly.

KEYWORDS

Communication, health care professional, hospital environment, influence, patient, perception

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 CÍLE PRÁCE.....	12
2 TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1 Nemocniční prostředí	13
2.1.1 Hospitalizace.....	13
2.2 Adaptace na hospitalizaci.....	14
3 PSYCHOSOMATIKA.....	15
3.1 Psychosomatický koncept	15
4 LIDSKÉ POTŘEBY	16
4.1 Hierarchie potřeb.....	16
4.2 Základní pocity neuspokojených potřeb	17
4.3 Potřeby v nemocničním prostředí	18
4.3.1 Hygiena.....	18
4.3.2 Soukromí a intimita	18
4.3.3 Orientace pacientů v nemocničním prostředí	20
4.3.4 Čistota nemocničního prostředí	20
4.3.5 Bezpečnost v nemocničním prostředí	20
4.3.6 Hluk v nemocnici.....	21
4.3.7 Vliv pachů na pacienta.....	22
5 ESTETIKA A JEJÍ VNÍMÁNÍ.....	23
5.1 Síla barev.....	23
5.2 Síla obrazů.....	25
6 ÚROVEŇ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ K PACIENTŮM.....	26
6.1 Produktivní chování	26
6.2 Neproductivní chování.....	27
6.3 Profesionální chování.....	27

6.4	Iatropatogenie.....	27
7	KOMUNIKACE MEZI ZDRAVOTNÍKEM A PACIENTEM	28
7.1	Neverbální komunikace	28
7.1.1	Význam doteku v ošetrovatelské péči	28
7.2	Verbální komunikace	29
8	PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	30
8.1	Průzkumné otázky.....	30
8.2	Metodika průzkumu	31
8.2.1	Metodika a realizace průzkumu	31
8.3	Výzkumný vzorek	31
8.4	Technika hodnocení získaných dat	31
8.5	Analýza dat.....	33
9	DISKUZE	67
10	ZÁVĚR	75
11	POUŽITÁ LITERATURA	77
12	PŘÍLOHY	80
	Příloha A – Dotazník	81

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1-graf věk respondentů.....	33
Obrázek 2-graf pohlaví respondentů.....	34
Obrázek 3-graf hospitalizace respondentů v minulosti.....	35
Obrázek 4-graf seznámení respondentů s oddělením	36
Obrázek 5-graf orientace respondentů na oddělení	37
Obrázek 6-graf pocitu bezpečí respondentů na oddělení.....	38
Obrázek 7-graf celkového působení prostředí na respondenta.....	39
Obrázek 8-graf možností zlepšení estetiky z pohledu respondentů s ohledem na věk.....	40
Obrázek 9-graf možností zlepšení estetiky z pohledu respondentů s ohledem na pohlaví.....	41
Obrázek 10-graf volby barev na zdech chodby dle respondentů.....	42
Obrázek 11-graf volby barev na zdech sociálního zařízení dle respondentů	43
Obrázek 12-graf volby barev na zdech pokoje dle respondentů.....	44
Obrázek 13-graf přítomnosti informačního materiálu o onemocnění na oddělení.....	45
Obrázek 14-graf přítomnosti nástěnky se jmény zdravotnického personálu.....	46
Obrázek 15-graf spokojenosti respondentů s potřebou ticha.....	47
Obrázek 16-graf spokojenosti s čistotou dle respondentů	48
Obrázek 17-graf spokojenosti s čistotou sociálního zařízení dle respondentů	49
Obrázek 18-graf funkčnosti zařízení na oddělení dle respondentů.....	50
Obrázek 19-graf úrovně uspokojení dostatečné intimity respondentů	51
Obrázek 20-graf přítomnosti hygienických pomůcek na oddělení dle respondentů	52
Obrázek 21-graf spokojenosti respondentů s kvalitou vzduchu na oddělení.....	53
Obrázek 22-graf spokojenosti respondentů s dostatečnou dostupností médií s ohledem na věk	54
Obrázek 23-graf možností služeb v oblasti komfortu, které by respondenti uvítali s ohledem na věk.....	55
Obrázek 24-graf možností služeb v oblasti komfortu, které by respondenti uvítali s ohledem na pohlaví	56
Obrázek 25-graf spokojenosti respondentů s denním režimem na oddělení	57
Obrázek 26-graf hospitalizace respondentů s pacientem/pacientkou podobného věku	58
Obrázek 27-graf spokojenosti respondentů se soukromím na oddělení	59
Obrázek 28-graf spokojenosti respondentů s komunikací při ošetrovatelské výkonu se zdravotníkem	60

Obrázek 29-graf volby komunikace respondentů při problému s ošetrovatelskou péčí.....	61
Obrázek 30-graf výskytu otázek zdravotníkem na potřeby a komfort respondentů.....	62
Obrázek 31-graf představení se a pozdravení zdravotníka respondentům	63
Obrázek 32-graf aspektu působení neverbálních projevů zdravotníků na respondenty	64
Obrázek 33-graf způsobu jednání zdravotníků s respondenty	65
Obrázek 34-graf celkového chování zdravotníků k respondentům	66
Tabulka 1- Pocity neuspokojených potřeb (Mastiliaková 2014, s.25)	17

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a kol.	a kolektiv
aj.	a jiné
ČR	Česká republika
dB	decibel
např.	například
r.	rok
tj.	to je
tzv.	takzvaný
viz.	vidět
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Člověk, kterého postihne jakékoliv onemocnění se stává pacientem a v mnoha případech se léčba neobejde bez následné hospitalizace. Dochází ke vzniku úzkého propojení zhoršení psychiky a následného umístění do zdravotnického prostředí. Existuje mnoho aspektů, které při vnímání zdravotnického prostředí pacienta ovlivňují. V první řadě se mezi ně řadí vzpomínky na dřívější hospitalizaci, ať už se jedná o vzpomínky pozitivní či negativní. Dalšími aspekty bývá věk pacienta jeho osobnost, setrvávání v neznámém prostředí s neznámými lidmi a jiné (Kuzníková a kol., 2011).

„Duševní bolest je horší nemoc než tělesná.“ (Publilius Syrus, 46. př. n. l.)

Vzhledem k faktu, že jsem velice často za období mé praxe ve zdravotnictví slýchala stížnosti pacientů na daná zdravotnická zařízení, negativní dopad na jejich psychiku a možné nápady na zlepšení v oblasti estetiky, jsem se rozhodla právě pro toto téma.

Hlavním důvodem psaní této práce bylo prozkoumat nedostatky v oblasti zdravotnických zařízení, které tedy mohou mít na pacienty negativní vliv. Následně zjistit subjektivní názor pacientů na tyto nedostatky a dle toho doporučit opatření, která by vedla ke spokojenosti pacientů během hospitalizace.

Častou problematikou je dle nemocných i pasivní přístup ze stran zdravotníků, který samozřejmě také souvisí s celkovým vnímáním. Dále byla od pacientů zmiňována i neochota komunikovat. Je patrné, že toto povolání určitým posláním a bez lásky k lidem a ochoty jim pomoci, jak v ošetrovatelské péči o tělo, tak i o duši nemůže být vykonáváno plnohodnotně. Zdravotníci by měli znát sílu komunikačních technik a uplatňovat je v praxi. Důvodem může být, že si často neuvědomují dopad svého jednání a možnosti, že právě i oni nebo jejich nejbližší by se jednou mohli stát pacienty.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. Teoretické část se bude zabývat problematikou hospitalizace, jejího dopadu na psychiku nemocného a potřebami pacienta. Dále estetikou nemocničního prostředí a komunikací mezi zdravotníkem a pacientem. Průzkumná část se bude zaměřovat na to, jak nemocniční prostředí působí na pacienty, jaké nedostatky jim nejvíce vadí a co by popřípadě uvítali. Dále, jak na ně působí chování sester a jak jsou spokojeni s komunikací mezi nimi a zdravotníky.

1 CÍLE PRÁCE

1. Dozvědět se, jak celkově působí nemocniční prostředí daného pracoviště na pacienty.
2. Odhalit, ve kterých oblastech služeb a estetiky nemocničního zařízení pacienti shledávají největší problematiku, a jakými opatřeními by podle jejich názoru mohlo dojít ke zlepšení.
3. Zjistit úroveň komunikace mezi pacienty a zdravotníky z pohledu pacienta.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Nemocniční prostředí

Jako prostředí jsou chápány vnější a vnitřní vlivy, které působí na osobu a její zdravotní stav. Ve vztahu k ošetrovatelské péči lze prostředí chápat jako prostředí nemocniční nebo ambulantní péče (Pavlíková, 2006). Dle Kelnarové (2009) je jedním z nejčastějších negativních vlivů při hospitalizaci v nemocničním prostředí nedostatek informací podávaných nemocnému, tj. vyšetření, zákroky, které ho čekají. Dále prvky prostředí, např. noční ruch, pachy, pobyt mezi těžce nemocnými, izolace od běžného života a porucha soběstačnosti.

2.1.1 Hospitalizace

Příjem nemocného člověka do nemocnice je z léčebných nebo diagnostických důvodů. Hospitalizace je v jistém smyslu určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim, a při správně vedené terapeuticko-ošetrovatelské péči je předpokladem jeho aktivní zapojení do vlastního léčebného režimu. Umístění do nemocnice je vážnou změnou ve způsobu života, která má na člověka nepříjemný vliv v oblastech řádu jeho dosavadního života, intimity či dalšími aspekty. Zasažena je psychosociální sféra života jedince narušením jeho soukromí např. dalšími spolupacienty na pokoji, jejich zvyklostmi, omezením soukromí při kontaktu s rodinou. V tom, jak pacient snáší svůj pobyt v nemocnici jsou značné rozdíly. Někteří jedinci snáší pobyt v nemocnici lehce, jsou přizpůsobiví, rychle navazují přátelství a kontakty s ostatními. Oproti nim citlivější pacienti snášejí nemocniční prostředí špatně. Existují i skupiny pacientů, převážně starších věkových skupin, kterým pobyt v nemocničním prostředí vyhovuje, mají zde veškerou péči potřebnou k životu a nepřetržitou lékařskou pomoc, cítí se zde v bezpečí. Následkem takto smýšlejících pacientů je mnohdy agravace nebo simulace potíží, aby nemuseli nemocnici opustit. Dlouhodobá hospitalizace vede často k nepříznivému duševnímu stavu, pod názvem hospitalismus. U nemocného se vyvine zvyklost na určitou pasivitu, izolaci od světa, při nedostatečné aktivizaci se zúží obsah jeho zájmů, dále mu chybí dostatečný sociální kontakt. Běžného života se proto z důvodů výše zmíněných zvyklostí může obávat. Následkem je poté fyzické a psychické chátrání (Zacharová, 2017).

Psychologickému vyrovnání s hospitalizací napomáhá pacientovi především úvodní rozhovor, ve kterém je seznámen se strategií a taktikou léčby, která je plánována dle jeho zdravotního stavu. Neméně důležité je sdělení systému pobytu v nemocnici, informace o plánu průběhu diagnosticko-terapeutické a ošetrovatelské činnosti, včetně harmonogramu dne daného oddělení. Dalším velice důležitým prvkem je vhodné působení zdravotnického personálu

s pozitivním profesionálním přístupem a vhodným chováním. Mezi úkoly zdravotníků patří psychicky připravovat pacienty na zákroky, dlouhodobou léčbu zejména u chronicky nemocných, proto je dále důležitá empatie personálu (Zacharová, 2017).

2.2 Adaptace na hospitalizaci

Kelnarová (2009) ve své knize uvádí, že „Adaptace nemocného na hospitalizaci je individuální záležitostí každého nemocného“. Nemocní lidé si musí zvyknout na odlišný režim dne, určitou ztrátu soukromí a ostatní vlivy nemocničního prostředí. Adaptaci výrazně ovlivňuje několik faktorů. Jedním z faktorů je věk, kde platí, že malé děti a staří lidé snáší hospitalizaci obtížněji. Vliv má také délka hospitalizace, přičemž kratší doba hospitalizace z důvodu např. zákroku je snášena lépe, než dlouhodobější hospitalizace spojená s chronickým onemocněním. Důležitou roli hraje také sociální situace nemocného např. nedostatek finančních prostředků, dále hrozba výpovědi z práce pro pracovní neschopnost.

Dle adaptačního syndromu rozlišujeme fáze adaptace. První fází je období náhlé změny životního stylu, kam patří hledání nových jistot a bezpečí, nemocný je obvykle hledá u zdravotnického personálu. U starších nemocných nebo u dětí může tato fáze mít bouřlivější projevy např. pláč, úzkost, netečnost, deprese atd. Druhým obdobím je aktivní adaptace nemocného, kdy na řadu přichází uklidnění, nalezení duševní rovnováhy. U nemocného se objevuje zájem o uzdravení, aktivně se zapojuje do spolupráce se zdravotníky. Období následující bývá označeno jako fáze ztráty víry v uzdravení. U nemocného dochází k přecitlivělosti a nesnášenlivosti, mnohdy se objevují i konflikty se spolupacienty nebo zdravotnickým personálem. Posledním obdobím je fáze rezignace, která nastává nejčastěji u dlouhodobě a těžce nemocných, nemocný nespolupracuje, nebojuje o své zdraví a ztrácí smysl života (Kelnarová, 2009).

3 PSYCHOSOMATIKA

Klímová a Fialová (2015) ve své knize uvádí, že „Psychosomatika je věda nebo obor, jenž zkoumá souvztažnost mezi psychikou, duševním rozpoložením a fyzickou nemocí“. Již v historii měla psychosomatika základy všech lékařských věd a umění. Na území Mezopotámie, Indie a Číny byly tyto základy postaveny právě na psychosomatice. V této době žádný vědec či lékař neodděloval orgánovou nemoc od stavu duše. Teprve s příchodem moderních věd, jimiž byly fyzika, chemie a matematika, tedy v postrenesanční době se na lidské tělo začalo pohlížet jako na stroj. Péče o duši byla z tohoto systému vyňata a veškerou odpovědnost o ni převzala církev. Zlom nastal v momentě, kdy si lékaři uvědomili, že nemoci, které byly dříve vyléčitelné se najednou vyléčit nedařilo. Díky tomuto uvědomění nastal jistý pokrok, kdy se v rámci psychosomatického léčení může jedinec uzdravit z neuzdravitelného (Klímová, Fialová, 2015).

„Jednou z podmínek uzdravení, je chuť uzdravit se“ (Lucius Annaneus Seneca 4. př. n. l.-65 n. l.)

3.1 Psychosomatický koncept

Koncept psychosomatiky v současnosti je souhrou chápání člověka jako komplexního, harmonického a celistvého systému, který je utvořen několika subsystémy na sobě závislých. Rozlišujeme řadu řídicích systémů např. imunitní a řízených subsystémů např. kardiovaskulární. Tyto subsystémy dále dělíme na orgány, tkáně, buňky aj. Každé odvětví medicíny se pak soustřeďuje na postižení, které se týká dané odbornosti. Z tohoto důvodu vzniká určitá „trhlina“ v chápání člověka jako celku, což je právě upozorněním psychosomatického pojetí jedince (Špaček, Buchta, Jílek a kol., 2013).

4 LIDSKÉ POTŘEBY

Učení o poznání lidských potřeb je důležitou složkou ošetrovatelské péče. Poznání vlastních potřeb a potřeb lidí, kteří očekávají pomoc od zdravotnického personálu napomáhá naučení se tolerance k názoru druhých i k orientaci v těžkých situacích. Mezi specifika chápání lidských potřeb nemocných patří hodnocení problémů a priorit v ošetrování a léčbě nemocného, posouzení měnící se potřeby a posilování edukace. Neméně důležitým specifikem je pomoc nemocnému pochopit podstatu léčení nemoci a ukázat i svou vlastní snahu o pochopení. Proces naplnění potřeb se skládá ze tří složek. Uvědomění si objektivní stránky potřeby je prvním stupněm, následuje zpracování subjektivního poznání a posledním stupněm je vytvoření vztahu k potřebě (Šamánková a kol., 2011).

Dle Mastiliakové (2014) jsou potřeby nejdůležitějším druhem motivů jedince. Potřeba je spojena jako výchozí motivační stav s instrumentálním chováním člověka, jak jedinec reaguje v různých situacích, jak se chová a motivuje. Dosažení uspokojení, instrumentální chování a potřeby vytvářejí jednotný celek mentálních a behaviorálních aktivit (Mastiliaková, 2014).

4.1 Hierarchie potřeb

V roce 1943 definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow hierarchii potřeb, tzv. Maslowovu pyramidu. Hierarchické uspořádání lidských potřeb je dáno vývojově od nižších k vyšším potřebám, dále je dáno naléhavostí, s jakou vstupují ve vědomí. Platí, že vývojově vyšší potřeby vystupují, jako naléhavé motivy tehdy, když jsou do jisté míry uspokojeny vývojově nižší potřeby (Mastiliaková, 2014).

Maslow (2014) ve své knize uvádí, že člověk má pět základních potřeb, které se stupňují od nejnižších po nejvyšší a společně tvoří pomyslnou pyramidu. První potřebou je uspokojení fyziologických potřeb, následuje potřeba bezpečí a jistoty. Třetí potřebou je potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti, dále potřeba uznání a úcty. Pyramidu potom uzavírá potřeba seberealizace. První čtyři kategorie potřeb označuje jako nedostatkové potřeby, pátou kategorii jako potřeby existence, bytí a růstové potřeby. Existenční potřeby se dále dělí na potřebu seberealizace a potřebu sebetranscendence neboli duševní potřeby (Maslow 2014).

4.2 Základní pocity neuspokojených potřeb

Tabulka 1- Pocity neuspokojených potřeb (Mastiliaková 2014, s.25)

Fyziologické potřeby	Fyziologické pocity
Dýchání, hydratace, výživa, vyprazdňování, teplo, aktivita, pohyb, hygiena, spánek, odpočinek, tělesná pohoda (být bez bolesti), sexuální potřeby	Nedostatek vzduchu (dušnost), žízeň, hlad, nucení na močení, nucení na stolicí, zima, ztuhlost, nečistota a lepkavost, svědění, zápach, bolest, únava, ospalost, sexuální touhy
Psychosociální potřeby	Psychosociální pocity
Bezpečí a jistota Vyhnoutí se ohrožení (únik), boje s ohrožením (agrese), zdraví, informace o sobě (o svém zdravotním stavu), informace o prostředí (nemocnice, oddělení), soběstačnost, klid, mír, spokojenost, ochrana, důvěra, naděje	Nejistota, úzkost, strach, ohrožení, agrese, nedůvěra, beznaděj
Láska a sounáležitost Láska (pozitivní vztah k člověku), společnost (kontakt s více lidmi), rodina, přátelé, komunikace, péče o druhé lidi, dominance (vedení), submise (podřízení, závislost)	Osamělost, smutek, zbytečnost, deprese
Sebevědomí a sebeúcta Uznání sebe samotné/ho, neudělat ostudu, úspěch, poznání, intimita	Méněcennost, komplexy, selhání, zklamání, stud

Šamánková a kol. (2011) definuje fyziologické potřeby, jako potřeby těla, bez kterých nemůže jedinec dlouhodobě přežít, proto se pro zachování života musí tyto potřeby pravidelně saturovat. Plnění těchto potřeb u nemocného, buď vykonává on sám, nebo sestra, podle vážnosti onemocnění a fyzického stavu pacienta (Šamánková a kol., 2011).

4.3 Potřeby v nemocničním prostředí

4.3.1 Hygiena

Hygienickou péči člověk potřebuje jak v domácím prostředí, tak v prostředí nemocničním. U zdravého člověka speciální příprava na hygienu není vyžadována, u nemocného člověka je to složitější. Před samotnou hygienou musí sestra, díky ošetrovatelské anamnéze zjistit, jaký je celkový stav pacienta, jestli potřebuje pomoci od další osoby, nebo je soběstačný (Vytejková, 2011).

Dle Workmanové (2006) se hygienická péče musí provádět tak, aby nemocnému bylo zajištěno pohodlí, správná péče, aby se pacient cítil důstojně, dobře a čistotně. Profesionální hygienická péče by měla splňovat několik kritérií. Sestra by měla s nemocným dobře vycházet, dohodnout se s ním, na jeho zvycích, zjistit, co je pro něho příjemné, jak by si představoval průběh hygieny a zjistit, co všechno zvládne sám. Mezi dovednost sestry by měla patřit tolerance, taktnost a umět řešit problémy. Sestra musí dbát na pacientovy potřeby a být schopna mu zajistit koupel alespoň jednou denně i na lůžku (Workman, 2006).

Dle Kopecké (2008) je v tomto ohledu důležitá etika ošetrovatelské péče. Sestra by měla akceptovat pacienta v jeho současné situaci bez hodnocení. To, od sestry vyžaduje, aby pacienta respektovala a brala ho takového, jaký je, a dále by neměla jeho názory ani postoje kritizovat (Kopecká, 2008).

Profesionální zdravotník si musí dokázat představit, jaké problémy v oblasti hygienické péče by se mohly vyskytnout. Pro sestry je složitost v oblasti rozvrhnutí doby hygienické péče, mají určitý čas na provedení a určitý počet pomocného personálu. Na druhé straně pacient musí přijmout fakt, že se díky harmonogramu zdravotnického personálu musí mýt v určitou dobu, zvláště, když je odkázán plně na jejich péči. Zde je nutné si uvědomit, že pacient může mít různé důvody, proč v danou dobu nechce hygienu provádět. Mezi důvody lze zařadit např. nevyspalost, únavu, slabost, bolest, nedostatek motivace nebo síly (Kopáčiková, Cetlová, Stančiak, 2012).

4.3.2 Soukromí a intimita

Tyto dva pojmy spolu úzce souvisí. Jsou pro nás lidi často tak moc samozřejmé, že si ani mnohdy neuvědomujeme, že bychom o ně mohli přijít. Hranice soukromí je u každého jedince jiná a řada faktorů ji ovlivňuje po celý život. Člověk ztrácí pocit soukromí tehdy, jsou-li prolomeny bariéry bezpečí a když se před cizími lidmi nebo osobou ocitá v celé psychické nebo fyzické nahotě. Reakcí na neuspokojení soukromí a intimity může být pocit studu. V pocitu

studu prožíváme chybějící shodu nějakého způsobu chování s naším vnitřním ideálem, což si lze uvědomit prostřednictvím postoje jiných lidí, pociťovaného jako posměšný, povznesený nebo opovrhující. Stud přichází bez ohledu na to, jestli k tomuto zahanbení před druhými lidmi došlo ve skutečnosti nebo jen v představě (Baronová, 2015).

Prožívání studu může být velice široké a rozvinuté. Je velmi pravděpodobné, že nastane nerovnováha ve vnímání a prožívání studu ze strany pacienta a strany zdravotníků. U pacienta dochází ke změně vnímavosti situací z důvodu onemocnění, projevuje se zvýšeným prahem citlivosti. Zdravotničtí pracovníci se často dostávají za bariéry intimní sféry člověka, který následně pociťuje narušení intimity. Příčinou může být už jen odhalení těla, kterým většinou pobyt v nemocnici začíná (Archalousová, 2010).

Dalším faktorem příčiny studu porušením intimity a soukromí může být umístění pacienta na pokoj s člověkem, kterého nezná a musí s ním sdílet jednu místnost a sociální zařízení. Zde nutno zmínit, že v některých nemocničních zařízeních je k dispozici pouze jedno sociální zařízení pro dva a více pokojů. V případě, že nemocný je nucen podstupovat hygienickou péči nebo vyprazdňování na pokoji je vhodné mezi lůžka umístit zástěny, které ne zcela řeší problematiku studu, ale dojde alespoň ke zmírnění. Důležité je také zavírání dveří pokoje při těchto úkonech (Archalousová, 2010).

Pacienti, kteří potřebují pomoc s hygienou jsou mnohdy vezeni do velké koupelny, kde jsou lepší podmínky pro příjezd se sedačkou či vozíkem a více prostoru k manipulaci se sprchou. Problém nastává v momentě, kdy zdravotnický personál nedbá metodických pokynů daného oddělení, který upravuje zásady pro zajištění intimity klientů zahalováním a zavíráním dveří koupelen. Dále dle metodických pokynů je důležitá přítomnost závěsu, jelikož pacienti jsou většinou přivezeni do koupelen v návaznosti za sebou během ranního harmonogramu (Archalousová, 2010).

Soukromí při návštěvě pacienta můžeme usnadnit doporučením navštívení denní místnosti, je-li na daném oddělení k dispozici a umožňuje-li to pacientův stav (Baronová, 2015).

Narušení soukromí může mít příčinu i ve sdělování diagnózy před ostatními pacienty. V dnešní době je tato problematika upravena v informovaném souhlasu s hospitalizací pacienta, který podmiňuje hospitalizaci nemocného. Povinnou mlčenlivost o skutečnostech medicínského i nemedicínského charakteru, kterou se zdravotnický lékařský i nelékařský pracovník dozvěděl o pacientovi za dobu hospitalizace, upravuje čl. 10 mezinárodní Úmluvy o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti, publikované pod č. 96/ 2001 Sb., dále v zákoně č. 20/ 1966

Sb., o péči o zdraví lidu. Nejnovějším zákonem, který pojednává o ochraně osobních dat je zákon č. 101/ 2000 Sb.

4.3.3 Orientace pacientů v nemocničním prostředí

Orientace pacienta v nemocničním zařízení se odvíjí od jeho zdravotního stavu. V dnešní době již existují budovy s informačním centrem v každé nemocnici a mapy celého areálu. Označení budov, jednotlivých oddělení, pokojů a místností na oddělení by mělo být přehledné tzn. dostatečně velké písmo a vhodné barevné provedení. Je nutné brát ohled na pacienty, kteří dobře nevidí, a na ty, kteří se ve velkých budovách snadno ztratí (Kelnarová, 2009).

4.3.4 Čistota nemocničního prostředí

Čistota nemocničního prostředí se odvíjí od hygienických požadavků na provoz zdravotnických zařízení. Tyto požadavky jsou stanoveny vyhláškou 195/2005 Sb. v části druhé. 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

4.3.5 Bezpečnost v nemocničním prostředí

Zvyšování bezpečí pacientů je problematikou, která se řeší na celém světě. Informovanost laické i odborné veřejnosti o bezpečí a kvalitě ve zdravotnictví stále u nás není dostatečná. Pacienti o bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních většinou neuvažují, přicházejí s důvěrou a věří v kvalitu daného zařízení (Kelnarová, 2009).

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

Jednou z institucí je World Alliance for Patient Safety, která působí od r. 2014 pod WHO. Jejím primárním cílem je usnadnit rozvoj bezpečných postupů při poskytování zdravotnické péče. Aliance sdružuje aktivity v jednotlivých členských státech a snaží se získat pro projekty ve sféře bezpečnosti pacientů oficiální podporu. Dále vyvíjí mezinárodní taxonomii bezpečnosti pacientů, pomoc členským státům a institucím při rozvoji systému zabývajících se hlášením mimořádných událostí, jejich vyhodnocováním. Orientuje se v několika oblastech a výsledné závěry a doporučení sdílí mezi ostatní členské státy. Jednou z oblastí je prevence nozokomiálních infekcí, dále bezpečná chirurgie, široká komunikace s pacienty a jejich rodinami. Podporuje také rozvoj nemocničních, národních i nadnárodních systémů hlášení mimořádných událostí. Nápomocna v aplikaci znalostí z jednoho místa na druhé je Joint Commission International, která vytváří síť odborníků a institucí schopných vyhledat, zhodnotit, přizpůsobit a celosvětově rozšířit řešení pro bezpečnost pacientů (Hřib, 2007).

V ČR byla r. 2004 zaregistrována ministerstvem vlády Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Cíli tohoto občanského sdružení jsou: shromažďování informací o systémech zvyšování kvality ve zdravotnictví, vytváření podmínek pro diskuzi o různých přístupech k zavádění systému řízení kvality a k zavádění akreditačních systémů zaměřených na kontrolu ve zdravotnictví. Dále organizace vzdělávacích akcí věnované problematice kvality a spolupráce s národními i mezinárodními společnostmi pro kvalitu ve zdravotnictví (Hřib, 2007).

4.3.6 Hluk v nemocnici

Hluk je v nemocničním prostředí jedním z nejškodlivějších faktorů ve vztahu k léčbě. Ohleduplnost ošetřujícího personálu a dalších nemocných zde hraje důležitou roli. Hladinu hluku lze měřit a kontrolovat. Některá oddělení se snaží maskovat nekontrolovatelný hluk takzvaným „bílým hlukem“, kam lze zařadit fontány, hudbu nebo jinou zvukovou kulisu. Za posledních 40 let se průměrná hladina hluku v nemocnicích zvýšila o celých 15 dB. Dosahuje hladiny 70 dB, což výrazně převyšuje doporučený limit pro uzdravující prostředí ve výši 35 dB, kterou stanovila světová zdravotnická organizace WHO. Hlasité zvuky přístrojů, alarmy, hlasy ostatních nemocných, ale i personálu narušují uzdravující spánek pacientů a způsobují jim stres. Na rušivé zvuky jsou zvláště citliví pacienti na pohotovosti a jednotkách intenzivní péče. Několika opatřeními lze hlučnost zmírnit. K pohlcování hluku z místnosti sester nebo chodeb lze využít omyvatelné akustické stěnové panely pohlcující zvuk, které sníží celkovou hladinu hluku v daném prostoru. Na několika moderních přístrojích lze nastavit zvuk tak, aby se postupně zvyšovala jeho hladina. Ke zvukům, které dokážou člověka rozrušit, patří dále také

vyslechnuté rozhovory jiných pacientů, chrápání či nářek pacientů, kteří pociťují bolest. Zde může pomoci, když se mezi pacienty umístí vhodné přenosné akustické paravány absorbující zvuky, mohou mít navíc zasklenou horní část, aby měl personál pacienty stále na očích (Beldam, 2015).

4.3.7 Vliv pachů na pacienta

Pachy spojené s nemocnicí mohou vyvolat tělesné a emoční reakce, jako je úzkost či žaludeční nevolnost. Pozornost je za potřebí věnovat nepříjemným pachům, které často pacienty stresují, hlavně tím, že jim neustále připomínají prostředí, z kterého mají obavy. Dnes již existuje řada neagresivních, příjemných dezinfekčních prostředků, které je možné použít. Lze využít také elektrické zvlhčovače vzduchu s vonnou esencí, do kterých je možno přidat vonné esence. Neutralizátory zápachu se dají využít k odstranění zápachu z odpadkových košů, odpadových pytlů a nádob. (Ayers, De Visser, 2015)

5 ESTETIKA A JEJÍ VNÍMÁNÍ

Jednou z charakteristik prostředí je estetická kvalita. Každé prostředí je člověkem hodnoceno, i když si to mnohdy neuvědomuje i v estetické rovině. Každý jedinec se samozřejmě v preferencích estetiky liší, proto nelze nalézt prostředí, které by působilo univerzálně na estetické cítění všech jedinců. V prostředí nemocnice to není jiné, přesto lze předpokládat, že volbou vhodných barev, materiálů, obrazů a jiných doplňků se u pacientů dá docílit pocitu vnitřní pohody a útulnosti při hospitalizaci. Uplatnění estetického aspektu při péči o pacienty je vizitkou profesionální kvality zdravotní a sociální péče (Mandincová, 2011).

Dle Kulky (2008) lze rozumět vnímání obecně jako odrážení vnější nebo vnitřní reality prostřednictvím smyslových orgánů v mozku. Cílem estetického vnímání je utvoření a vytvoření struktury estetického předmětu ve vědomí. Za konstitutivní složky estetického vnímání je nutno pokládat nejen smyslový obraz (percepce), ale také kognitivní zpracování (poznání), prožívání (emoce) a následné hodnocení. Psychické procesy jako jsou prožitky, postoje, osvojování názorů a hodnocení jsou také nedílnými součástmi estetického vnímání, které se jimi odráží (Kulka, 2008).

„Barva je klávesa, oko je úderné kladívko, duše je klavír s mnoha strunami. Umělec je ruka, která úderem na tu nebo onu klávesu způsobí vibraci duše“. (Vasilij Kandinskij, 1901)

5.1 Síla barev

Skrytá síla barev v projevu a jejich symbolika závisí nejen na historických zkušenostech lidstva, ale i na momentálním stavu, situaci a povaze člověka. Zvláště potom člověka nemocného, který barvy okolo sebe vnímá citlivěji. Lze předpokládat, že pokud sestry budou znát symboliku barev, mohly by do určité míry také pozitivně ovlivňovat psychiku nemocných (Dinshah, 2005).

Barvy obecně lze dělit na teplé a studené. Teplé se označují jako aktivizující, jsou jimi červená, oranžová a žlutá, které působí povzbuzujícím efektem a více oslovují emoce. Naopak barvy studené se označují jako pokojné, řadíme do nich fialovou, modrou a zelenou, které působí uklidňujícím efektem a podporují kognitivní funkce. Pro malbu zdí se často v nemocničním prostředí volí pastelové jemné barvy, které nepůsobí dráždivě nebo negativně. Dále se volí barvy v jednom odstínu, aby případná nevhodná kombinace barev nepůsobila na pacienta znepokojivě až depresivně (Dinshah, 2005).

Červená barva je velkým dárcem energie, povzbuzuje nervovou soustavu a stimuluje krevní oběh. Jejími pozitivními účinky jsou fyzická stimulace, odvaha, vzrušení, síla, teplo, energie. Mezi negativní účinky patří vzdor, vizuální útok, napětí, rozrušení, mnoho červené barvy v prostorách nemocnice potom může vyvolávat agresivní dojem ze zařízení. Ztlumením červené lze dosáhnout barvy růžové, která reprezentuje ženský princip, často se využívá na novorozeneckých odděleních. Modrá barva je označována, jako barva mysli, ovlivňuje člověka po mentální stránce a měla by působit zklidňujícím dojmem. Ve zdravotnickém prostředí se dá využít pro malbu pokojů, kde jsou umístěni epileptici a lidé, kteří mají potíže s usínáním. Je často využívána v jemnějším odstínu i na oblečení sester. Žlutá barva stimuluje emoce, proto je v psychologicky nejsilnější barvou. Správně vybraný odstín žluté povzbuzuje chápavost a působí pozitivně na paměť. Má pozitivní vliv na dospělé i děti, proto se hojně využívá i na dětských odděleních. Zelenou barvou je vyjádřena rovnováha, má uklidňující účinky a svou harmoničností přispívá k rychlejšímu uzdravení a regeneraci. Dále zjemňuje prostory, dá se využít v kombinaci s modrou barvou. Vířivé zelené barvy dobře působí na nemocné, kteří trpí vysokým krevním tlakem, dalšími kardiovaskulárními onemocněními a neuralgií. Je jednou z nejčastěji používaných barev ve zdravotnictví. Utišující barvou, která je vhodná k použití do místností na odpočinek je fialová. Podporuje směřování vědomí do vyššího stupně myšlení a do spektra duchovních hodnot (Janiczeková, 2012).

Spojením červené a žluté vzniká barva oranžová, která má proto dvojí stimulaci – fyzickou a emocionální. Příznivě ovlivňuje uspokojování biologických potřeb, proto je vhodná zejména do místnosti, kde se nemocní stravují, má pozitivní vliv na nechutenství. Tmavší tón oranžové, který se kombinuje s černou dá vznik barvě hnědé. Působí uklidňujícím účinkem, je barvou dřeva a domova. Vhodná je do domovů sociální péče, oddělení pro dlouhodobě nemocné i domovy důchodců. Psychologicky neutrální barvou je šedá. Častěji se využívá v kombinaci s jemnými tóny oranžové nebo růžové v ambulancích. Použití samotné barvy v nemocných vyvolává deprimující pocity. Bílá barva patří mezi nejčastěji využívané barvy v nemocničních prostorech, je čistá a hygienická, vyvolává ale na druhé straně pocit strohosti, chladu, bariéry a nepůsobí příliš útulně. Opakem bílé je černá, která nemá v nemocničních zařízeních zastoupení. Výjimkou jsou některé přístrojové techniky a pomůcky, které se již dnes nahrazují jinými barevnými odstíny (Janiczeková, 2012).

5.2 Síla obrazů

Každé umělecké dílo v sobě nese určité znaky nebo šifry. Je stykem objektivního a subjektivního vnímání. Při vnímání uměleckého díla je tedy důležité najít to, co je společné pro vnímajícího jedince i pro tvůrce díla (Grün, 2013).

Existují obrazy, které oslovují všechny, protože odpovídají touhám všech lidí, nebo se dotýkají strachů a úzkostí, kterými je svázána většina z nás. Obrazy s pozitivní tematikou nemocným lidem umožní oslabit strach. Nejvhodnější do nemocničních zařízení jsou obrazy, které tematizují přírodu. Tyto obrazy probouzejí v nemocných klid a odpoutají je od obav a strachu z cizího prostředí. V několika nemocničních prostorách se uskutečňují pravidelně výstavy obrazů studentů uměleckých škol i dětí ze základních škol. Někteří umělci také svoje obrazy nemocnicím věnují a poté je můžeme nalézt na chodbách nebo v jídelnách (Grün, 2013).

6 ÚROVEŇ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ K PACIENTŮM

Jak ve své knize píše Zacharová (2017) přístup zdravotnických pracovníků by měl být především přemýšlivý. Zdravotník by měl brát v úvahu všechny působící souvislosti, včetně sociálních a psychologických. Zdravotník se musí bránit emocionální vyčerpanosti, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti, které mnohdy vedou k neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného člověka a jeho potřeby. Pomoc nemocným spočívá ve skutečnosti, že zdravotník vytváří příznivé prostředí zaměřené na složky psychosociální, teprve potom se může speciálně zaměřené léčebné působení uplatnit. Zdravotník nesmí na nemocného pohlížet jako na „případ“. Postavení zdravotnického pracovníka, zvláště sestry, nabývá v ošetrovatelství stále důležitější význam. Sestry ve vztahu k nemocnému zastávají nezastupitelnou roli, musí ovšem nejdříve duševně vyzrát. V opačném případě by se pro ně práce stala zdrojem stresu a zdrojem neúnosné zátěže. Práce v nemocničních zařízeních pro každého zdravotnického pracovníka musí být spojena s určitým pocitem prospěšnosti lidem (Zacharová, 2017).

6.1 Produktivní chování

Jednání a chování sestry vůči nemocnému má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup, který lze nazvat produktivním chováním sestry. Sestra se v produktivním chování k nemocnému člověku opírá o základní skutečnosti biologických, psychických a sociálních dějů. V praxi potom může dokázat, že chápe komplexní charakter nemoci. Pro umění produktivního chování musí zdravotník brát v úvahu objektivní stránku nemoci, osobní psychologickou a sociální situaci pacienta, osobnostní zvláštnosti každého jedince a jeho prožitky. Dále musí brát v úvahu vliv léčebného prostředí a jeho zvláštnosti a prognózu onemocnění klienta. Pravidla produktivního chování obsahují uvedení nemocného do prostředí léčebného zařízení, vysvětlení nových neznámých věcí a poučení, které dopomáhá k celkové orientaci. Redukci negativních pocitů může sestra provést prostředky, které má k dispozici. Projevy zájmu, vcítění, náklonosti a sympatií by měly dopomoci k osobnímu vztahu s klientem. Dále se sestra musí snažit aktivně usilovat o spolupráci, vybízet pacienta k aktivizaci, odvaze a následovně ocenit úsilí a snahu pacienta. Oboustranný kontakt, vzájemná výměna informací mezi sestrou a nemocným přispívá k vytvoření důvěrného vztahu (Zacharová, 2017).

6.2 Neproduktivní chování

V práci zdravotníků se ovšem vyskytují určitá negativa, která ovlivňují správnou dynamiku spolupráce s nemocným. Může se jednat například o nežádoucí osobnostní rysy, nevhodnou motivaci k práci, nedostatek odborných znalostí, nevhodné mezilidské vztahy nebo přetížení a únavu zdravotníků v ošetrovatelském působení. Právě v tomto momentu dochází k problémům v přístupu k nemocnému a chování z ošetrovatelského hlediska se stává neproduktivním. Často toto chování není záměrné a zdravotníci si ho nepřipouštějí. Za neproduktivní chování je označeno sdělování polopravdivých nebo nepravdivých informací nemocným, které vyvolávají strach nebo nerealistické očekávání klientů. Může se objevit nepřátelské chování, škodolibost vůči nemocným, zábava na jejich účet, kritika a pomluvy. Stereotypní poučování, vymáhání projevů vděčnosti od nemocných a egocentrismus jsou také častými projevy neproduktivního chování. Důležitost zmínění má také neproduktivní utěšování a lítost projevovaná v přehnané míře nemocným (Zacharová, 2017).

6.3 Profesionální chování

Profesionálním chováním jsou míněny takové formy projevu, které se svou typičností liší mezi určitými profesemi. Mezi obecné zásady profesionálně správného a etického chování zdravotníka se řadí preference zájmů a potřeb nemocného před své vlastní, dále chování a jednání se všemi pacienty bez rozdílu a předsudků. V neposlední řadě by zdravotník neměl dovolit, aby jeho negativní emoce, pokud je prožívá nějakým způsobem poškodily pacienty (Mellanová, 2017).

6.4 Iatropatogenie

Je definována jako negativní působení či poškození pacienta působením zdravotníků i dalších osob na nemocného. Při poškození zdravotníky rozlišujeme dva typy iatropatogenie. Sororigenií rozumíme poškození sestrou v rámci ošetrovatelské péče. Malpractice je označována jako chyba v práci zdravotníka, který ledabyly vykonává určitou činnost, která vede k poškozování člověka (Zacharová, 2017). Jiné rozdělení ve své knize uvádí Bártlová (2003), která dělí iatropatogenii na somatickou, psychickou a sociální. Somaticky je nemocný poškozen léky, léčbou nebo špatně provedeným výkonem. Psychické poškození se rozumí jako poškození nevhodným sdělením, nesprávnou informací a neověřenými závěry o chorobě. Sociální iatropatogenie vzniká přenesením rozhodovací povinnosti na profesionálního odborníka (Bártlová, 2003).

7 KOMUNIKACE MEZI ZDRAVOTNÍKEM A PACIENTEM

Ošetrovatelská péče bez komunikace mezi zdravotníkem a pacientem nemůže být nikdy kvalitní. Vzájemný komunikační vztah zdravotníka pacienta by měl být rovnocenný, po profesní stránce je ale přirozeně nevyvážený, zdravotník je z hlediska své pozice určitou autoritou a expertem. Měl by proto komunikaci s pacientem do jisté míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o obsahu a její formě. Negativní vliv na pacienta může mít špatné načasování komunikace, kdy je vhodnější ji odložit (Mellanová, 2017).

7.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci lze definovat jako komunikaci beze slov, může ilustrovat verbální komunikaci, podtrhovat ji, zesilovat její účinek či ji regulovat. Prostřednictvím neverbálních projevů lze vyjádřit celou řadu citových nebo pocitových skutečností. Mnozí pacienti velmi citlivě vnímají tento způsob komunikace u sester. Všímají si toho, co sestra dělá, jak se chová, mnohdy více než toho, co říká. Nejvíce významné jsou pro tento způsob komunikace projevy v oblasti obličeje a hlavy. Důležitým faktorem této komunikace je také vzhled a úprava zevnějšku. Sesterská uniforma je symbolem určité role, ve kterou pacienti vkládají důvěru, je proto důležité, aby sestra byla adekvátně oblečena a upravena (Pekara, 2015).

Jedním z nejúčinnějších prostředků neverbální komunikace sestry je úsměv. Zdravotnické zařízení je zařízením důstojné a vážné, avšak má zde vlídný a upřímný úsměv ve správný čas své nezastupitelné místo. Snižuje obavy, strach, úzkost pacienta a zvyšuje jeho pocit bezpečí a jistoty. Dalším důležitým momentem neverbální komunikace je oční kontakt, který vyjadřuje zájem o pacienta, přátelství a sympatii (Špatenková, Králová, 2009).

7.1.1 Význam doteku v ošetrovatelské péči

Dotek je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Hlavními významy jsou podtrhnutí blízkosti s jiným člověkem a zájem o nemocného. Dotek může výrazně redukovat úzkost pacientů ve stresových situacích. Je velmi důležité umět správně načasovat okamžik, kdy se pacienta dotkneme, a na které části těla. Dotek, který směřuje nad lokty nemocného, a který není součástí ošetrovatelské péče může způsobit pacientovi rozpaky (Špatenková, Králová, 2009).

7.2 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí sdělování obsahů zpráv a informací prostřednictvím slov a řeči. Pro srozumitelnost je důležité kontrolovat kdy, co a jak chceme říci. Nesprávně zvolená slova mohou být příčinou nedorozumění (Pekara, 2015).

Mezi nejčastější chyby v komunikaci sestry s pacientem patří přikazování, moralizování, kritika, povyšování se, ironie a nevhodný humor. Tyto chyby provázejí komunikační bariéry, např. nepozornost, nenaslouchání, skákání do řeči, netrpělivost a lhaní. Chybná nebo nezvládnutá verbální komunikace se může stát intenzivním zdrojem sororigenie (Špatenková, Králová, 2009).

Některými doporučeními pro efektivní verbální komunikaci můžeme těmto chybám a následkům předejít. Nejvíce oceněným aspektem bývá naslouchání, kterým se dá pacientovi najevo zdravotníkův zájem. Ochota pomoci a nabídnutí svých služeb pacientovi pomůže fyzicky i psychicky. Obecně se verbální komunikaci připisuje větší význam než komunikaci neverbální, avšak navzájem se velice úzce propojují a doplňují. Slova jsou provázena gesty, výrazem obličeje a podtrhnuta určitým tónem řeči (Špatenková, Králová, 2009).

„Tvůj hlas mě uklidňuje, ale slovům prostě nerozumím“ (John Lennon, 1965)

8 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce bude následovně popsána metodika průzkumu a interpretace výsledků.

8.1 Průzkumné otázky

1. Budou nemocniční prostředí vnímat všichni pacienti různých věkových kategorií stejně?
2. Budou dotazovaní pacienti pociťovat uspokojení potřeb v oblasti hygieny, intimity, soukromí, čistoty, orientace, bezpečí a ticha na odděleních zkoumaného pracoviště?
3. Budou rozdíly v představách pacientů ohledně zlepšení některých aspektů na odděleních daného nemocničního zařízení a u některých představ i rozdíly vzhledem k pohlaví a věku?
4. Budou pacienti spokojeni s chováním a přístupem ze strany zdravotníků na odděleních daného nemocničního zařízení?

8.2 Metodika průzkumu

8.2.1 Metodika a realizace průzkumu

Průzkum probíhal v období od 28. 5. do 17. 6. 2018. Průzkumné šetření probíhalo na odděleních chirurgického a interního typu na standartních ošetrovatelských jednotkách nejmenovaného zdravotnického zařízení krajského typu. Průzkumné šetření bylo zahájeno až po řádném potvrzení souhlasu s průzkumem.

K realizaci průzkumné části byl zvolen kvantitativní způsob šetření. Za tímto účelem byl vytvořen na podkladě prostudování odborné literatury a článků anonymní dotazník vlastní konstrukce, který se jeví jako dostačující pro dané šetření a následné zhodnocení stanovených cílů. Před samotným průzkumným šetřením byl dotazník rozdán v 8 vyhotoveních pacientům, z důvodu zpětné vazbě v oblasti srozumitelnosti otázek. Dotazník neobsahoval ze strany respondentů žádné nesrovnalosti. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s autorem, důvodem realizace průzkumného šetření a návodem správného vyplňování. Respondenti odpovídali na 30 otázek, z nichž bylo 10 otázek uzavřených a 20 otevřených specifikujících (Puš, 2007). První 3 otázky byly meritorního typu (Puš, 2007). Dalších 10 otázek se zabývalo působením nemocničního prostředí na pacienta a poslední část (7 otázek) bylo směřováno na chování zdravotníků a způsob komunikace s pacienty. Dotazníky byly mou osobou rozdány mezi respondenty s přihlédnutím na věk a délku hospitalizace. Kritériem pro vlastní průzkumné šetření byl věk respondentů, kdy byli zvoleni pacienti od 18 let, horní hranicí poté bylo 75 let dle vývojové psychologie (Nakonečný, 1997). Dalším kritériem byla délka hospitalizace, kdy do průzkumu byli zařazeni pacienti hospitalizovaní 3 a více dní, z důvodu adaptace na prostředí (Kelnarová, 2009). Po vyplnění byly dotazníky odevzdány do papírové krabice, čímž byla zajištěna anonymita dat.

8.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný soubor tvořilo 67 respondentů hospitalizovaných na standartních jednotkách oddělení interního a chirurgického typu. Celkem tedy bylo rozdáno 67 (100,0 %) dotazníků. Návratnost činilo 65 (97,0 %) dotazníků, z nichž bylo správně vyplněných 60 (89,6 %). Celkem 5 (7,4 %) dotazníků tedy muselo být z průzkumu pro nesprávné vyplnění vyřazeno.

8.4 Technika hodnocení získaných dat

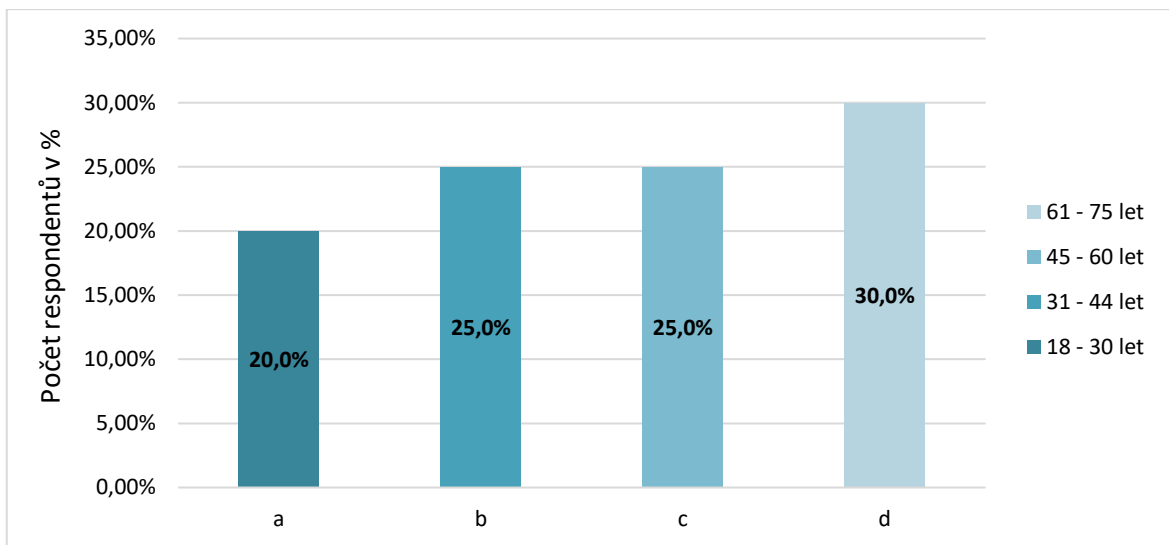
Ke zpracování dat byly použity programy Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Office Excel 2016.

Každá otázka z dotazníku je vyhodnocena samostatně pomocí sloupcového grafu, kde jsou výsledky prezentovány v relativních četnostech. Součástí této oblasti jsou možnosti odpovědí a slovní popis uvedený v absolutních a relativních četnostech.

8.5 Analýza dat

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

- a) 18-30
- b) 31-44
- c) 45-60
- d) 61-75



Obrázek 1-graf věk respondentů

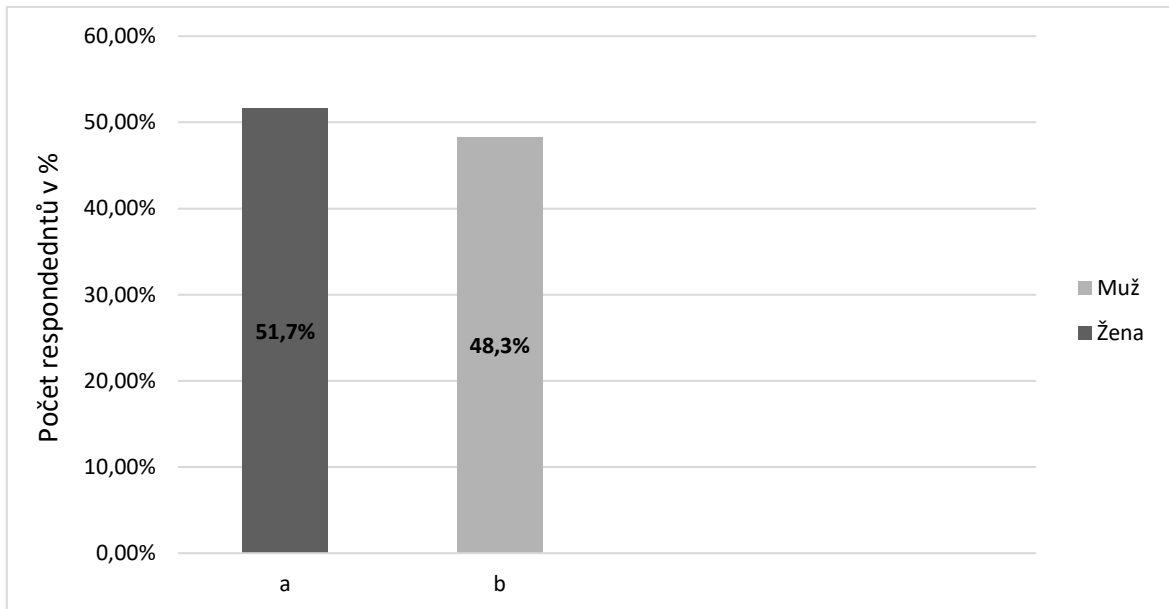
Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 (100,0 %) respondentů, z nichž 12 (20,0 %) respondentů bylo ve věku 18-30 let.

Ve věku 31-44 let bylo 15 (25,0 %) respondentů, a ve věku 40-60 let bylo také 15 (25,0 %) dotazovaných.

Nejvíce, tedy 18 (30,0 %) respondentů bylo ve věku 61-75 let.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

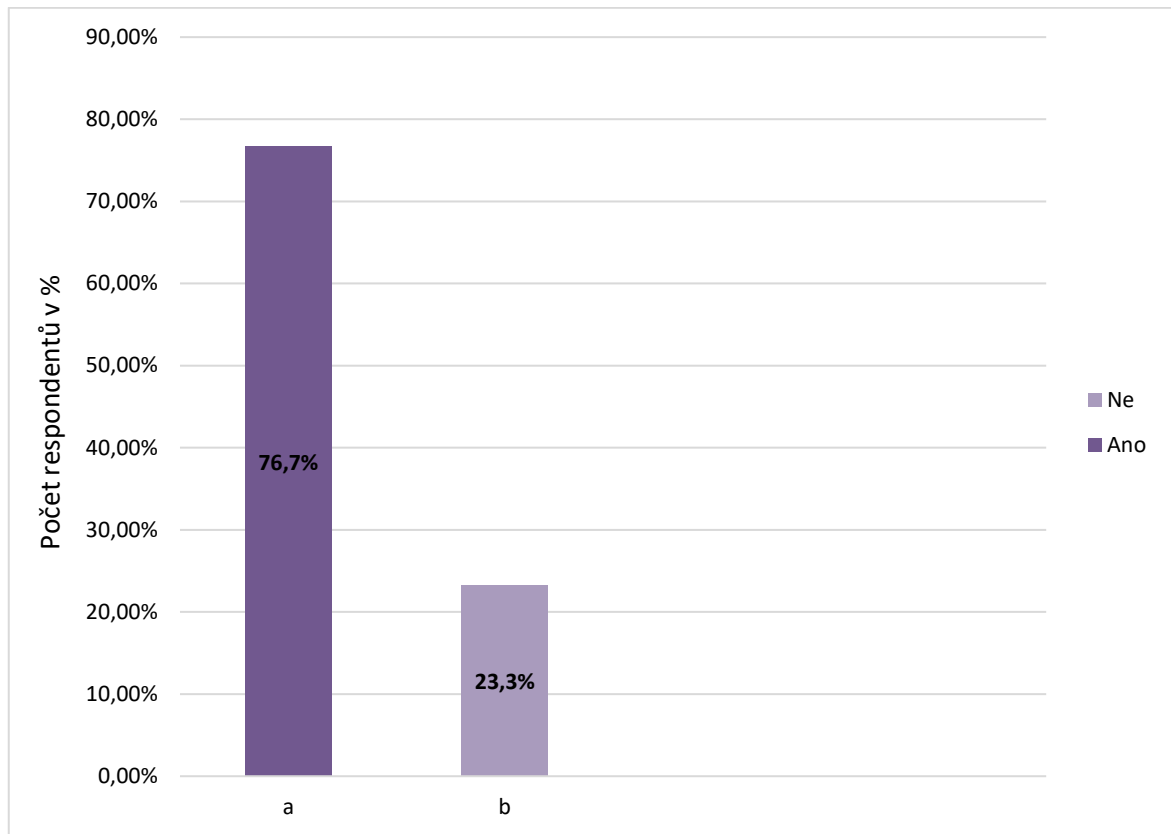


Obrázek 2-graf pohlaví respondentů

Výzkumu se zúčastnilo 60 (100,0 %) respondentů, z toho 31 (51,7 %) žen a 29 (48,3 %) mužů.

Otázka č. 3: Byl/a jste v minulosti hospitalizován/a v nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne

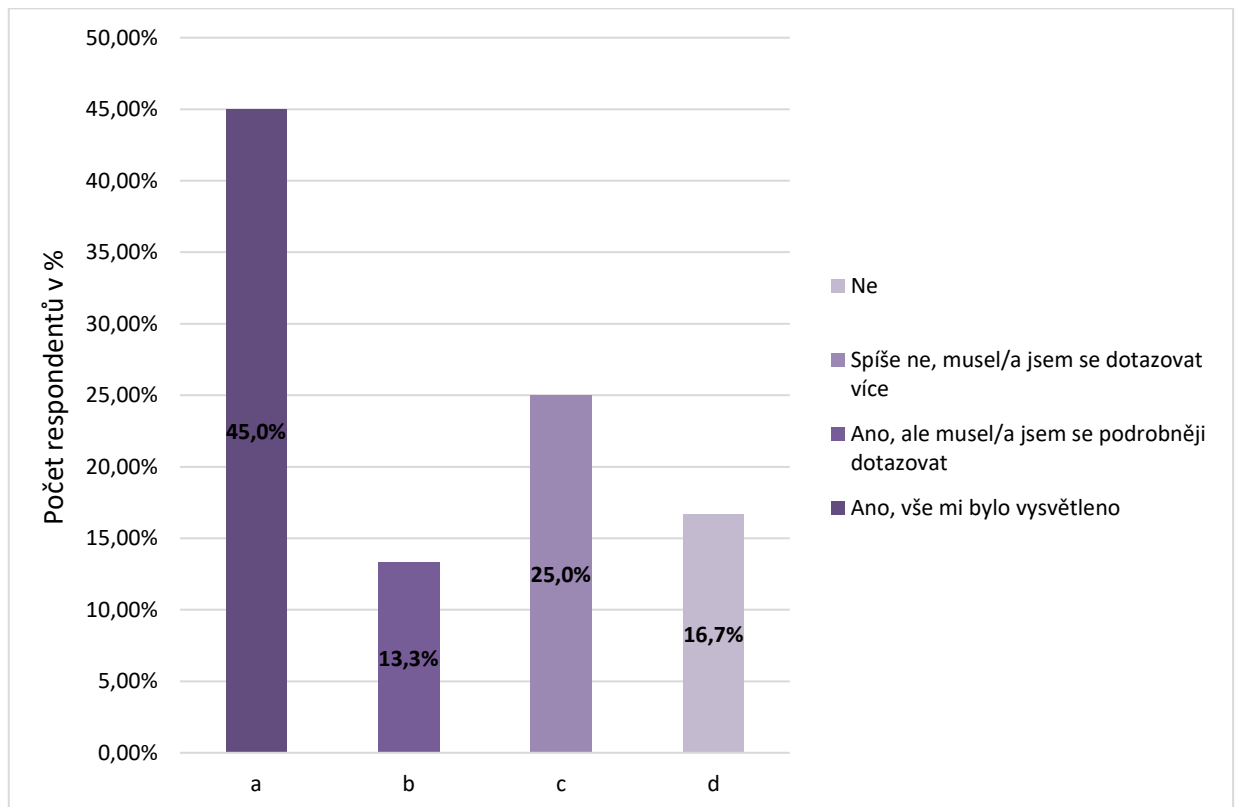


Obrázek 3-graf hospitalizace respondentů v minulosti

Z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů bylo v minulosti hospitalizováno 46 (76,7 %) respondentů, oproti 14 (23,3 %) respondentům, kteří v minulosti hospitalizováni nebyli.

Otázka č. 4: Byl/a jste při příjmu do nemocnice seznámen/a s uspořádáním oddělení a jeho chodem? (Např. v kolik hodin se podává snídaně, oběd, večeře.)

- a) Ano, vše mi bylo vysvětleno
- b) Ano, ale musel/a jsem se podrobněji dotazovat
- c) Spíše ne, musel/a jsem se dotazovat více
- d) Ne



Obrázek 4-graf seznámení respondentů s oddělením

Lze si povšimnout, že 27 (45,0 %) respondentů uvedlo odpověď a.

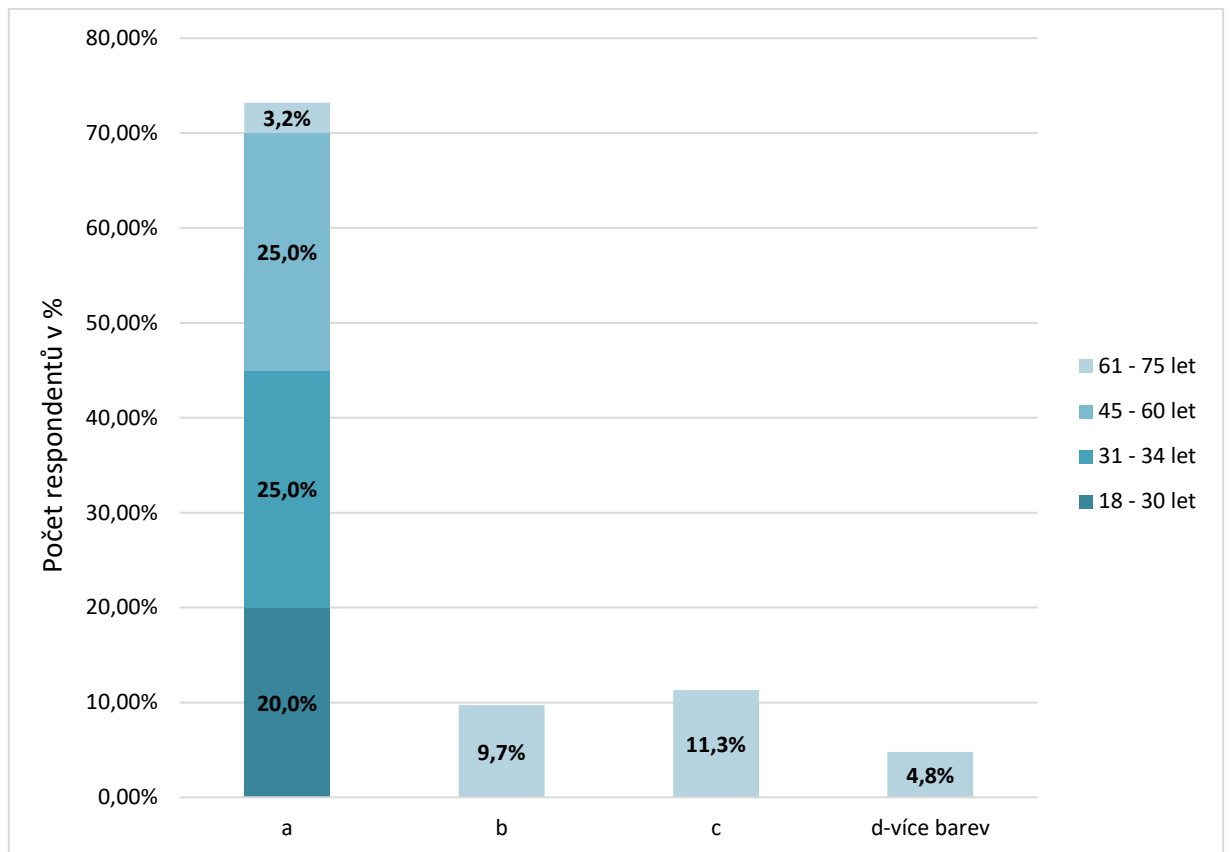
odpověď b uvedlo 8 (13,3 %) respondentů.

Dále možno vidět, že odpověď c zvolilo 15 respondentů (25,0 %) z celkového 60 (100,0 %) respondentů.

Poslední odpovědí, tedy odpovědí d odpovědělo 10 (16,7 %) respondentů.

Otázka č. 5: Je pro Vás přehledné označení jednotlivých místností a pokojů sloužící k orientaci na oddělení?

- a) Ano, orientace je jednoduchá, vše je přehledné
- b) Spíše ano, ale musím se doptávat přítomného zdravotnického personálu
- c) Spíše ne, mohlo by být výraznější
- d) Ne, nevyhovuje mi, necítím se zde orientován/a, uvítal/a bych.....



Obrázek 5-graf orientace respondentů na oddělení

Zde je možno vidět rozložení odpovědí pacientů i z hlediska věkových kategorií.

Odpověď a zaznamenalo 44 (73,2 %) respondentů, z nichž 12 (20,0 %) bylo ve věku 18-30 let, stejným počtem - 15 (25,0 %) respondentů odpovědělo touto možností ve věku 31-44 let a 45-60 let. Respondenti ve věku 61-75 let takto odpověděli ve 2 případech (3,2 %).

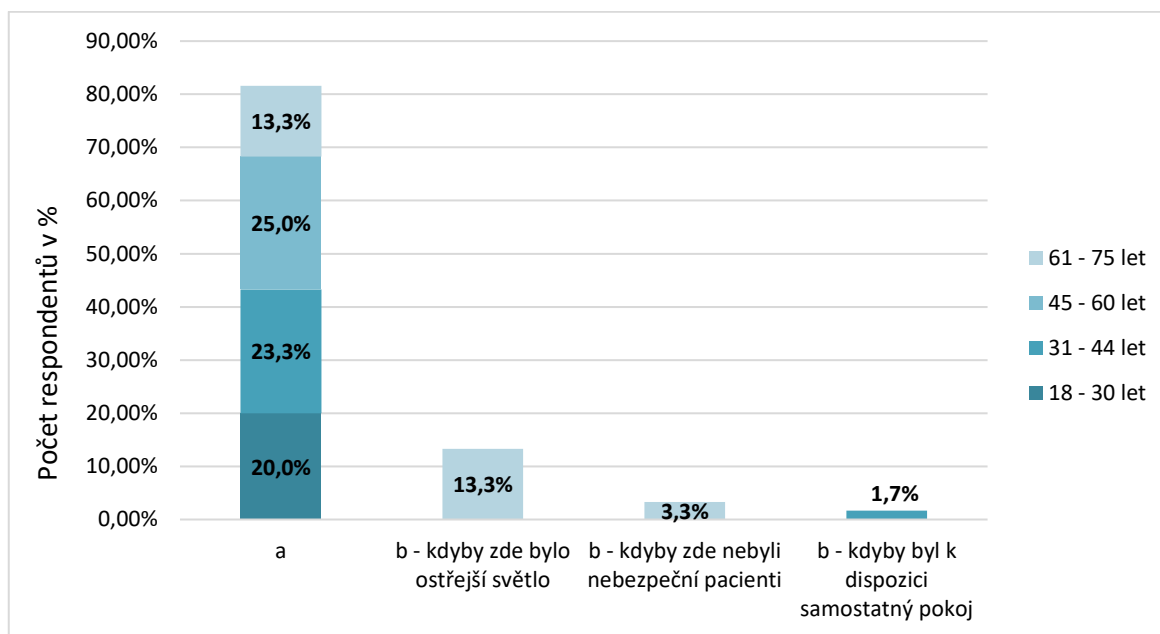
Odpověď b zvolilo 6 (9,7 %) respondentů ve věku 61-75 let.

Odpověď c zvolilo 7 (11,3 %) respondentů ve věku 61-75 let.

Odpověď d, kde byla možnost uvést, co by respondenti uvítali, 3 (4,8 %) respondenti ve věkové kategorii 61-75 let vepsali více barev k lepší orientaci na oddělení.

Otázka č. 6: Cítíte se zde bezpečně (tj. dostatečné osvětlení, možnosti využití kompenzačních pomůcek, využití signalizace)?

- a) Ano, cítím se zde bezpečně
- b) Ne, bylo by pro mě bezpečnější, kdyby.....



Obrázek 6-graf pocitu bezpečí respondentů na oddělení

Zde bylo použito rozložení respondentů, kteří odpověděli na otázky i ve vztahu k věkovým kategoriím.

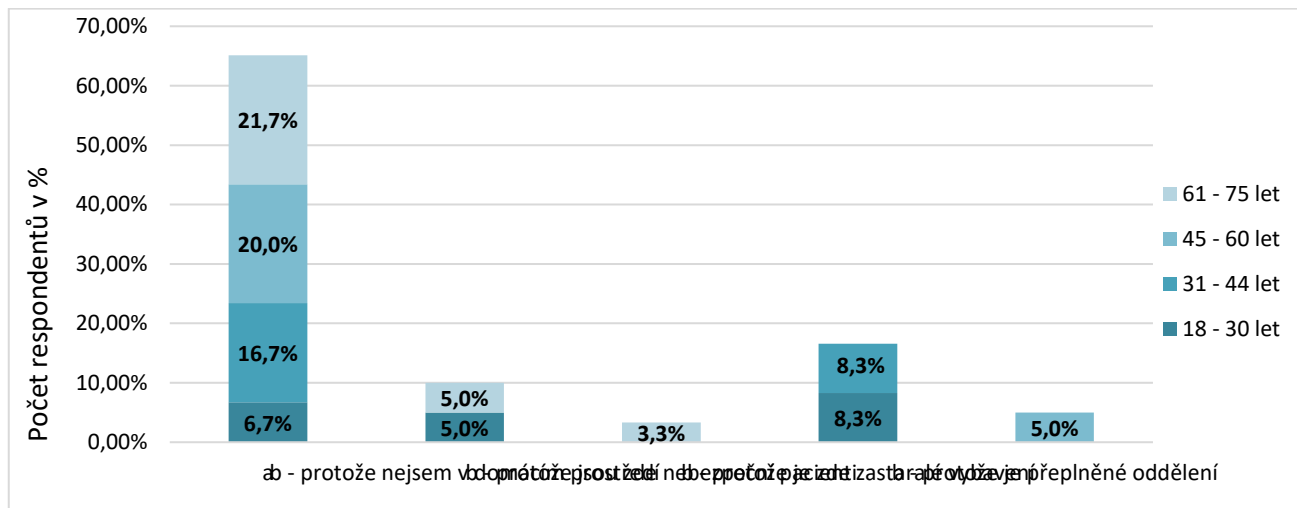
Odpověď a zaznamenalo celkem 49 (81,7 %) respondentů, z čehož 12 (20,0 %) bylo ve věku *18-30 let*, věkovou kategorii *31-44 let* tvořilo 14 (23,3 %) respondentů. Celých 15 (25,0 %) dotázaných takto odpovědělo ve věku *45-60 let* a 8 (13,3 %) respondentů zaznamenalo tuto možnost ve věku *61-75 let*.

Odpověď b byla doplňující, 8 (13,3 %) respondentů ve věku *61-75 let* uvedlo, že by pro ně bylo bezpečnější ostřejší světlo a 2 (3,3 %) respondenti *téže věkové kategorie* uvedli jako důvod nebezpečné pacienty na oddělení.

Pouze 1 (1,7 %) respondent ve věku *31-44 let* uvedl, že jeho bezpečí by zvýšila možnost samostatného pokoje.

Otázka č. 7: Působí na Vás celkově prostředí tohoto oddělení příjemně?

- a) Ano, cítím se zde příjemně
 b) Ne, cítím se zde nepříjemně, protože.....



Obrázek 7-graf celkového působení prostředí na respondentů

Odovědi respondentů na tuto otázku jsou zde vyobrazeny i dle věkových kategorií.

Možnost a zvolilo celkem 39 (65,1 %) respondentů z nichž 4 (6,7 %) respondenti byli ve věkové kategorii *18-30 let*, dále 10 (16,7 %) respondentů takto odpovědělo ve věku *31-44 let*. Věková kategorie *45-60 let* měla zastoupení ve 12 (20 %) dotázaných a zbylých 13 (21,7 %) respondentů tvořila věková kategorie *61-75 let*.

Odověď b obsahovala prostor na zdůvodnění.

Celých 6 (10,0 %) respondentů uvedlo, jako důvod pobyt mimo domácí prostředí, který byl nejvíce zastoupeným problémem. V tomto případě věková kategorie *18-30 let* tvořila 3 (5,0 %) respondenty, stejně jako věková kategorie *61-75 let*.

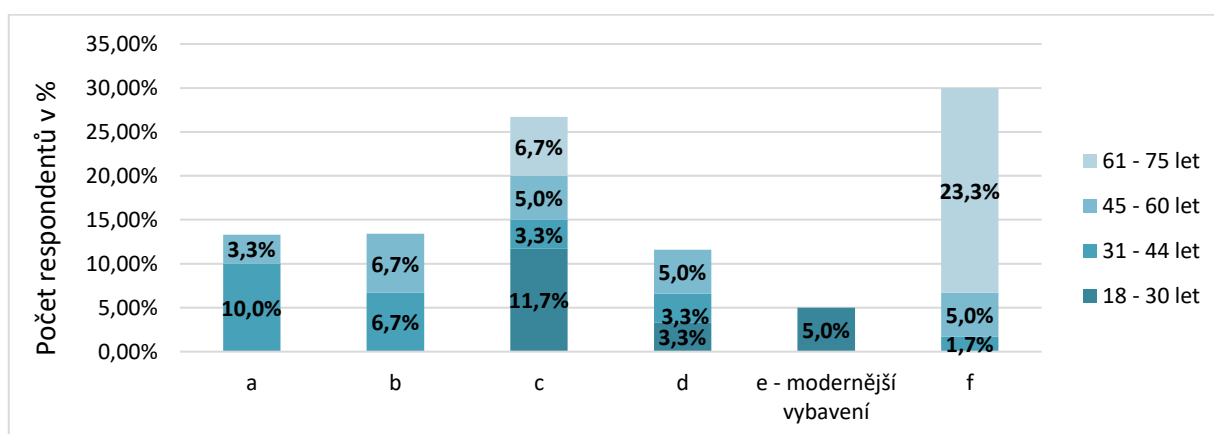
Důvod nebezpečných pacientů na oddělení uvedli 2 (3,3 %) respondenti ve věku *61-75 let*.

Odůvodnění zastaralého vybavení bylo zastoupeno celkem od 10 (16,6 %) respondentů, které uvedla ve 5 (8,3 %) případech věková kategorie *18-30 let* a stejným dílem, tedy 5 (8,3 %) věková kategorie *31-44 let*.

Posledním odůvodněním bylo přeplněné oddělení, které zvolili 3 (5,0 %) respondenti, a to ve věku *45-60 let*.

Otázka č. 8: Jakou estetickou změnu byste zde uvítal/a?

- a) Umělohmotné květiny
- b) Závěsy místo rolet
- c) Obrazy
- d) Barevné povlečení
- e) Jiné.....
- f) Nezáleží mi na tom



Obrázek 8-graf možností zlepšení estetiky z pohledu respondentů s ohledem na věk

Zde je možno vidět rozložení odpovědí pacientů dle věkových kategorií.

Odpověď a celkově zvolilo 8 (13,3 %) respondentů, v 6 (10,0 %) případech šlo o respondenty ve věku 31-44 let a zbylí 2 (3,3 %) respondenti takto odpověděli ve věku 45-60 let.

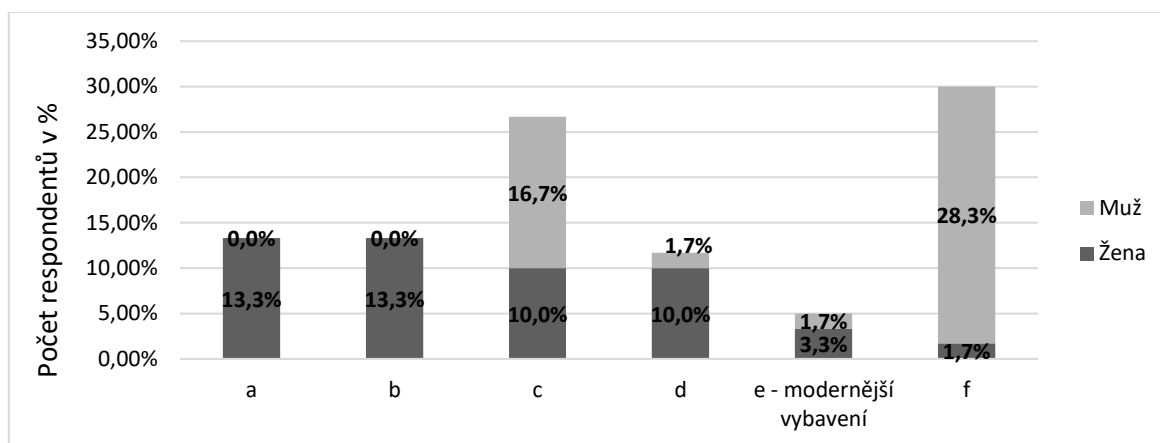
Odpověď b uvedlo celkem 8 (13,4 %) respondentů. Ve věku 31-44 let 4 (6,7 %) respondenti a ve věku 45-60 let stejný počet, tedy 4 (6,7 %) respondenti.

Největší zastoupení u odpovědi C měli respondenti ve věkové kategorii 18-30 let, kterých bylo 7 (11,7 %). Věková kategorie 31-44 let zde měla zastoupení ve 2 (3,3 %) případech a věková kategorie 45-60 let u 3 (5,0 %) respondentů. Ve věku 61-75 let byli u této odpovědi 4 (6,7 %) respondenti. Celkový součet respondentů, kteří zvolili odpověď c tedy dohromady činilo počet 16 (26,7 %) respondentů.

Barevné povlečení neboli odpověď d zvolilo 7 (11,6 %) respondentů, u které stejnou četnost, tedy 2 (3,3 %) tvořily věkové kategorie 18-30 let a 31-44 let. V zastoupení 3 (5 %) respondentů byl věk 45-60 let.

Odpoř' e, kam respondenti vepsali možnost modernějš'ho vybavení zastupovala pouze věková kategorie *18-30 let* 3 (5,0 %) respondenty.

Odpoř' f zaškrtnlo celkem 18 (30,0 %) respondentů. Nejvíce byla zastoupena u věkové kategorie *61-75 let* ve 14 (23,3 %) případech. U věkové kategorie *31-44 let* v pouze 1 (1,7 %) respondentem. Respondenti, kteří takto zvolili ve věku *45-60 let* byli 3 (5,0 %).



Obrázek 9-graf možností zlepšení estetiky z pohledu respondentů s ohledem na pohlaví

Zde je možno vidět rozložení odpovědí pacientů s ohledem na pohlaví.

Odpoř' a, tedy umělohmotné květiny zvolily pouze řeny s četností 8 (13,3 %) respondentek.

Odpoř' b neboli volbou závěsů odpověděly také pouze řeny, s četností 8 (13,3 %) respondentek.

Odpoř' c-volba obrazů byla více zastoupena muži, počtem 10 (16,7 %) respondentů. Řeny takto uvedly v 6 (10,0 %) případech. Celkový počet činil 16 (26,7 %) respondentů, kteří takto zvolili.

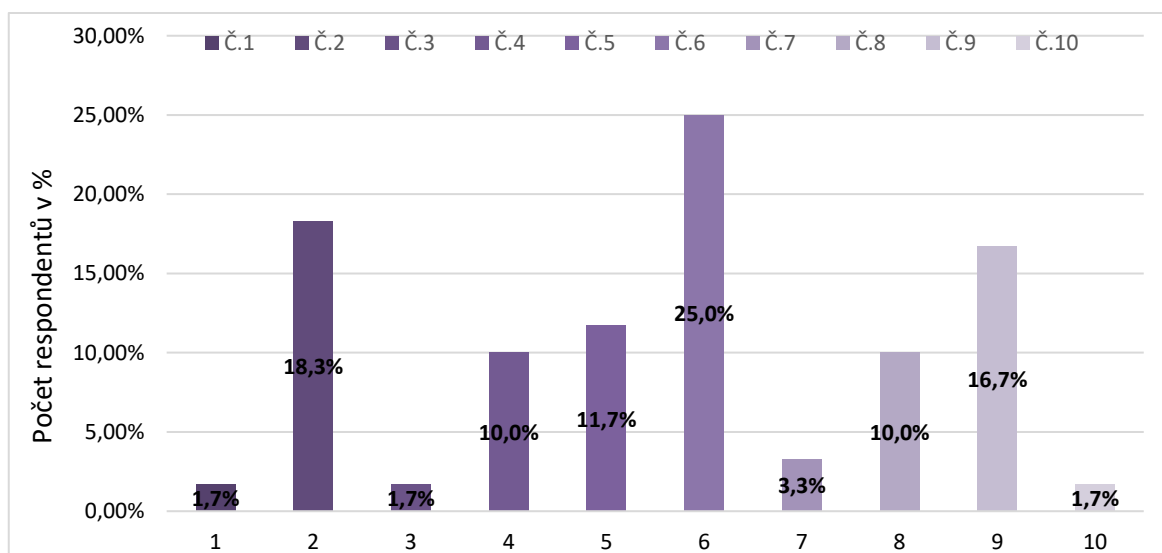
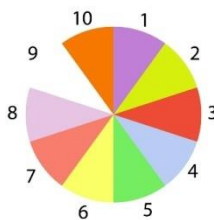
Odpoř' d-volbou barevného povlečení odpověděl pouze 1 (1,7 %) muž. Tuto možnost by uvítaly více řeny, a to s četností 6 (10,0 %) respondentů. Celkově takto odpovědělo 7 (11,7 %) respondentů.

V odpoř' e byla možnost pro vepsání. Všichni respondenti, kteří zvolili tuto odpověď, tedy 3 (5,0 %) vepsali možnost modernějš'ho vybavení. Řeny byly zastoupeny 2 (3,3 %) respondentkami a muži 1 (1,7 %) respondentem.

Odpoř' f zvolilo nejvíce respondentů, tedy 18 (30,0 %) z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů. Muži byli zastoupeni 17 (28,3 %) respondenty a řeny pouze 1 (1,7 %) respondentkou. Těmto respondentům na estetičnosti nezáleželo.

Otázka č.9: Jaké číslo barvy ze vzorníku byste uvítal/a na zdech tohoto oddělení v uvedených oblastech?

- a) Chodba....
- b) Sociální zařízení....
- c) Pokoj.....



Obrázek 10-graf volby barev na zdech chodby dle respondentů

Pouze 1 (1,7 %) respondent by na zdech chodby zvolil barvu č. 1 - fialovou, stejně tak 1 (1,7 %) respondent barvu č. 3 - červenou a 1 (1,7 %) dotazovaný barvu č. 10 - oranžovou.

Dále 11 (18,3 %) respondentů by zvolilo barvu č. 2 - tmavě žlutou.

Světle modrou barvu, tedy barvu č. 4 by zvolilo 6 (10,0 %) respondentů.

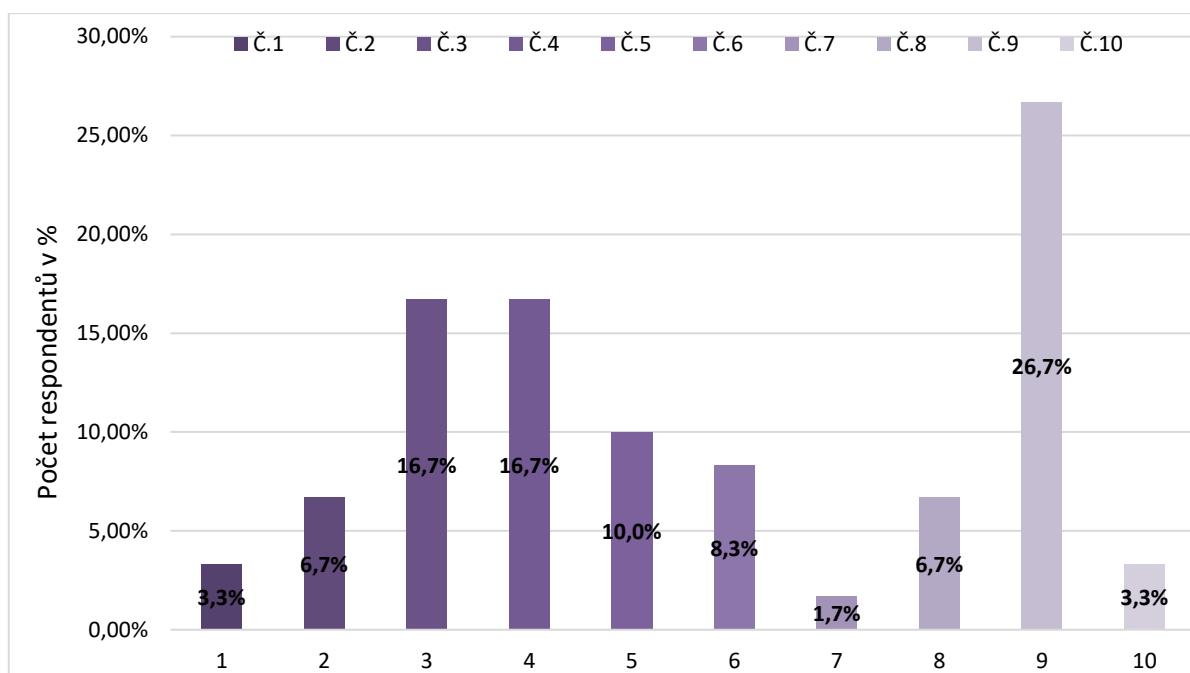
Zastoupení 7 respondentů neboli 11,7 % celkového počtu respondentů je zde u barvy č. 5, zelené.

Lze si povšimnout, že největší počet, tedy 15 (25,0 %) respondentů z celkového počtu 60 (100,0 %) zaškrtnlo barvu č. 6 - světle žlutou.

Barva č. 7 - růžová byla zaškrtnuta u 2 (3,3 %) respondentů.

Dále je možno vidět, že 6 (10,0 %) respondentů zaškrtnlo barvu č. 8 - světle fialovou.

Barvu bílou neboli barvu č. 9 by uvítalo 10 (16,7 %) respondentů.



Obrázek 11-graf volby barev na zdech sociálního zařízení dle respondentů

Dalším bodem v otázce č.11 byl výběr barvy na zdi sociálního zařízení.

Lze vidět, že bílá barva neboli barva č. 9 zde byla nejčastější odpovědí, tedy u 16 (26,7 %) respondentů, naopak nejméně často uvedená barva byla barva č. 7 - růžová, kterou zvolil pouze 1 (1,7 %) respondent.

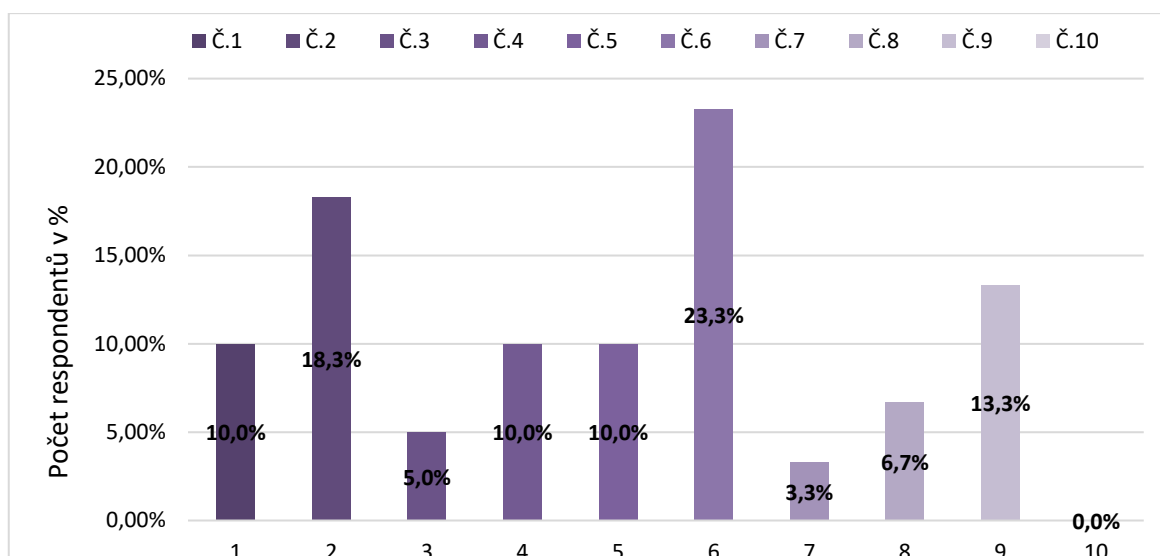
Stejným počtem odpovědí shodně odpověděli respondenti u barvy č. 2 - svítivě žluté a barvy č. 8 - světle fialové, počet činil u každé z barev zvlášť 4 (7 %) respondenty.

Další shodou byl stejný počet zaškrtnutých barev č. 3 - červené a č. 4 - světle modré, kdy takto uvedlo u každé barvy zvlášť 10 (16,7 %) respondentů.

Světle zelená barva neboli barva č. 5 byla uvedena v 6 případech, tj. u 10,0 % respondentů.

Barva č. 6 - světle žlutá byla zvolena u 5 (8,3 %) respondentů.

Možno vidět, že barva č.1 a barva č.10 byly zaškrtnuty stejným počtem dotázaných, tedy každá 2 (3,3 %) respondenty.



Obrázek 12-graf volby barev na zdech pokoje dle respondentů

Posledním bodem otázky zabývající se barvou nemocničního prostředí byla barva v oblasti pokoje.

Je patrné, že největší počet respondentů - 14 (23,3 %), z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů, zvolil barvu č. 6 - světle žlutou, naopak nejméně častou odpovědí byla barva č. 7 - růžová, kterou zvolili pouze 2 respondenti (3,3 %).

Druhou nejčastější odpovědí byla barva č. 2 - světle žlutá, kterou zaškrtnulo 11 (18,3 %) respondentů.

Shodný počet odpovědí byl u barev č. 1 - fialové, č.4 - světle modré a č. 5 - zelené, takto odpovědělo u každé ze zmíněných barev 6 (10,0 %) dotázaných.

Barva č. 3 - červená měla své zastoupení u 3 (5,0 %) dotazovaných, barva č. 8 - světle fialová byla zaškrtnuta 4 respondenty (6,7 %).

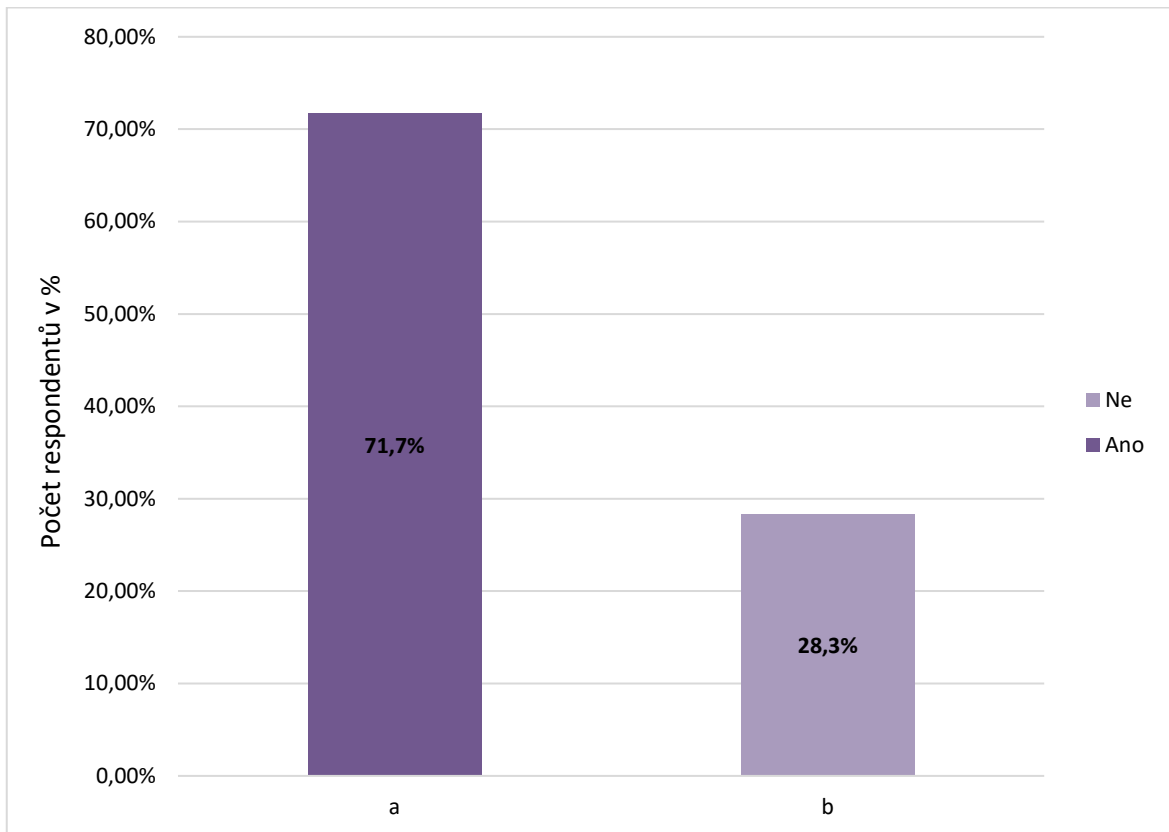
Barva č. 9 - bílá, která byla nejčastější odpovědí u barev v oblasti sociálního zařízení, zde byla uvedena pouze 8 (13,3 %) respondenty.

Barvu č. 10 - oranžovou nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 10: Je zde na oddělení k dispozici informační nástěnka nebo letáky o problematice vašeho onemocnění?

a) Ano

b) Ne



Obrázek 13-graf přítomnosti informačního materiálu o onemocnění na oddělení

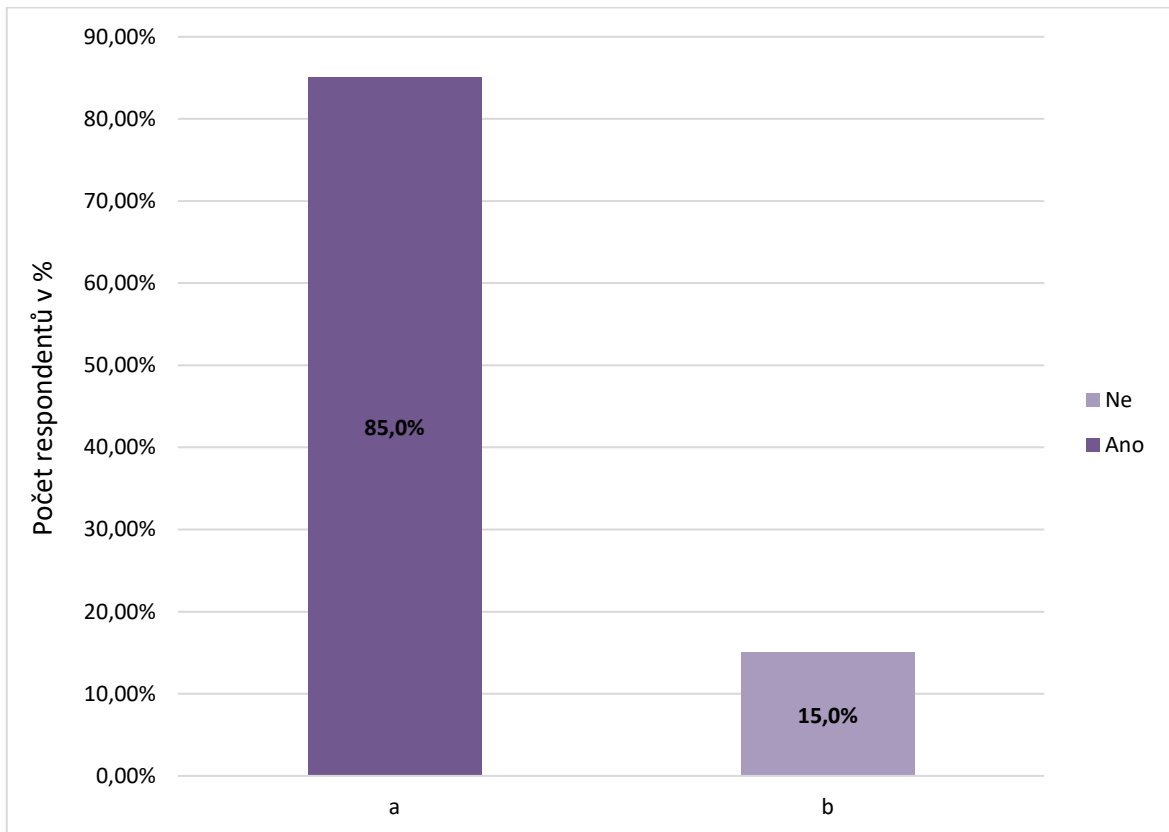
Počet 43 respondentů, tedy 71,7 % z celkového počtu 60 (100 %) dotazovaných uvedlo, že na oddělení jsou k dispozici informační nástěnky nebo letáky o problematice jejich onemocnění.

Oproti nim odpovědělo 17 dotazovaných (28,3 %) negativně.

Otázka č. 11: Je zde na oddělení k dispozici nástěnka se jmény zdravotnického nelékařského a zdravotnického lékařského personálu, který Vás má na starosti?

a) Ano

b) Ne



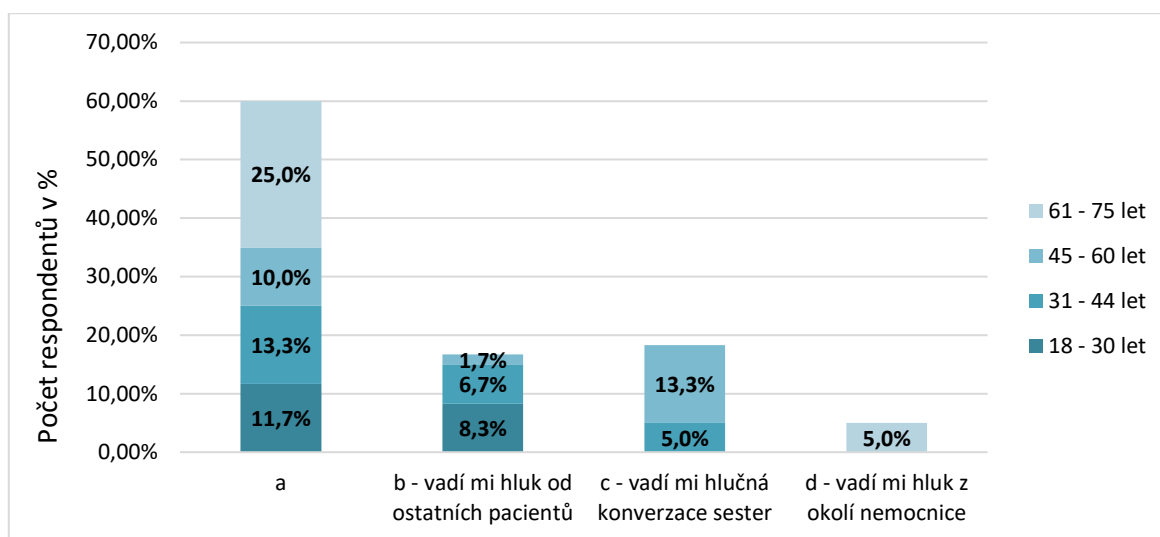
Obrázek 14-graf přítomnosti nástěnky se jmény zdravotnického personálu

Odpověď a označilo 51 (85,0 %) respondentů z celkového počtu 60 (100 %).

Negativní odpověď, tedy odpověď b označilo 9 (15,0 %) všech dotazovaných.

Otázka č.12: Máte zde uspokojenou potřebu ticha vztahující se k léčbě?

- a) Ano
- b) Ne, vadí mi hluk od ostatních pacientů
- c) Ne, vadí mi hlučná konverzace sester
- d) Ne, vadí mi.....



Obrázek 15-graf spokojenosti respondentů s potřebou ticha

Zde je zobrazeno rozložení respondentů dle věkových kategorií.

Odpověď a, kterou představovala uspokojená potřeba ticha vztahující se k léčbě odpovědělo celkem 36 (60,0 %) respondentů. Respondenti měli zástupce ve všech věkových kategoriích. 7 (11,7 %) respondentů bylo ve věku *18-30 let*, ve věkové kategorii *31-44 let* takto zvolilo 8 (13,3 %). Věková kategorie *45-60 let* byla zastoupena 6 (10,0 %) respondenty a věková kategorie *61-75 let* zahrnovala 15 (25,0 %) respondentů.

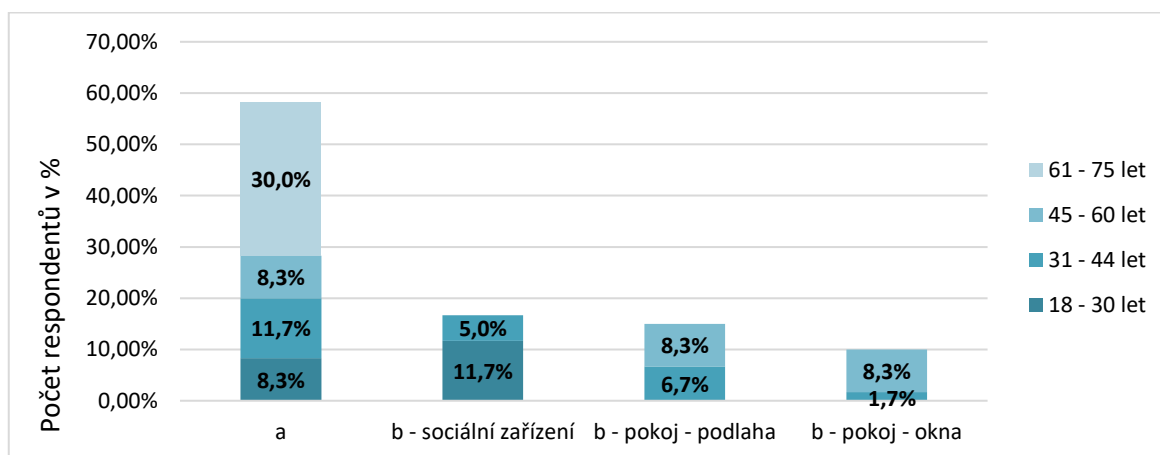
Problematika hluku od ostatních pacientů, tedy odpověď b byla zastoupena u 10 (16,7 %) všech dotazovaných. Největší skupinu věkové kategorie zde tvořila kategorie *18-30 let*, která představovala 5 (8,3 %) respondentů. Věková kategorie *31-44 let* byla zastoupena 4 (6,7 %) respondenty a věk *45-60 let* pouze 1 (1,7 %) respondentem.

Odpověď c odpovědělo 11 (18,3 %) respondentů, z nichž ve 3 (5,0 %) případech šlo o věkovou kategorii *31-44 let* a ve zbylých 8 (13,3 %) případech o kategorii *61-75 let*.

Odpověď d nabízela prostor pro vepsání problematiky, kde 3 (5,0 %) respondenti zmínili hluk v okolí nemocnice, tuto odpověď uvedli pouze respondenti věkové kategorie *60-75 let*.

Otázka č. 13: Jste spokojen/a s celkovou čistotou prostředí tohoto oddělení, cítíte se zde v tomto ohledu komfortně?

- a) Ano
b) Ne, konkrétně v oblasti (části).....



Obrázek 16-graf spokojenosti s čistotou dle respondentů

Zde lze vidět rozložení respondentů z hlediska věkových kategorií.

Odpověď a byla označena u 35 (58,3 %) dotazovaných jako uspokojena. U věkové kategorie *18-30 let* byla tato odpověď zastoupena 5 (8,3 %) respondenty. Ve věkové kategorii *31-44 let* bylo spokojeno s čistotou 7 (11,7 %) respondentů. Věková kategorie *45-60 let* takto zaznamenala počtem 5 (8,3 %) respondenty. Kladně také odpověděla věková kategorie *61-75 let*, kde byli uspokojeni všichni respondenti zastupující tuto věkovou kategorii, tedy 18 (30,0 %) respondentů.

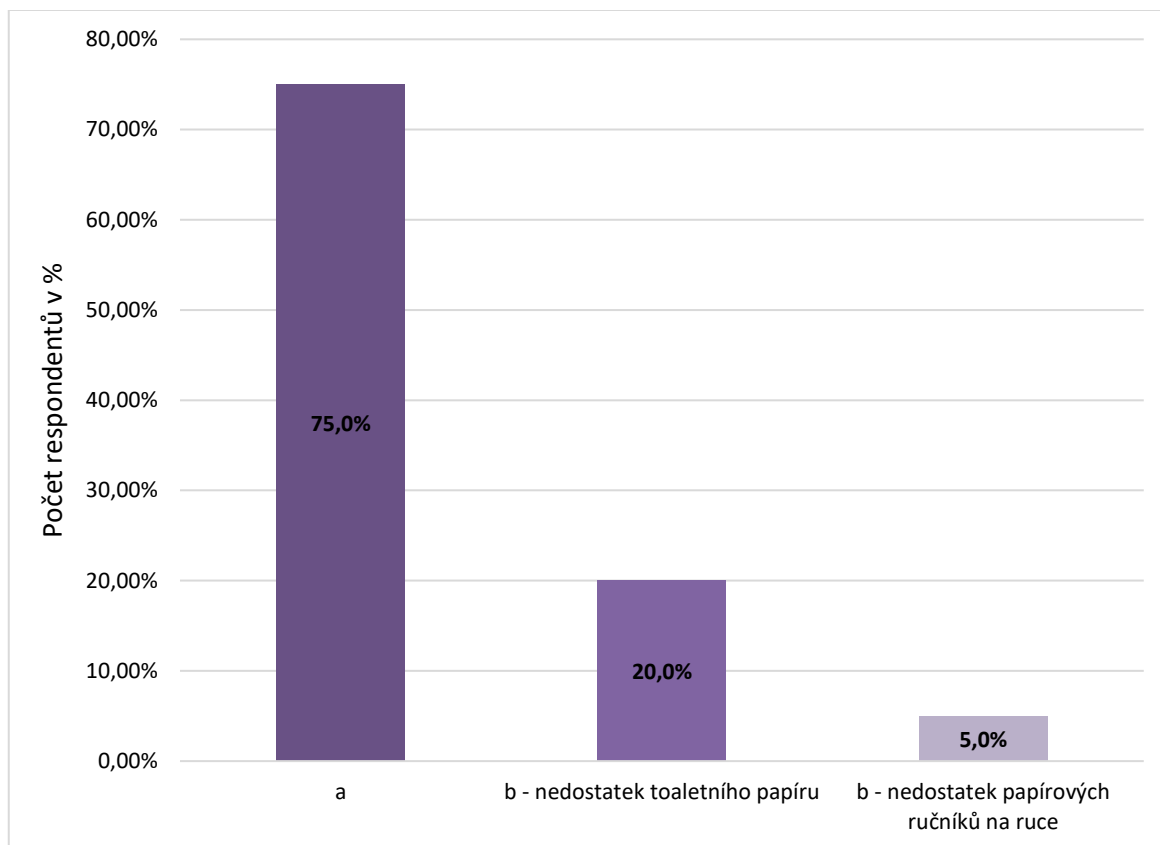
Možnost b vybízela k uvedení problematiky v této oblasti. 10 (16,7 %) dotazovaných uvedlo deficit čistoty v oblasti sociálního zařízení, 7 (11,7 %) těchto respondentů představovalo věkovou kategorii *18-30 let*, zbývající 3 (5,0 %) respondenti zahrnovali věkovou kategorii *31-44 let*.

Dalším problémem, jež uváděli 9 (15,0 %) dotazovaných byla nečistota podlahy v pokoji. Tuto možnost vepsali 4 (6,7 %) respondenti ve věku *31-44 let* a 5 (8,3 %) respondentů ve věku *45-60 let*.

V oblasti pokoje byl shledán dále problém s čistotou oken, jež uvedlo celkem 6 (10,0 %) respondentů. Ve věku *31-44 let* takto označil (1,7 %) respondent a věkovou kategorii *45-60 let* zastupovalo 5 (8,3 %) respondentů.

Otázka č.14: Je udržováno prostředí koupelny s WC v čistotě a jsou doplňovány pravidelně hygienické pomůcky? (tj. mýdlo, toaletní papír, papírové utěrky na ruce)

- a) Ano
- b) Ne, mám připomínky v oblasti.....



Obrázek 17-graf spokojenosti s čistotou sociálního zařízení dle respondentů

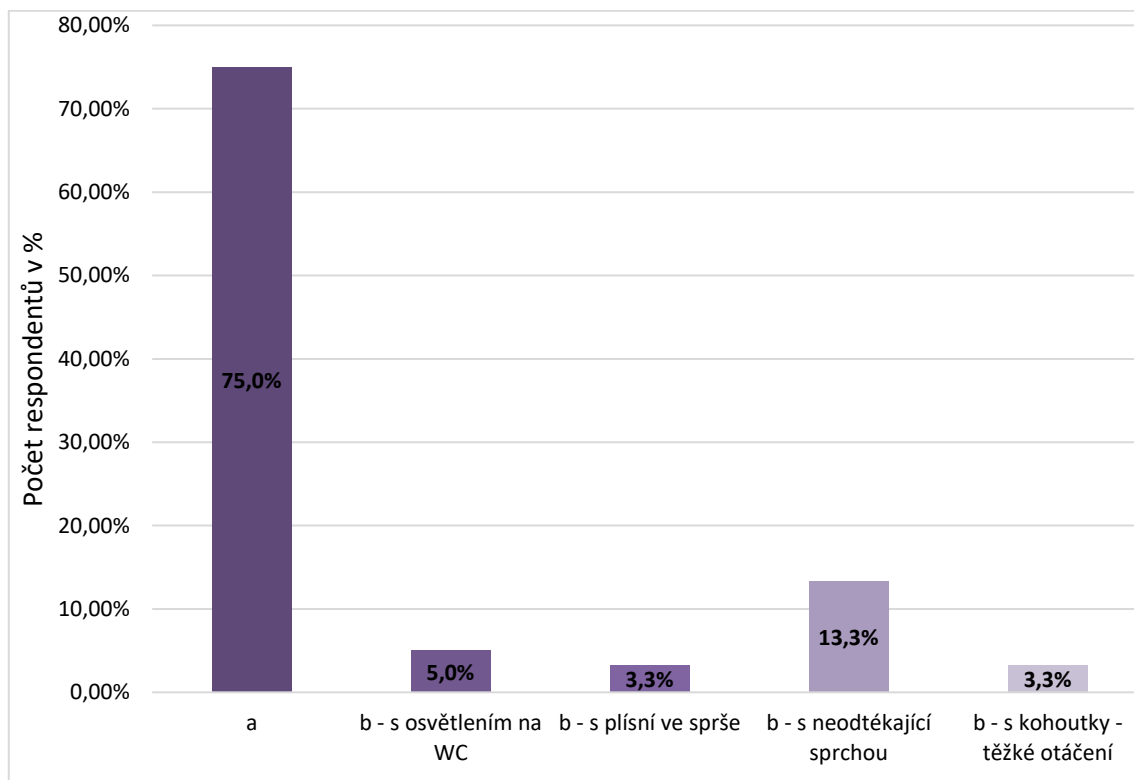
Kladně, tedy odpověď a uvedlo 45 (75,0 %) dotazovaných.

Záporně, tedy odpověď b, kde byl prostor pro vepsání problematiky odpovědělo 12 (20,0 %) respondentů nespokojenost s nedostatkem toaletního papíru.

Druhým problémem se ukázal být nedostatek papírových ručníků na ruce, takto odpověděli 3 (5,0 %) dotazovaní.

Otázka č. 15: Je zde rozvod vody, sprcha, toalety a rozvod elektřiny plně funkční?

- a) Ano, vše je funkční
- b) Ne, je zde problém s.....



Obrázek 18-graf funkčnosti zařízení na oddělení dle respondentů

Pozitivně, tedy funkčností všech zmíněných zařízení odpovědělo 45 (75,0 %) všech dotazovaných z celkového počtu 60 (100 %) respondentů.

Odpověď b vybízela dotazované ke konkrétní odpovědi.

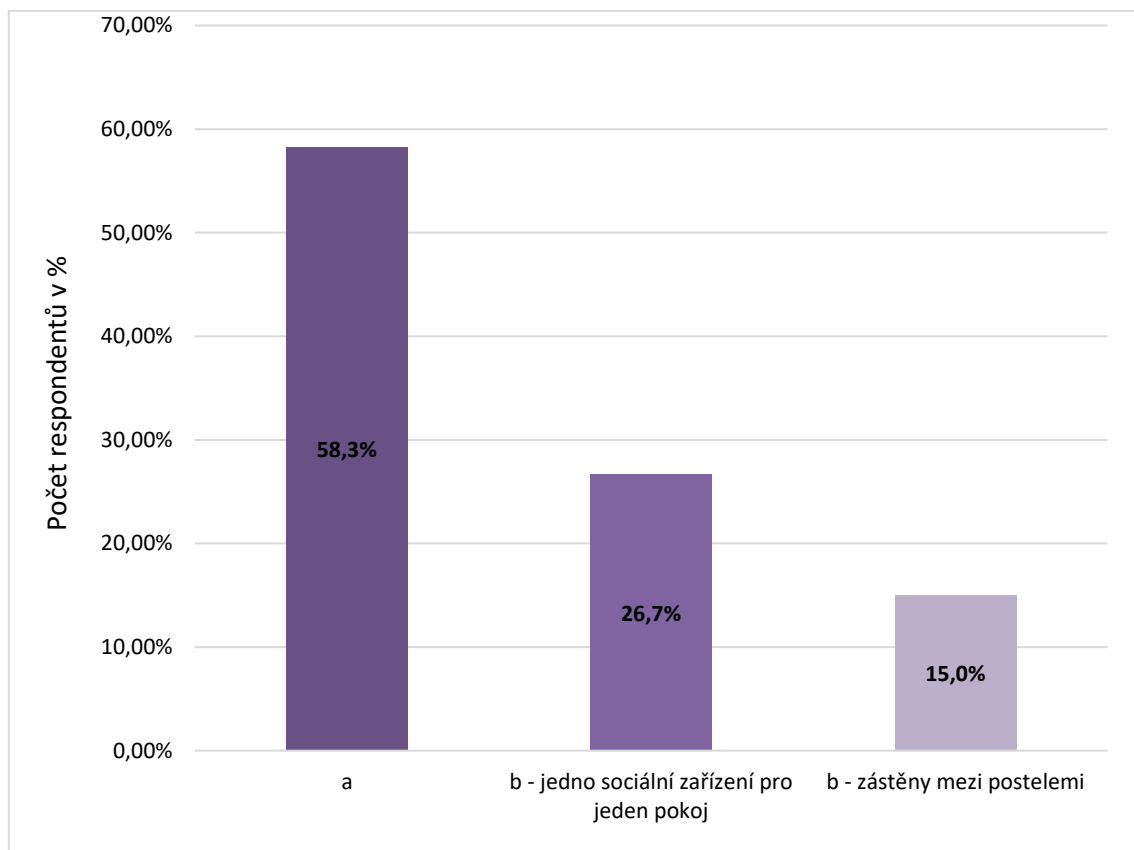
První problematikou bylo nefunkční osvětlení na WC, jež uvedli 3 (5,0 %) respondenti.

Druhým aspektem se ukázala být vyskytující se plíseň ve sprše, takto uvedli 2 (3,3 %) respondenti.

Neodtékající sprchu uvedlo 8 (13,3 %) respondentů a poslední problematikou bylo těžké otáčení s kohoutky od rozvodu vody, což uvedli 2 (3,4 %) dotazovaní.

Otázka č. 16: Cítíte pocit dostatečné intimity při hygieně a vyprazdňování?

- a) Ano
- b) Ne, cítil/a bych se lépe, kdyby.....



Obrázek 19-graf úrovně uspokojení dostatečné intimity respondentů

Uspokojenou potřebu intimity, tedy odpověď a zvolilo 35 (58,3 %) všech dotazovaných.

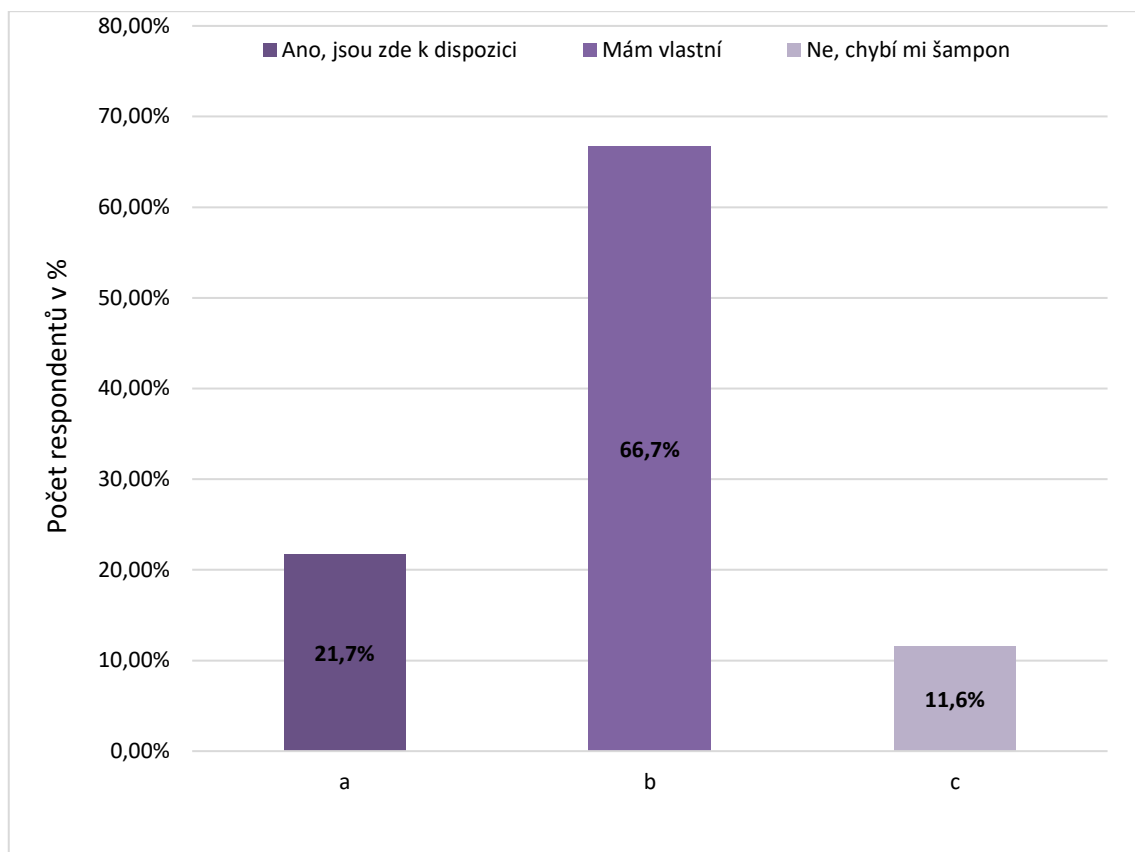
Odpověď b zde měla prostor pro vyjádření, jak by respondenti zvýšili pocit soukromí v této oblasti.

Jedno sociální zařízení pro jeden pokoj uvedlo 16 (26,7 %) respondentů.

Jako další aspekt, jak by se cítili lépe uvedli přítomnost zástěn mezi jednotlivými lůžky, takto uvedlo 9 (15,0 %) respondentů.

Otázka č. 17: Máte zde při hygieně k dispozici hygienické potřeby (mýdlo, šampon, ručník), popř. co Vám chybí?

- a) Ano, jsou zde k dispozici
- b) Mám vlastní
- c) Ne, chybí mi.....



Obrázek 20-graf přítomnosti hygienických pomůcek na oddělení dle respondentů

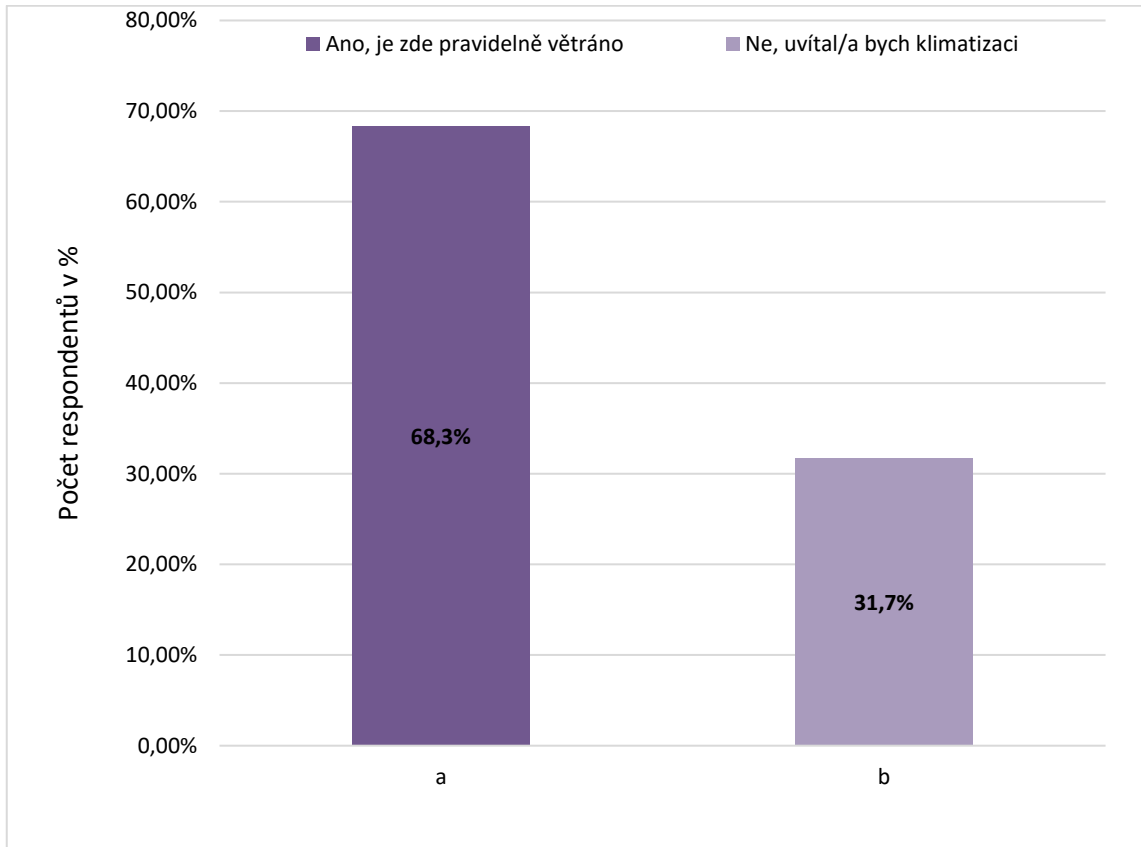
Odpoověď a uvedlo 13 (21,7 %) všech dotazovaných.

Největší zastoupení měla odpoověď b, kde 40 (66,7 %) respondentů označilo, že mají vlastní hygienické pomůcky.

Odpoověď c vybízela k uvedení chybějící hygienické pomůcky, lze si povšimnout, že (11,6 %) respondentům chyběl šampon.

Otázka č. 18: Vyhovuje Vám kvalita vzduchu na oddělení popř., co byste uvítal/a?

- a) Ano, je zde pravidelně větráno
- b) Ne, uvítal/a bych.....



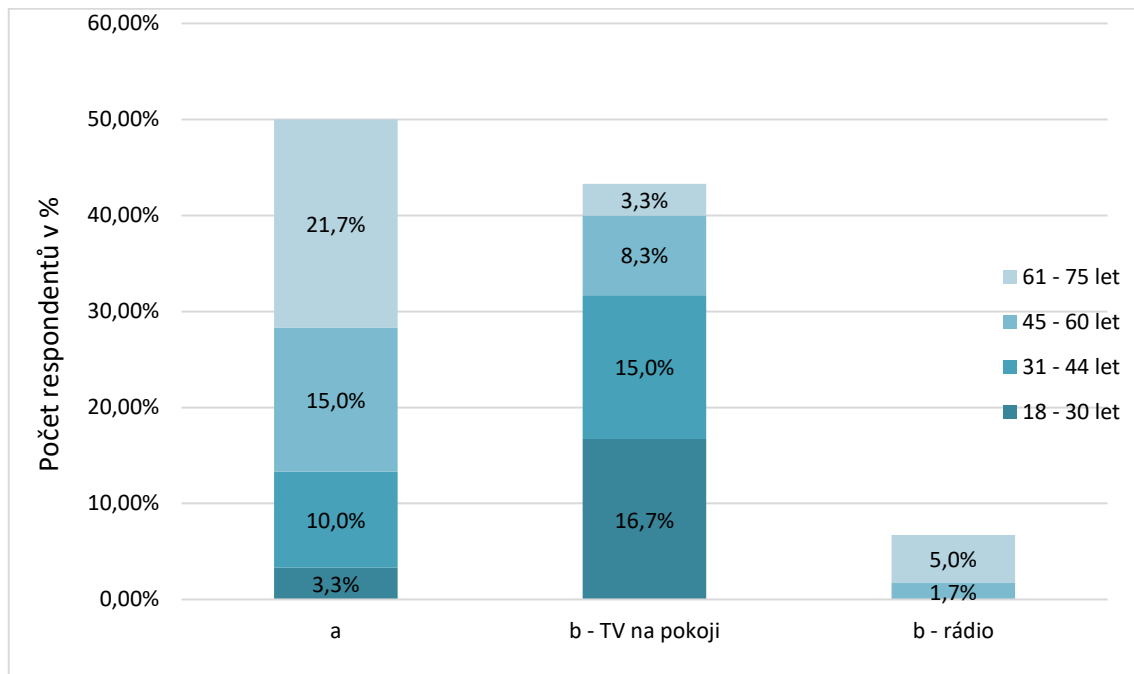
Obrázek 21-graf spokojenosti respondentů s kvalitou vzduchu na oddělení

Vyhovující kvalitu vzduchu neboli odpověď a označilo 41 (68,3 %) všech dotazovaných z celkového počtu 60 (100 %).

Odpoověď b, kde byla možnost pro vepsání, co by respondenti uvítali - 19 (31,7 %) všech dotazovaných by uvítalo na oddělení klimatizaci.

Otázka č. 19: Je na tomto oddělení dostatečná dostupnost médií (např. televize, noviny, wifi, rádio)?

- a) Ano, v tomto ohledu mi zde nic nechybí
 b) Ne, uvítal/a bych.....



Obrázek 22-graf spokojenosti respondentů s dostatečnou dostupností médií s ohledem na věk

Spokojenost s dostatečnou dostupností, tedy odpověď a označilo 30 (50,0 %) dotazovaných z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů.

Zastoupena ve věkové kategorii *18-30 let* byla pouze 2 (3,3 %) respondenty. Věková kategorie *31-44 let* byla zastoupena 6 (10,0 %) respondenty. 9 (15,0 %) respondentů takto odpovědělo ve věku *45-60 let* a zbylých 13 (21,7 %) respondentů ve věku *61-75 let*.

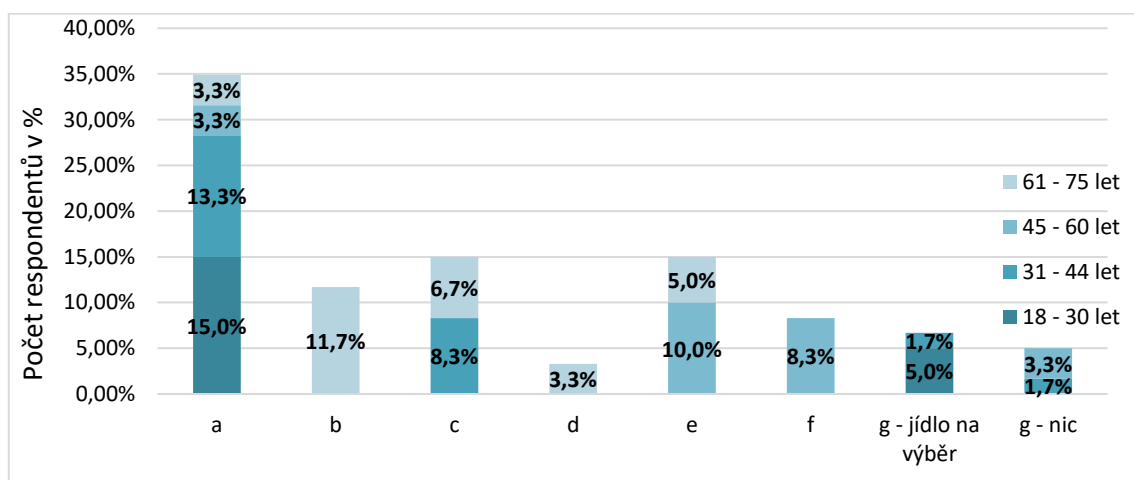
V odpovědi b byl prostor pro vepsání médií, které by respondenti uvítali.

TV na pokoji uvedlo celkem 26 (43,3 %) respondentů. Zastoupeny zde byly všechny věkové kategorie, 10 (16,7 %) respondentů takto uvedlo ve věku *18-30 let*, 9 (15,0 %) respondentů ve věku *31-44 let*. Věková kategorie *45-60 let* byla zastoupena pouze 5 (8,3 %) respondenty a kategorie *61-75 let* 2 (3,3 %) respondenty.

Rádio k dispozici by uvítali pouze dvě věkové skupiny a těmi jsou kategorie *45-60 let*, kterou zastupoval 1 (1,7 %) respondent a kategorie *61-75 let*, kde takto uvedli 3 (5,0 %) respondenti.

Otázka č. 20: Jakou službu v oblasti komfortu byste zde uvítal/a?

- a) Možnost uvařit si kávu
- b) Možnost donášky menšího nákupu
- c) Možnost četby denního tisku
- d) Možnost kadeřnické služby
- e) Možnost využití pedikúry a manikúry
- f) Pojízdné občerstvení
- g) Jiné.....



Obrázek 23-graf možností služeb v oblasti komfortu, které by respondenti uvítali s ohledem na věk

Možnost uvařit si kávu, tedy odpověď a byla nejvíce zvolenou odpovědí, takto zvolilo 21 (34,9 %) respondentů, z čehož byla zastoupena všemi věkovými kategoriemi. Nejvíce věkovou kategorií *18-30 let* a to 9 (15,0 %). V 8 (13,3 %) případech, takto uvedli respondenti ve věku *31-44 let*. Shodně, tedy ve 2 (3,3 %) zvolili takto respondenti věkové skupiny *45-60 let* a *61-75 let*.

odpověď b, která se zabývala donáškou menšího nákupu označilo 7 (11,7 %) respondentů, pouze ve věku *61-75 let*.

9 (15,0 %) všech dotazovaných zvolilo odpověď c, 5 (8,3 %) dotazovaných bylo ve věkové skupině *31-44 let* a 4 (6,7 %) respondenti ve věku *61-75 let*.

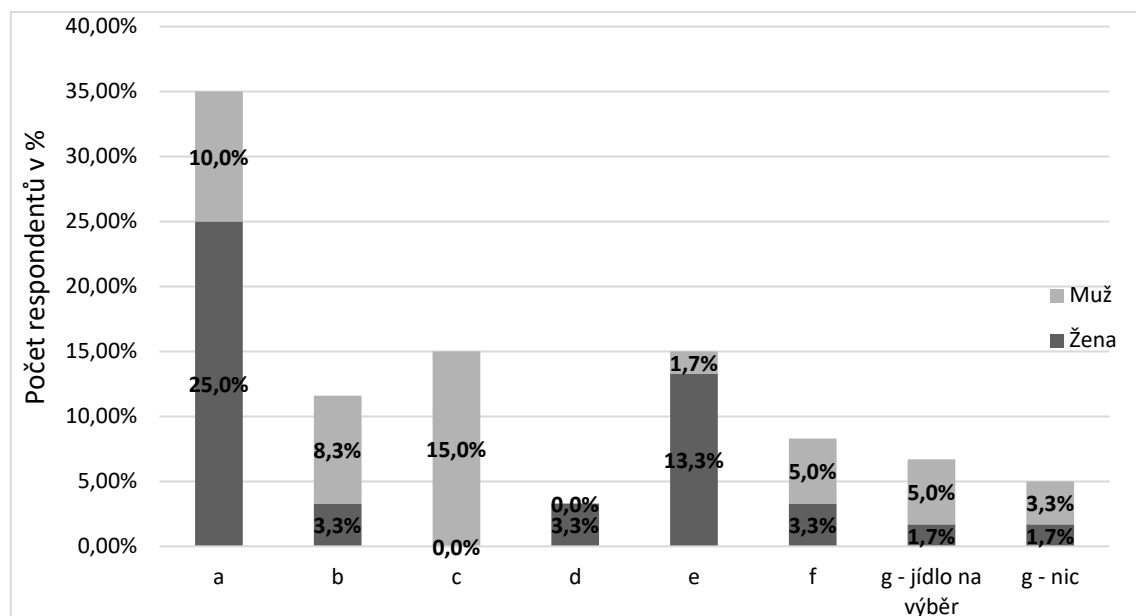
Pouze 2 (3,3 %) respondenti ve věku *61-75 let* zvolili odpověď d.

odpověď e označilo 9 (15,0 %) respondentů, z nichž 6 (10,0 %) bylo ve věku *45-60 let* a zbylí 3 (5,0 %) respondenti ve věku *61-75 let*.

odpověď f označilo 5 (10,0 %) respondentů ve věkové skupině *45-60 let*.

Odpověď g byla vytvořena pro možnost vepsání jakékoliv jiné služby, kde 4 (8,3 %) respondenti vepsali, že by uvítali možnost výběru jídla. Tato odpověď byla zastoupena věkovou kategorií *18-30 let* 3 (5,0 %) respondenty a kategorií *31-44 let* 1 (1,7 %) respondentem.

Žádnou službu by uvítali 3 (5,0 %) respondenti, kde 1 (1,7 %) respondent byl zástupcem věkové kategorie *31-44 let* a 2 (3,3 %) respondenti věkové kategorie *45-60 let*.



Obrázek 24-graf možností služeb v oblasti komfortu, které by respondenti uvítali s ohledem na pohlaví

Zde je vyobrazeno rozložení respondentů dle pohlaví.

Odpověď a zvolilo celkem 21 (35,0 %) respondentů. Z tohoto počtu - 15 (25,0 %) žen a 6 (10,0 %) mužů.

Odpověď b označilo celkem 7 (11,7 %) respondentů, 2 (3,3 %) ženy a 5 (8,3 %) mužů.

Odpověď c zvolili pouze muži zastoupeni 9 (15,0 %) respondenty. Žádná žena (0,0 %) tuto odpověď neuvedla.

Odpověď d zvolili 2 (3,3 %) respondentky-ženy. Žádný muž (0,0 %) tuto odpověď nezvolil.

Odpověď e uvedlo celkem 9 (15,0 %) respondentů. Ženy byly zastoupeny v 8 (13,3 %) případech. Muži byli zastoupeni 1 (1,7 %) respondentem.

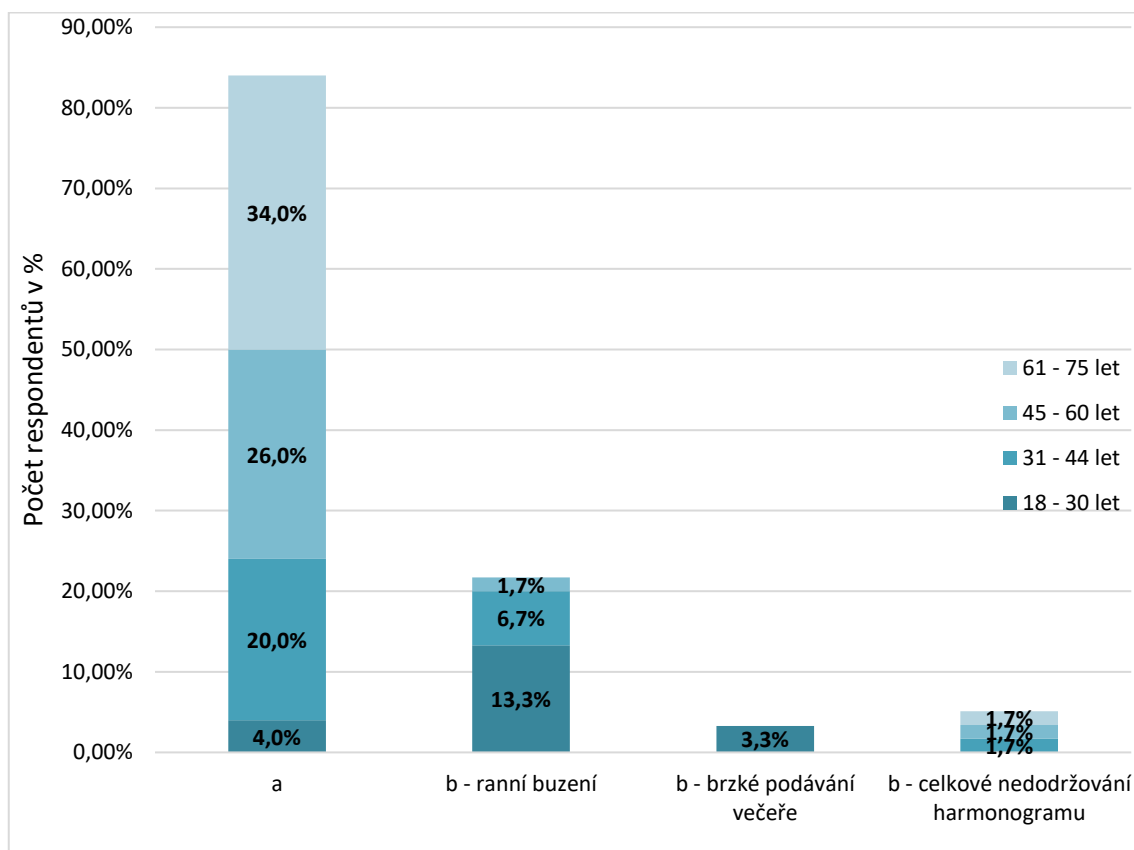
Odpověď f označilo celkem 5 (8,3 %) respondentů-2 (3,3 %) ženy a 3 (5,0 %) muži.

Odpověď g měla možnost vepsání možnosti. První možností bylo jídlo na výběr, kde celkem 4 (6,7 %) respondenti takto zvolili-1 (1,7 %) žena a 3 (5,0 %) muži.

3 (5,0 %) respondentů zvolilo možnost nic, takto uvedla 1 (1,7 %) žena a 2 (3,3 %) muži.

Otázka č. 21: Jste spokojeni s denním režimem na tomto oddělení (stravování, ranní buzení, ošetrovatelské výkony) popř. co Vám vadí?

- a) Ano
b) Ne, vadí mi.....



Obrázek 25-graf spokojenosti respondentů s denním režimem na oddělení

Zde je vyobrazeno rozložení respondentů dle věkových kategorií.

Na tuto otázku, která se zabývala spokojeností pacientů s denním režimem, odpovědělo kladně celých 42 (70 %) dotazovaných. Měla zastoupení ve všech věkových kategoriích.

V odpovědi b, byla možnost pro vepsání problematiky v této oblasti.

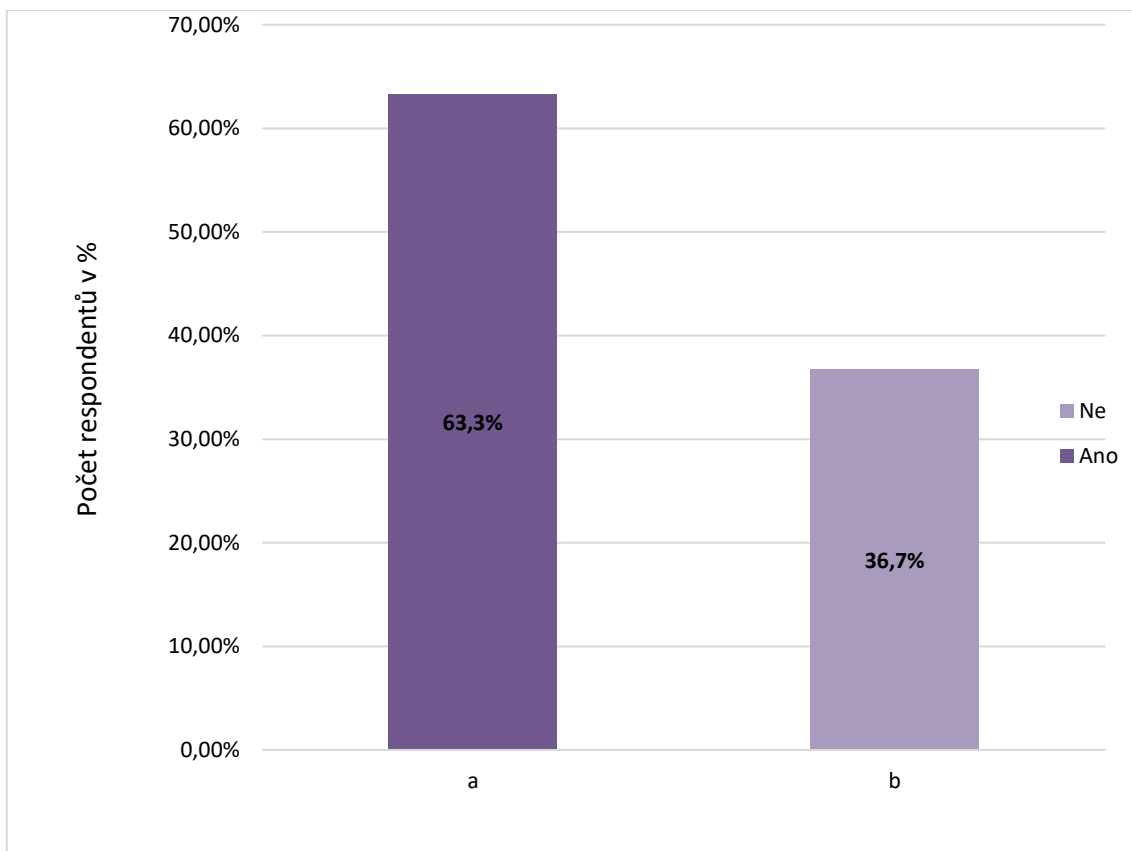
Problém ranního buzení uvedlo 13 (19,7 %) respondentů, z nichž 8 (13,3 %) bylo ve věku *18-30 let*, 4 respondenti (6,7 %) ve věku *31-44 let* a 1 (1,7 %) respondent věkové kategorie *45-60 let*.

Brzké podávání večeře uvedli 2 (3,3 %) respondenti věkové kategorie *18-30 let*.

Celkové nedodržování harmonogramu vepsali 3 (5,1 %) respondenti ve všech věkových kategoriích kromě věkové kategorie *61-75 let*.

Otázka č. 22: Jste umístěn/a na pokoji s pacientem/pacientkou podobného věku?

- a) Ano
- b) Ne

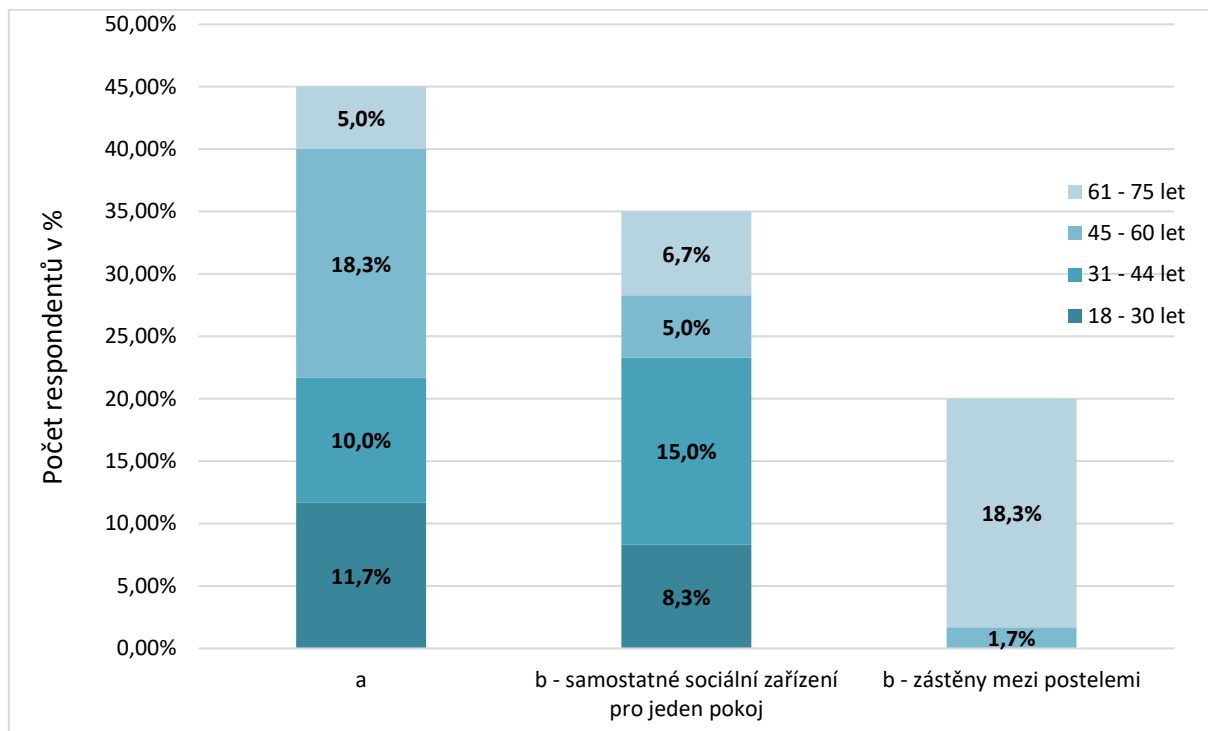


Obrázek 26-graf hospitalizace respondentů s pacientem/pacientkou podobného věku

Lze si povšimnout, že 38 (63,3 %) respondentů bylo umístěno na pokoj s pacientem/pacientkou podobného věku, oproti 22 respondentům, tedy 36,7 % všech dotazovaných z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů pokoj s pacientem podobného věku neobývalo.

Otázka č. 23: Máte zde na oddělení dostatečné soukromí, popř. co byste uvítal/a v tomto ohledu?

- a) Ano
b) Ne, uvítal/a bych.....



Obrázek 27-graf spokojenosti respondentů se soukromím na oddělení

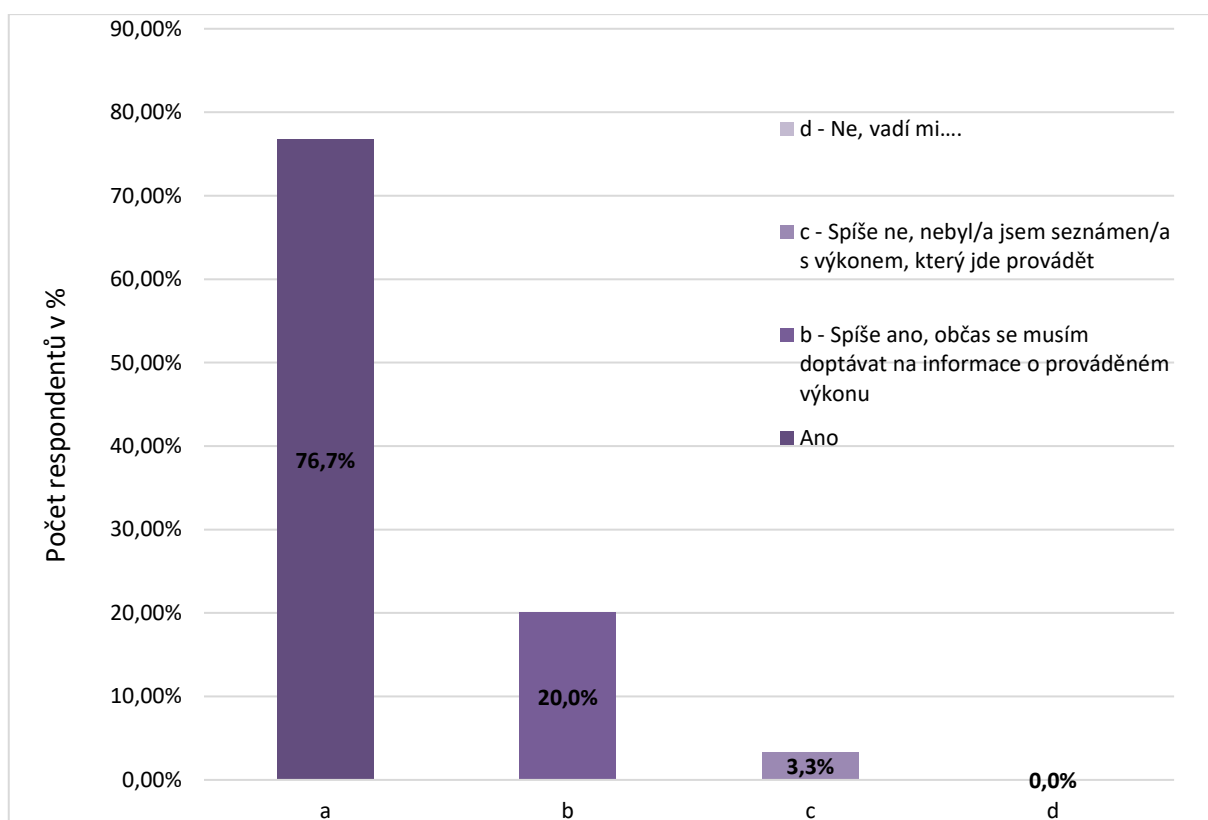
Na otázku uspokojení potřeby soukromí odpovědělo kladnou odpovědí, tedy odpovědí a 27 (45,0 %) všech dotazovaných z celkového počtu 60 (100 %). Zastoupení měla tato odpověď ve všech věkových kategoriích.

Odpověď b opět nabízela možnost pro vepsání toho, co by respondenti uvítali v této oblasti. Celých 21 (35,0 %) by uvítalo samostatné sociální zařízení pro jeden pokoj. Tato odpověď byla také zastoupena všemi věkovými kategoriemi. Věková kategorie *18-30 let* byla v tomto případě zastoupena 5 (8,3 %) respondenty. 9 (15,0 %) respondentů, kteří zvolili tuto odpověď bylo ve věku *31-44 let*. Nejméně respondentů 3 (5,0 %) takto uvedlo ve věku *45-60 let* a věková kategorie *61-75 let* byla zastoupena 4 (6,7 %) respondenty.

Další možností, kterou respondenti uvedli byla možnost zástěn mezi postelemi, takto vepsalo 12 (20,0 %) dotazovaných. Největší zastoupení měla věková kategorie *60-71 let*, s počtem 11 (18,3 %) respondentů. I věková kategorie *45-60 let* zmínila tuto možnost, avšak zastoupením pouze 1 (1,7 %) respondenta.

Otázka č. 24: Jste spokojeni s komunikací při ošetrovatelském výkonu se zdravotníkem, který Vás ošetruje, popř. co Vám vadí?

- a) Ano
- b) Spíše ano, občas se musím doptávat na informace o prováděném výkonu
- c) Spíše ne, nebyl/a jsem seznámen/a s výkonem, který jde provádět
- d) Ne, vadí mi.....



Obrázek 28-graf spokojenosti respondentů s komunikací při ošetrovatelské výkonu se zdravotníkem

Odpoověď a, tedy kladně označilo tuto odpoověď 46 (76,7 %) respondentů, z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů.

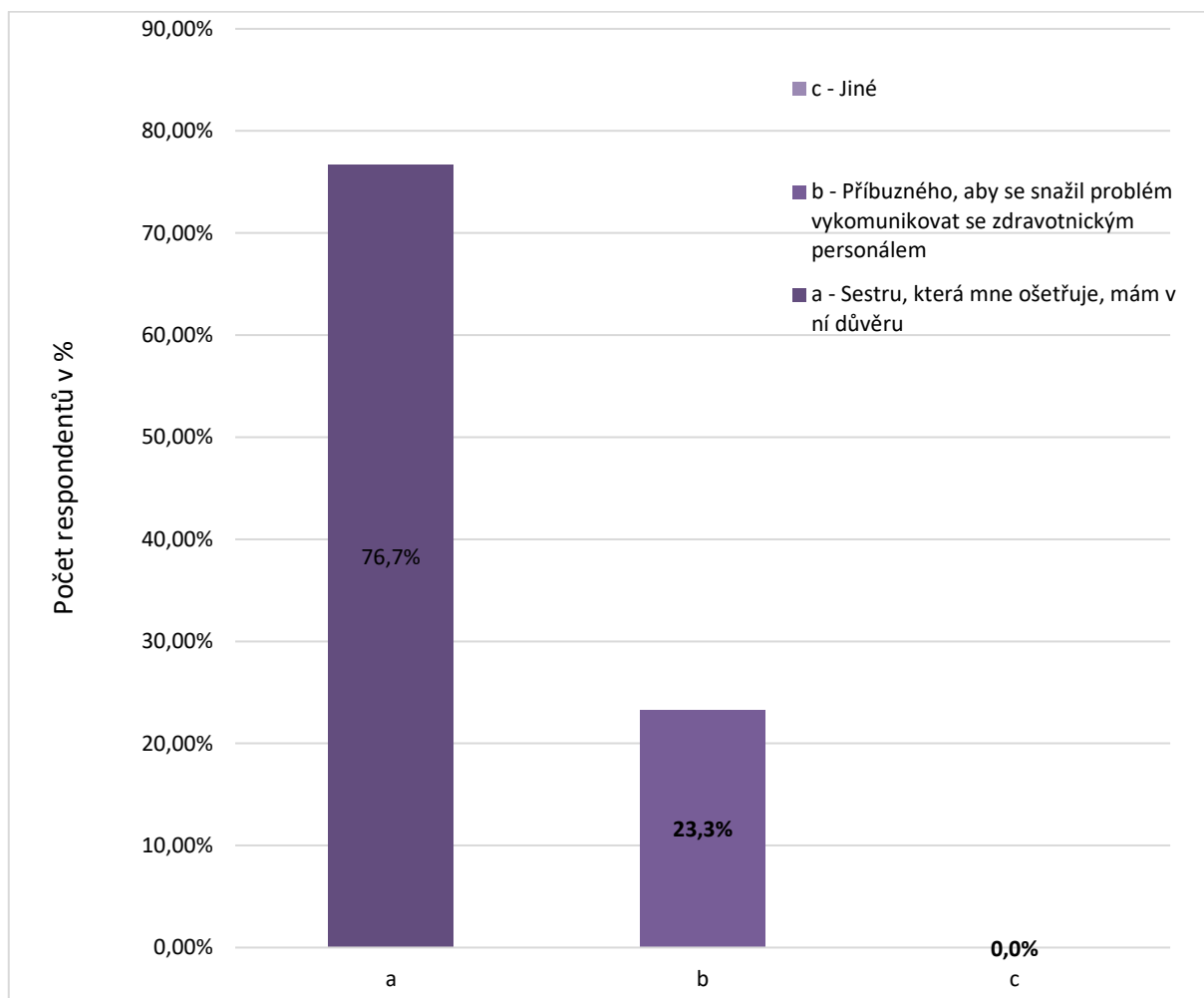
Odpoověď b označilo 12 (20,0 %) všech dotazovaných.

Pouze 2 (3,3 %) respondenti odpoověděli možností c.

Lze si povšimnout, že odpoověď d nebyla označena žádným respondentem (0,0 %).

Otázka č. 25: V případě nějakého problému s ošetrovatelskou péčí o Vaši osobu byste žádal/a o radu:

- a) Zdravotníka, který mne ošetřuje, mám v něho důvěru
- b) Příbuzného, aby se snažil problém vykomunikovat se zdravotnickým personálem
- c) Jiné.....



Obrázek 29-graf volby komunikace respondentů při problému s ošetrovatelskou péčí

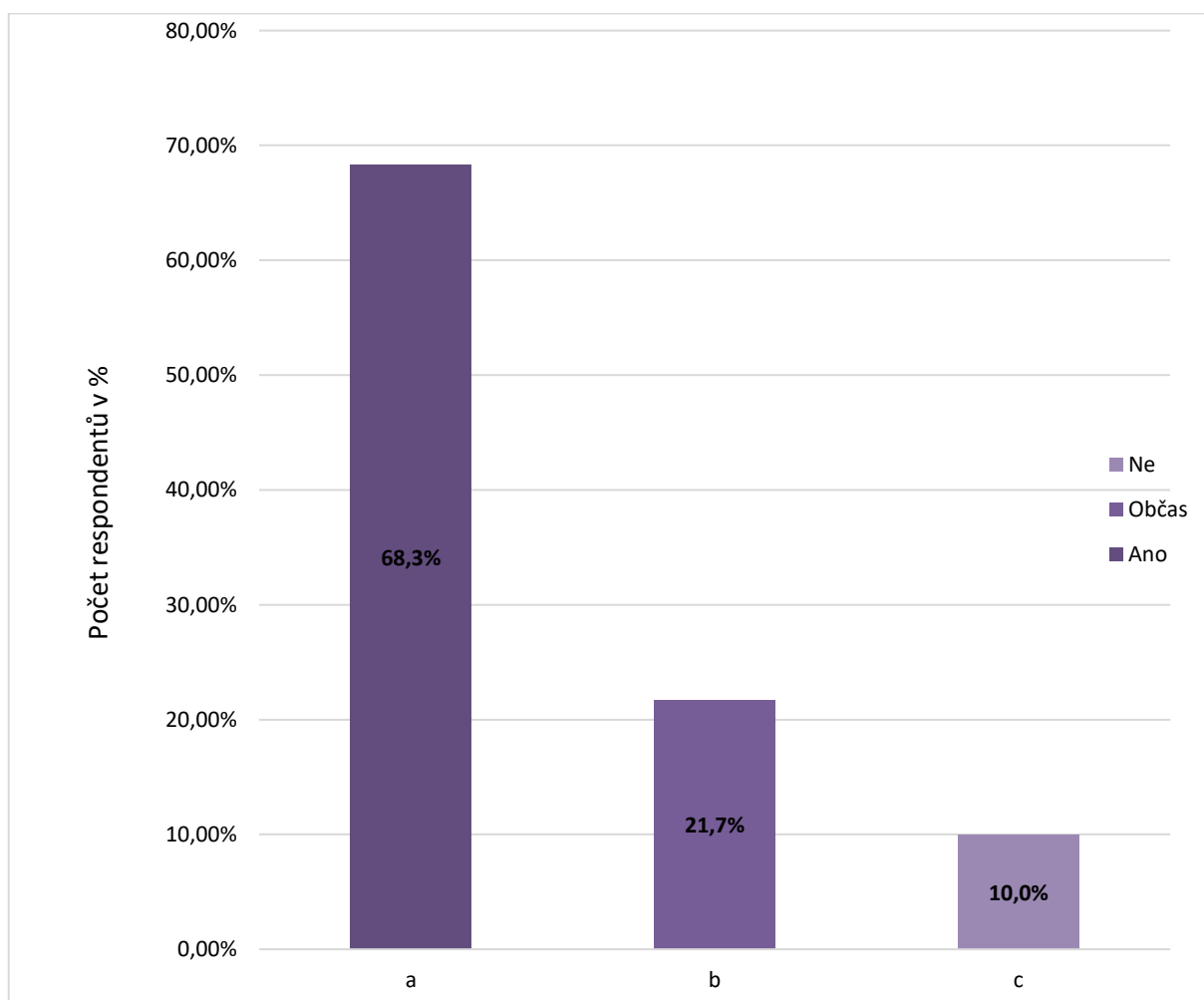
Celých 46 (76,7 %) respondentů označilo odpověď a z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů.

Odpoověď b, tedy volbu příbuzného uvedlo 14 (23,3 %) všech dotazovaných.

Odpoověď c nezvolil žádný respondent.

Otázka č.26: Dotazuje se Vás služba konající zdravotník na Vaše potřeby a komfort?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne



Obrázek 30-graf výskytu otázek zdravotníkem na potřeby a komfort respondentů

Kladně, tedy odpovědí a hodnotilo přístup v této oblasti celých 41 (68,3 %) respondentů.

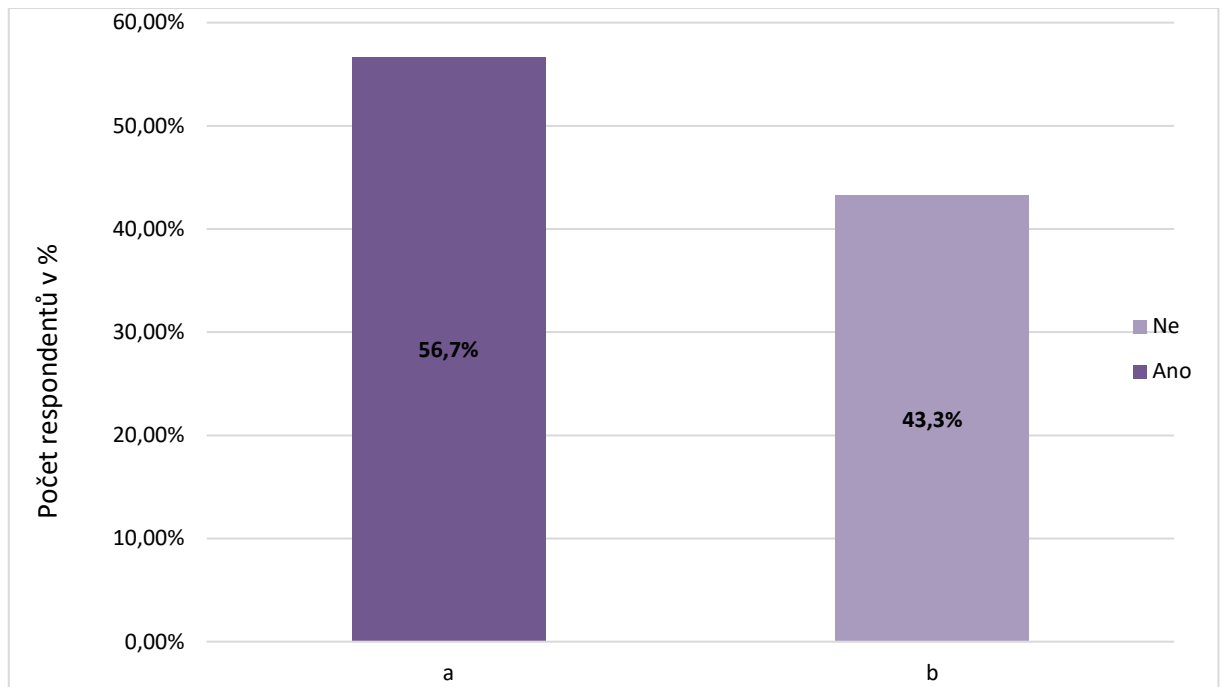
Odpověď b označilo 13 (21,7 %) respondentů.

Odpověď c, zvolilo 6 (10,0 %) respondentů.

Otázka č. 27: Představí se Vám a pozdraví Vás službu konající zdravotník, který Vás ošetřuje?

a) Ano

b) Ne



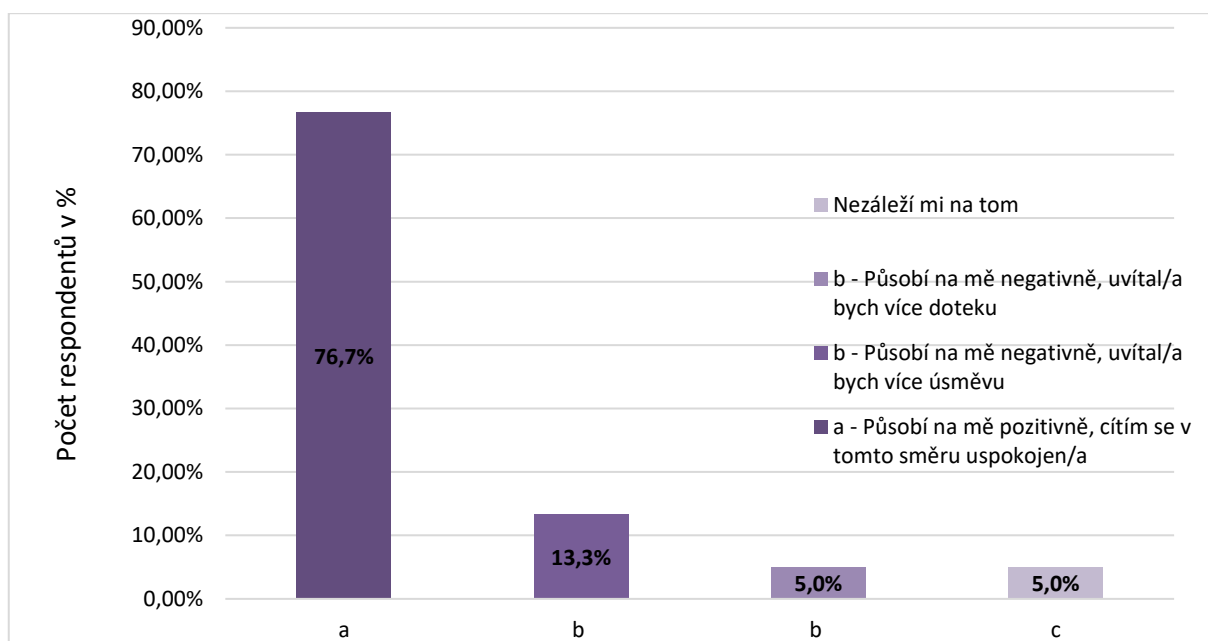
Obrázek 31-graf představení se a pozdravení zdravotníka respondentům

Lze zpozorovat, že na otázku, zda se sestry představí respondentům a pozdraví je odpovědělo kladně 34 (56,7 %) respondentů.

Negativním způsobem se vyjádřilo 26 respondentů, tedy 43,3 % všech dotazovaných z celkového počtu 60 (100,0 %) respondentů.

Otázka č.28: Působí na Vás neverbální projevy zdravotníka (úsměv, mračení, doteky...), popř. co byste uvítal/a?

- a) Působí na mě pozitivně, cítím se v tomto směru uspokojen/a
- b) Působí na mě negativně, uvítal/a bych.....
- c) Nezáleží mi na tom



Obrázek 32-graf aspektu působení neverbálních projevů zdravotníků na respondenty

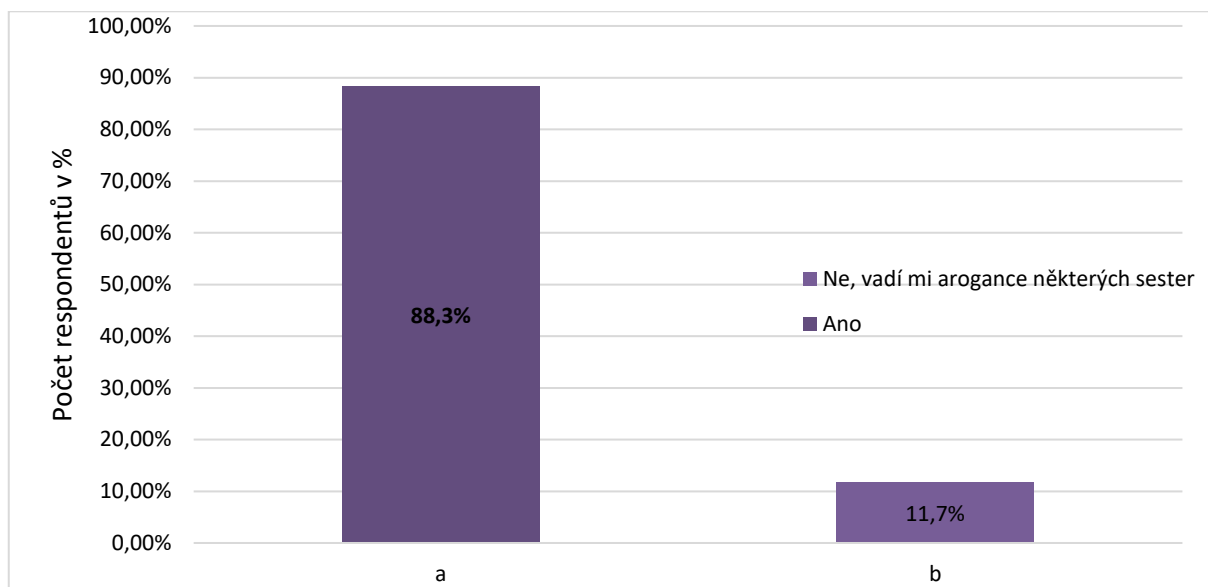
Odpověď a zvolilo 46 (76,7 %) respondentů.

Dále byl prostor pro vepsání do odpovědi b, zde odpovědělo 8 (13,3 %) respondentů, že by uvítalo více úsměvu, dále 3 (5,0 %) respondenti uvedli, že by uvítali více doteku.

Poslední možností byla odpověď c, kterou zvolili 3 (5,0 %) respondenti všech dotazovaných z celkového počtu 60 (100,0 %).

Otázka č. 29: Jednájí s Vámi zdravotníci na tomto oddělení jako se sobě rovnými, popř. co Vám v této oblasti vadí?

- a) Ano
- b) Ne, vadí mi.....



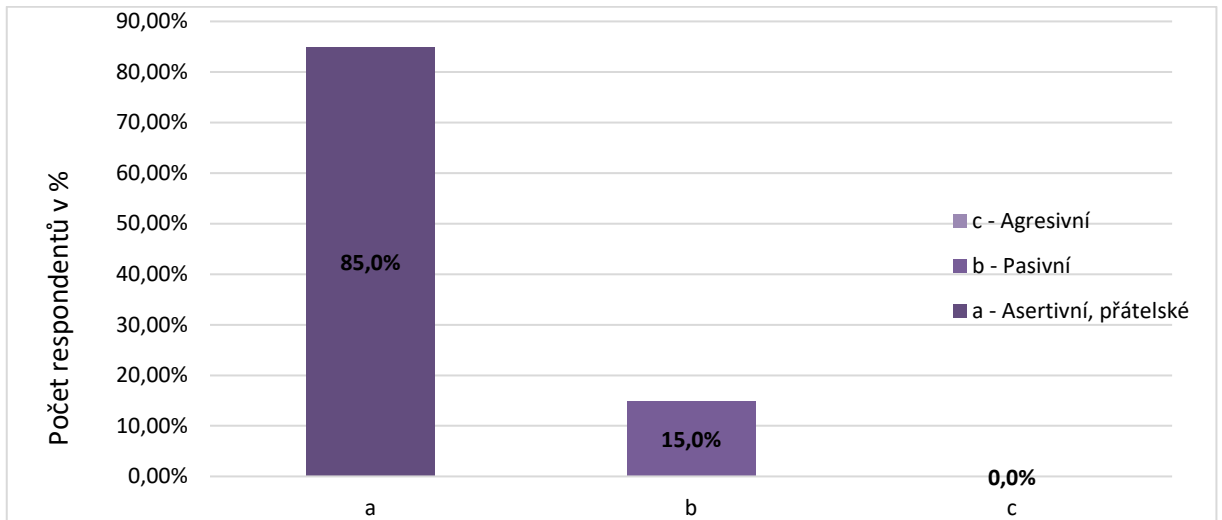
Obrázek 33-graf způsobu jednání zdravotníků s respondenty

Možností a odpovědělo 53 (88,3 %) respondentů z celkového počtu 60 (100 %) dotazovaných.

Aroganci některých sester uvedlo 7 (11,7 %) respondentů na místo v odpovědi b, kde byl prostor pro vepsání problematiky.

Otázka č.30: Shrnul/a byste chování zdravotníků na tomto oddělení celkově jako:

- a) Asertivní, přátelské
- b) Pasivní
- c) Agresivní



Obrázek 34-graf celkového chování zdravotníků k respondentům

Kladně, odpověď a zvolilo 51 (85,0 %) všech dotazovaných.

odpověď b uvedlo 9 (15,0 %) respondentů.

odpověď c neuvedl žádný respondent (0,0 %).

9 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv má na pacienta nemocniční prostředí a chování zdravotníků. Aby bylo možné dosáhnout tohoto cíle byly stanoveny 4 průzkumné otázky. Výsledky průzkumných otázek budou dále popsány v této kapitole.

Průzkumná otázka č. 1: Budou nemocniční prostředí vnímat všichni pacienti různých věkových kategorií stejně?

Tato průzkumná otázka hodnotila celkové působení nemocničního prostředí na pacienta, podle jednotlivých věkových kategorií. Pro toto zjištění byly vytvořeny dotazníkové otázky č. 1, č. 4, č. 21, č.22 a č.7. Dle zhodnocené otázky č. 1, průzkumný soubor tvořily čtyři skupiny pacientů. První skupinu tvořili pacienti spadající do věkové kategorie 18-30 let, která byla zastoupena 12 (20,0 %) pacienty, druhou skupinu tvořili pacienti věkové kategorie 31-44 let, která byla zastoupena 15 (25,0, %) pacienty. Třetí skupina zahrnovala pacienty ve věkové kategorii 45-60 let, kde počet činil celkem 15 (25,0 %) pacientů, a poslední, tedy čtvrtou tvořili pacienti věkové kategorie 61-75 let, kteří byli zastoupeni 18 (30,0 %) pacienty. Jak budou nemocniční prostředí pacienti vnímat souvisí s otázkou č. 4, kde byla pacientům položena otázka zjišťující, jakým způsobem bylo pacientovi ze strany zdravotníka oddělení představeno. Z celkového počtu 60 (100,0 %) pacientů bylo pouze 27 (45,0 %) pacientů při příjmu do zdravotnického zařízení seznámeno s chodem oddělení. Oproti tomu 10 (16,7 %) pacientů s oddělením seznámeno nebylo a 23 (38,3 %) pacientů se muselo doptávat na informace. Rozdílné výsledky shledala ve své bakalářské práci Jaroslava Kohoutová (2013), která se zabývala edukací pacientů na oddělení, kdy se 52 (68,0 %) pacientů celkového počtu 76 (100,0 %) dotazovaných z dotazníkového šetření vyjádřilo, že s oddělením seznámeni nebyli vůbec.

V otázce č. 21 byla zjišťováno, jak se spokojenost s režimem odráží na celkovém působení oddělení. Celkem 42 (70,0 %) pacientů vyjádřilo spokojenost s celkovým režimem na oddělení. Největším problémem pro pacienty bylo časně ranní buzení, kdy tento fakt vadil 13 (19,7 %) pacientům, z nichž 8 (13,3 %) bylo ve věku 18-30 let, 6 (6,7 %) pacientům ve věku 31-44 let a 1 (1,7 %) pacientovi ve věku 45-60 let. Věkové kategorii 18-31 let vadilo brzké podávání večere, kdy tato odpověď byla zastoupena 2 (3,3 %) pacienty. Celkové nedodržování harmonogramu vadilo 1 (1,7 %) pacientovi ve věku 31-44 let, 1 (1,7 %) pacientovi ve věku 45-60 let a 1 (1,7 %) pacientovi ve věku 61-75 let.

S celkovým působením nemocničního prostředí úzce souvisí i to, zdali byli pacienti hospitalizováni na pokoji s pacientem podobného věku, tímto aspektem se zabývala otázka č. 22, přičemž 38 (63,3 %) respondentů bylo hospitalizováno a 22 (36,7 %) pacientů nebylo hospitalizováno na pokoji s pacientem podobného věku. Tato skutečnost neovlivnila výsledky celkového vnímání, kterými se zabývala otázka č. 7 z dotazníkového šetření, a kde bylo zjištěno, že 39 (65,1 %) pacientů shledává nemocniční prostředí příjemným, nejvíce, tedy 13 (21,7 %) pacientům, kteří takto odpověděli bylo 61-75 let. Nepříjemně se cítilo v nemocničním prostředí celkem 24 (34,9 %) pacientů. Mezi důvody patřila změna prostředí, která byla nejvíce zastoupeným problémem věkové kategorie 18-30 let a vyšší věkové kategorie 61-75 let, u které je schopnost adaptace na nemocniční prostředí ztížena (Kelnarová, 2009). V dnešní době velice závisí na ekonomickém stavu nemocnice, s kterým se pojí druhý nejčastější důvod, a to zastaralé vybavení nemocnice, kdy takto odpovědělo 10 (16,6 %) pacientů ve věkových kategoriích 18-30 let a 31-44 let. Důvod nebezpečných pacientů na oddělení shledali 2 (3,3 %) pacienti ve věkové kategorii 61-75 let, dle mého názoru tito pacienti mohli mít onemocnění pohybového aparátu a s ním spojený strach z neschopnosti se ubránit. Přeplněné oddělení zmínili 3 (5,0 %) respondenti ve věku 45-60 let. Lze si povšimnout, že důvod neobývání pokoje s pacientem podobného věku nebyl uveden.

Průzkumná otázka č.2: Budou dotazovaní pacienti pocítovat uspokojení potřeb v oblasti hygieny, intimity, soukromí, čistoty, orientace, bezpečí a ticha na odděleních zkoumaného pracoviště?

Tato problematika byla prozkoumávána v dotazníkových otázkách č. 5, č. 6, č. 10- č. 18 a č. 23. Při hygieně je důležité mít k dispozici hygienické pomůcky, a právě přítomnost hygienických pomůcek na oddělení zjišťovala otázka č. 17. Nejvíce, tedy 40 (66,7 %) pacientů mělo hygienické pomůcky vlastní. Přítomnost veškerých hygienických pomůcek na oddělení shledalo 13 (21,7 %) dotazovaných z celkového počtu 60 (100,0 %) pacientů a 7 (11,6 %) pacientům chyběl na oddělení šampon.

S hygienickou péčí a vyprazdňováním se úzce pojí uspokojená potřeba intimity, na kterou byli pacienti tázáni v otázce č. 16. Více než polovina pacientů, tedy 35 (58,3 %) všech dotazovaných byla v této oblasti uspokojena. Nespokojených bylo 25 (41,7 %) pacientů. K naplnění této potřeby navrhlo 16 (26,7 %) pacientů možnost přidělení jednoho sociálního zařízení k jednomu pokoji. Přítomnost zástěn mezi jednotlivými lůžky by uvítalo 9 (15,0 %) pacientů.

K otázce č. 23, která hodnotila kvalitu soukromí byly tyto dva aspekty-možnost zástěn a přidělení jednoho sociálního zařízení k jednomu pokoji také uvedeny. Ačkoliv 27 (45,0 %) pacientů bylo v této oblasti uspokojeno, zbylých 33 (55,0 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) všech dotazovaných uspokojeno nebylo. Zde samostatné sociální zařízení pro jeden pokoj zmínilo 21 (35,0 %) pacientů, největším zastoupením 9 (15,0 %) dotazovaných věkové kategorie 31-44 let. Možnost instalace zástěn mezi lůžky zmínilo 12 (20,0 %) pacientů, kde největší část tvořilo 11 (18,3 %) pacientů ve věku 61-75 let. I v bakalářské práci Jany Červenkové bylo zjištěno, že ke uspokojení potřeby intimity a soukromí by pacienti nejvíce uvítali jedno sociální zařízení pro jeden pokoj a zástěny mezi lůžky. (Červenková, 2010)

Čistotou oddělení se zabývala otázka č.13. S čistotou tedy bylo celkově spokojených 35 (58,3 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) pacientů. Ve věku 61-75 let byli uspokojeni všichni pacienti, tedy 18 (30,0 %) pacientů. Nejméně spokojena byla věková kategorie 18-30 let a 45-60 let. Jako největší problém se jevil deficit čistoty v oblasti sociálního zařízení, kde bylo nespokojeno 10 (16,7 %) pacientů, nejvíce ve věku 18-30 let. Podobně neboli 9 (15,0 %) pacientů bylo nespokojeno s nečistotou na podlaze v pokoji. Posledním problémem se ukázala být nečistota oken v pokoji, který uvedlo 6 (10,0 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných. Podobnou otázkou se ve své bakalářské práci zabývala Adéla Morongová, která zjistila, že věk statisticky významně neovlivnil spokojenost nebo nespokojenost s čistotou nemocničního prostředí (Morongová, 2015).

Další problémy v této oblasti odhalovala otázka č. 14, kde byla pozornost zaměřena přímo na čistotu sociálního zařízení a doplňování pomůcek v této oblasti. Více než polovina, tedy 45 (75,0 %) pacientů bylo uspokojeno. Naopak nespokojeno bylo 12 (20,0 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných. Nespokojeni byli s nedostatkem toaletního papíru a nedostatkem papírových ručníků na ruce. Otázka č. 15 obsahovala prostor k uvedení problematiky s rozvodem vody a elektřiny nebo funkčností sprchy a toalety, zde si lze povšimnout, že všichni pacienti, tedy 15 (25,0 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných, kteří shledali problémy s funkčností uvedli místo problému právě v sociálním zařízení. Největší problematikou se ukázala být neodtékající sprcha, na kterou upozornilo 8 (13,3 %) pacientů, dalšími problémy bylo nefunkční osvětlení na WC, vyskytující se plíseň ve sprše, ačkoliv to není přímo problematika funkčnosti a těžké otáčení s kohoutky od rozvodu vody.

Otázka č. 18 se zabývala kvalitou vzduchu, kde ji jako vyhovující shledalo 41 (68,3 %) pacientů, oproti 19 (31,7 %) pacientům, kteří by uvítali klimatizaci. Lze se domnívat, že tuto možnost zvolili z důvodu období, tedy v období od 28.5. do 17.6. 2018, kdy bylo průzkumné šetření prováděno.

Potřeba bezpečí a orientace na sebe navazují. Bylo zjištěno, že největší deficit bezpečí a orientace má věková kategorie 61-75 let. K možnosti, jak by se dal zvýšit pocit bezpečí převážně pacienti této věkové kategorie uvedli možnost ostřejšího světla a aplikaci více barevného označení na oddělení. Celkem 49 (81,7 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných se na oddělení cítilo bezpečně. S orientací souvisí i potřeba znát zdravotnický personál, který o pacienty pečuje. Otázka č. 11 zjišťovala, zda je na oddělení přítomna nástěnka se jmény zdravotnického personálu, který se na péči o pacienty podílí. Celkem 51 (85,0 %) pacientů přítomnost nástěnky shledalo, naopak 9 (15,0 %) pacientů nikoliv. Lze se domnívat, že právě respondenti, kteří přítomnost nástěnky neuvedli mohli být dlouhodobě upoutáni na lůžko, a právě proto by neměli možnost tuto nástěnku shledat.

Skutečnost, zda jsou na oddělení k dispozici informační materiály o onemocnění, kvůli, kterému byli pacienti hospitalizováni zjišťovala otázka č. 10. Přítomnost těchto materiálů shledalo 43 (71,7 %) pacientů, oproti 17 (28,3 %) pacientům, kteří tuto skutečnost neshledali.

Potřebu ticha zkoumala otázka č. 12, kde uspokojeno bylo 36 (60,0 %) pacientů. Hluk od ostatních pacientů vadil 10 (16,7 %) pacientům, převážně věkové kategorie 18-30 let. Hluk od sester uvedlo 11 (18,3 %) pacientů, z nichž měla největší zastoupení věková kategorie 61-75 let. Hluk z okolí nemocnice zmínili 3 (5,0 %) pacienti věkové kategorie 61-75 let, lze předpokládat, že tuto skutečnost podmiňovalo konání stavebních úprav nemocničního areálu v době průzkumného šetření.

Průzkumná otázka č.3: Budou rozdíly v představách pacientů ohledně zlepšení některých aspektů na odděleních daného nemocničního zařízení a u některých představ i rozdíly vzhledem k pohlaví a věku?

Průzkumná otázka č. 3 zjišťovala, jaké změny v oblasti estetiky a služeb by pacienti uvítali. Aby bylo možné dojít k tomuto zjištění byly v dotazníkovém šetření vytvořeny otázky č. 1, č. 2, č. 8, č. 9, č. 19, č. 20. U otázek č. 8, č.19 a č.20 byla zjišťována i souvislost s věkem a pohlavím. Průzkumný soubor tvořilo 31 (51,7 %) žen a 29 (48,3 %) mužů. Vzhledem k věkovým kategoriím tento soubor tvořilo 12 (20,0 %) pacientů ve věku 18-30 let, 15 (25,0 %)

pacientů ve věku 31-44 let, 15 (25,0 %) pacientů ve věku 45-60 let a 18 (30,0 %) pacientů ve věku 61-75 let.

Otázka č. 8 zjišťovala jakou estetickou změnu na daném oddělení by pacienti uvítali i s ohledem na jejich věk a pohlaví. Nejvíce, tedy 18 (30,0 %) pacientům na tomto aspektu nezáleží, avšak nutno podotknout, že nejvíce byla zastoupena pacienty věkové kategorie 61-75 let, kdy takto uvedlo 14 (23,3 %) pacientů z 18 (30,0 %) pacientů, kteří tuto kategorii v dotazníkovém šetření zastupovali. Na druhém místě se umístila možnost přítomnosti obrazů na oddělení, kdy tuto možnost označilo 16 (26,7 %) pacientů, tento aspekt byl volen největší částí věkových kategorií 18-30 let. Věková kategorie 31-44 let by nejvíce uvítala umělohmotné květiny a věková kategorie 45-60 let možnost umístění závěsů místo rolet. Vzhledem k pohlaví pacientů by nejvíce volenou odpověď, tedy odpověď „Nezáleží mi na tom“ volili muži, žena takto zvolila pouze 1 (1,7 %). Právě u žen byly nejčastějšími odpověďmi umělohmotné květiny a závěsy místo rolet.

Volbou barev na zdech oddělení v jednotlivých oblastech se zabývala otázka č. 9 z dotazníkového šetření, ke které byl přiřazen číselně označený vzorník barev. Zde nebyla zkoumána rozdílnost mezi věkem a pohlavím. V oblasti chodby bylo zjištěno, že by pacienti uvítali nejvíce barvu č. 6 světle žlutou, to uvedlo 15 (25,0 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) pacientů. Naopak nejméně volenými barvami byly barva č. 1 fialovou, č. 3 červená a č. 10 oranžová. Každá z těchto barev byla označena pouze 1 (1,7 %) pacientem. V oblasti sociálního zařízení by nejvíce, tedy 16 (26,7 %) pacientů uvítalo barvu č. 9 bílou, oproti volbě barvy č. 7 růžové, která byla uvedena pouze 1 (1,7 %) pacientem. Shodně jako u volby barvy v oblasti chodby byla odpověď č.6 žlutá nejvíce uvedenou odpovědí v oblasti pokoje, takto odpovědělo 14 (23,3 %) pacientů. Zajímavým zjištěním bylo, že v oblasti pokoje barva č. 10 oranžová nebyla uvedena žádným pacientem (0,0 %).

Otázka č. 19 se zabývala dostupností médií na oddělení, zde bylo použito rozložení dle věku. Spokojenost s dostupností médií označila polovina dotazovaných, tedy 30 (50,0 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) pacientů. Spokojeni byli nejvíce pacienti ve věku 61-75 let zastoupeni 13 (21,7 %) pacienty a pacienti ve věku 45-60 let zastoupeni 9 (15,0 %) pacienty. Naopak nejméně spokojena byla věková kategorie 18-30 let zastoupena 10 (16,7 %) pacienty, která by nejvíce uvítala TV na pokoji. Shodně by věková kategorie 31-44 let nejvíce uvítala TV na pokoji, takto odpovědělo 9 (15,0 %) pacientů. Volbu rádia vepsala pouze věková kategorie

45-60 let zastoupena 1 (1,7 %) pacientem a věková kategorie 61-75 let zastoupena 3 (5,0 %) pacienty.

Možností volby služby v oblasti komfortu, kterou by pacienti uvítali, se zabývala otázka č. 20. Zde se předpokládalo, že bude mít věk a pohlaví respondentů na představy vliv. Nejvíce by pacienti uvítali možnosti uvařit si kávu, tyto pacienti byli zastoupeni všemi věkovými kategoriemi, celkem takto označilo 21 (34,9 %) pacientů z celkového počtu 60 (100,0 %) pacientů. V souvislosti s pohlavím zvolilo tuto možnost více žen, tedy 15 (25,0 %) patientek. Nejméně by pacienti uvítali možnost kadeřnické služby, kde takto zvolily 2 (3,3 %) ženy ve věku 61-7 let. Nutno podotknout, že volbu možnosti četby denního tisku by uvítali pouze muži věkových kategorií 31-44 let a 61-75 let, zastoupeni 9 (15,0 %) respondenty. Možnost donášky menšího nákupu zvolila pouze věková skupina 61-75 let zastoupena 7 (11,7 %) pacienty- 2 (3,3 %) ženami a 5 (8,3 %) muži. Možnost využití manikúry a pedikúry označilo 9 (15,0 %) pacientů, z nichž 6 (10,0 %) bylo ve věku 45-60 let a zbylí 3 (5,0 %) pacienti ve věku 61-75 let se zastoupením 1 (1,7 %) muže a 8 (13,3 %) žen. Pojízdňé občerstvení na oddělení by uvítalo 5 (10,0 %) pacientů ve věkové skupině 45-60 let, 2 (3,3%) ženy a 3 (5,0 %) muži. Možnost výběru jídla byla zastoupena věkovou kategorií 18-30 let 3 (5,0 %) pacienty a kategorií 31-44 let 1 (1,7 %) pacientem, toto uvedli 3 (5,0 %) muži a 1 (1,7 %) žena. Žádnou službu nezvolili 3 (5,0 %) pacienti, 1 (1,7 %) pacient ve věku 31-44 let a 2 (3,3 %) pacienti ve věku 45-60 let, z hlediska pohlaví byla tato možnost zvolena 1 (1,7 %) ženou a 2 (3,3 %) muži.

Průzkumná otázka č.4: Budou pacienti spokojeni s chováním, přístupem a komunikací ze strany zdravotníků na odděleních daného nemocničního zařízení?

Spokojeností pacientů s chováním, přístupem a komunikací ze strany zdravotníků na odděleních daného nemocničního zařízení se zabývala průzkumná otázka č. 4. Pro tento účel byly vytvořeny dotazníkové otázky č. 3, č. 24- č. 30.

Otázka č. 24 zjišťovala spokojenost pacientů s komunikací mezi nimi a zdravotníkem u ošetrovatelského výkonu. Kvalita komunikace u této otázky byla hodnocena 46 (76,7 %) pacienty, z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných uspokojivě. Dále 12 (20,0 %) všech dotazovaných se muselo občas doptávat na informace o prováděném výkonu. Pouze 2 (3,3 %) pacienti nebyli seznámeni s výkonem, který jim byl prováděn. Výrazně nespokojen s celkovou komunikací nebyl žádný pacient (0,0 %). Lze se domnívat, že narušená komunikace u 14 (23,3 %) případů, kdy pacient nebyl spokojen s komunikací zdravotníka při ošetrovatelském výkonu

mohla být způsobena z důvodu velkého věkového rozpětí pacientů (18-75 let), kdy nebylo zjištěno, zda starší pacienti neměli problémy s nedoslýchavostí.

U otázky č. 25, která byla orientována na problematiku sdělení nastalého ošetřovatelského problému by 46 (76,7 %) pacientů problém řešilo se zdravotníkem, kterým byli ošetřováni. Zbylých 14 (23,3 %) pacientů by volilo příbuzného, který by problém vykomunikoval se zdravotnickým personálem místo něho. Vzhledem k tomu, že shodně 14 (23,3 %) respondentů uvedlo v otázce č. 3, která se zabývala hospitalizací pacienta v minulosti, že v minulosti hospitalizováni nebyli, mohla tato skutečnost vést k určité míře nedůvěry ve zdravotnický personál. Jinou osobu nezvolil žádný respondent (0,0 %).

Jak často se zdravotnický personál na pacientovy potřeby dotazuje, zjišťovala otázka č. 26. Zde 41 (68,3 %) pacientů odpovědělo, že se jich zdravotník na jejich potřeby dotazuje. Oproti nim 13 (21,7 %) pacientů uvedlo, že se jich zdravotník dotazuje občas. Negativně, tedy absencí těchto dotazů, označilo přístup zdravotníka v této oblasti 6 (10,0 %) pacientů.

Otázka č. 27 se zabývala tím, jestli se zdravotník pacientovi představí. Více než polovina pacientů, tedy 34 (56,7 %) pacientů uvedlo, že se jim službu konající zdravotník představí. Oproti nim 26 (43,3 %) pacientů uvedlo, že se jim nepředstaví.

Jak neverbálními projevy zdravotníků působí na pacienty se zabývala otázka č. 28, která dále zjišťovala, jaké neverbální projevy by pacienti u zdravotníků uvítali. Celkem 46 (76,7 %) pacientů uvedlo, že na ně působí neverbální projevy zdravotníka pozitivně a cítí se v tomto směru uspokojeni. Celkem 11 (28,3 %) pacientů uspokojeno nebylo, uvítali by více úsměvu, kde takto zvolilo 8 (13,3 %) pacientů a 3 (5,0 %) pacienti by uvítali více doteku. Pouze třem (5,0 %) pacientům na neverbálních projevech nezáleží. Vzhledem k velkému věkovému rozmezí 18-75 let dá předpokládat, že v jednotlivých věkových kategoriích jsou tyto potřeby rozdílné. Dle Nakonečného (1997) má konkrétně věková kategorie 61-75 let má potřebu doteku více než ostatní věkové kategorie. Jaroslava Čečková (2012) ve své bakalářské práci zabývající se neverbální komunikací podobně zjistila, že pacienti jsou s neverbální komunikací zdravotníků spokojeni (Čečková, 2012).

Problematikou, jak jednájí zdravotníci s pacienty se zabývala otázka č. 29. Zde bylo jednání zdravotníků zhodnoceno 53 (88,3 %) pacienty z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných kladně, tedy, že s pacienty zdravotníci jednájí rovnocenně. Celkem 7 (11,7 %) pacientů uvedlo, jako problematiku aroganci v chování některých sester.

Celkové chování zdravotníků na daném oddělení v otázce č. 30 označilo 51 (85,0 %) pacientů jako asertivní, přátelské. Pasivní chování shledalo u zdravotníků 9 (15,0 %) pacientů a chování se znaky agrese neshledal žádný pacient (0,0 %).

10 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla vytvořena za účelem zjištění vlivu nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta. K tomuto zjištění byly stanoveny tři výzkumné cíle. Všechny cíle byly splněny.

Prvním cílem bylo dozvědět se, jak celkově působí nemocniční prostředí daného pracoviště na pacienty. S pomocí vytvořeného dotazníku (viz. Příloha A), který zjišťoval míru spokojenosti a uvedení možností zlepšení některých aspektů v nemocničním prostředí, bylo tohoto cíle dosaženo. Průzkum odhalil, že celkově nemocniční prostředí vnímají pacienti ve všech věkových kategoriích jako příjemné. Nejvíce pacienti ve věkové kategorii 61-75 let. Menší částí pacientů vadí změna prostředí, zastaralé vybavení či přeplněnost oddělení. Každá hospitalizace by měla začínat seznámením pacienta s oddělením a jeho chodem, kde bohužel byly zjištěny překvapivé nedostatky ze stran zdravotníků, kteří dle výsledků pacienty s oddělením a jeho chodem spíše neseznamují. Dalším faktorem, který má vliv na to, jak nemocniční prostředí na pacienta působí je uspokojení či nespokojení jeho potřeb. I když byli pacienti z větší části spokojeni ukázala se zde být největší problematikou nespokojená potřeba intimity a soukromí. Bylo zjištěno, že pacienti by nejvíce uvítali přiřazení jednoho sociálního zařízení k jednomu pokoji a také umístění zástěn mezi lůžka. Deficit potřeb bezpečí, orientace a ticha nebyl z hlediska průzkumu výrazný. Určitý vliv na pacienty měla i čistota oddělení, kde největším problémem byl deficit čistoty na sociálních zařízeních. Lze se domnívat, že je to způsobeno právě vyššími počty pacientů, kterými jsou sociální zařízení využívána.

Druhým cílem bakalářské práce bylo odhalit, ve kterých oblastech služeb a estetiky nemocničního zařízení pacienti shledávají největší problematiku, a jakými opatřeními by podle jejich názoru mohlo dojít ke zlepšení. V oblasti služeb byla v dostupnosti médií největším problémem nepřítomnost TV na pokojích zdůrazněna 26 (43,3 %) respondenty z celkového počtu 60 (100,0 %). Z výsledků dotazníkového šetření na otázku možných zlepšení v oblasti služeb podporující komfort pacientů vyplynulo, že nejvíce by pacienti uvítali možnost uvařit si na oddělení kávu. Dalšími často uvedenými odpověďmi byla možnost četby denního tisku a možnost využití manikúry a pedikúry. Pouze 3 (5,0 %) pacienti by žádnou službu neuvítali. V oblasti estetiky nás překvapilo, že 18 (30,0 %) pacientům z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných na estetičnosti nemocničního prostředí nezáleží, tito pacienti byli muži, největší částí zastoupeni věkovou kategorií 61-75 let. Naopak pacientům ve věku 18-30 let na tomto aspektu velice záleželo a uvítali by zejména umístění obrazů na oddělení. V oblasti estetiky dále měli pacienti možnost zvolit jakou barvu na zdech v různých částech oddělení by uvítali.

Na zdech chodby by nejčastěji pacienti volili světle žlutou barvu, na zdech sociálního zařízení bílou barvu a na zdech pokoje, na kterém byli hospitalizováni také barvu žlutou. Vzhledem k tomu, že onemocněním můžeme ztratit např. mobilitu, měly by být zjišťovány a realizovány opatření, které by vedly k celkovému zlepšení vnímání prostředí pacienty a uspokojování jejich potřeb.

Ke zjištění, jaká je úroveň komunikace mezi pacienty a zdravotníky byl zrealizován třetí cíl. Z dotazníkového šetření bylo překvapivým zjištěním, že největším problémem ze stran zdravotníků je již začátek komunikace, tedy představení se pacientovi a pozdravení pacienta. Absenci těchto skutečností uvedlo 26 (56,7 %) pacientů, z celkového počtu 60 (100,0 %) dotazovaných. Spokojeno s komunikací při ošetrovatelském výkonu bylo 46 (76,7 %) pacientů. Stejný počet pacientů zároveň udával i důvěru ve zdravotníka, kterým je ošetřován. Je patrné, že již první dojem ze zdravotníka hraje v pohledu pacienta na jeho osobu zásadní roli, proto je potřebné dbát na takové základy komunikace, jakými jsou právě představení se a pozdrav. Nepřítomnost právě takových základů může vést ke komunikační bariéře, či k poškození sociální role zdravotníků.

11 POUŽITÁ LITERATURA

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Etika v ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita, 2010. ISBN 978-80-7248-580-2.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.

BARONOVÁ, Barbora. *Intimita*. Praha: wo-men, [2015]. ISBN 978-80-905239-3-7.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.

BELDAM, Mai-Britt. *5 tipů, jak snížit hluk v nemocnicích* [online]. ECO Magazín, 2015 [cit. 19. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.ecophon.com/cz/o-nas/ECO-magazin/clanky-o-nemocnicnim-prostredi/2015/5-tipu-jak-snizit-hluk-v-nemocnicich/>.

ČEČKOVÁ, Jaroslava. *Neverbální komunikace všeobecné sestry s pacientem*. Hradec Králové, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav soudního lékařství, oddělení ošetrovatelství. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

ČERVENKOVÁ, Jana. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické práce jako nadstandard?* Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.

DINSHAH, D. *Let there be light*. Dinshah Health Society, 2005. 125 s. ISBN 0-933917-00-7.

GRÜN, Anselm. *Uzdravení skrze obrazy: spirituální zdroje vnitřních sil*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0485-5.

HŘIB, Zděnek, MUDr. *Desatero aktivit pro bezpečí pacientů*. *Medical Tribune* [online]. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., 2007 [cit. 19. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/10249-desatero-aktivit-pro-bezpeci-pacientu>.

JANICZEKOVÁ, Elena, PhDr. *Symbolika barev v práci sestry*. *Sestra* [online]. Praha: Mladá fronta, 2012 [cit. 19. 7. 2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/symbolika-barev-v-praci-sestry-467701>.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.

- KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.
- KOHOUTOVÁ, Jaroslava. *Edukace ve zdravotnických zařízeních z pohledu nemocného.* Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Hošková.
- KOPÁČIKOVÁ, Mária, Lada CETLOVÁ a Jaroslav STANČIAK. *Ošetrovatelský proces a potreby pacientů/klientů.* Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. ISBN 978-80-87035-51-1.
- KOPECKÁ, Katarína a Magdaléna KORCOVÁ. *Zdravotnícka etika.* 2. vyd. Martin: Osveta, 2008, 119 s. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
- MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
- MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi.* Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5589-2.
- MORONGOVÁ, Adéla. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.* České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie.* Praha: Academia, 1997. ISBN 8020006257.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce.* Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.

PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4.

PUŠ, Vladimír. *Popisná statistika*. Vyd. 2. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2007. ISBN 978-80-213-1662-1.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPAČEK, Jiří, Vladimír BUCHTA a Petr JÍLEK. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4554-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

Vyhláška č. 195/2005 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 19. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-195>.

WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Přeložil Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-x.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

Zákon č. 101/2000 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 19. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>.

12 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

Mé jméno je Kristýna Hubková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který držíte v ruce. Dotazník slouží jako podklad k průzkumné části mé bakalářské práce na téma „Vliv nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta“. Tento dotazník je zcela dobrovolný a zaručuje anonymitu. Skládá se z 30 uzavřených i otevřených otázek, proto prosím o zakroužkování jedné odpovědi, popřípadě vypsání odpovědi do vyznačeného místa.

Předem velice děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Kolik je Vám let?
 - a) 18-30
 - b) 31-44
 - c) 45-60
 - d) 61-75

2. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž

3. Byl/a jste v minulosti hospitalizován/a v nemocnici?
 - a) Ano
 - b) Ne

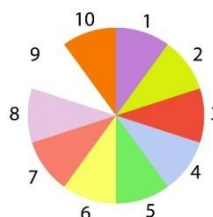
4. Byl/a jste při příjmu do nemocnice seznámen/a s uspořádáním oddělení a jeho chodem? (Např. v kolik hodin se podává snídaně, oběd, večeře.)
 - a) Ano, vše mi bylo vysvětleno
 - b) Ano, ale musel/a jsem se podrobněji dotazovat
 - c) Spíše ne, musel/a jsem se dotazovat více
 - d) Ne

5. Je pro Vás přehledné označení jednotlivých místností a pokojů sloužící k orientaci na oddělení?
 - a) Ano, orientace je jednoduchá, vše je přehledné
 - b) Spíše ano, ale musím se doptávat přítomného zdravotnického personálu
 - c) Spíše ne, mohlo by být výraznější
 - d) Ne, nevyhovuje mi, necítím se zde orientován/a, uvítal/a bych.....

6. Cítíte se zde bezpečně (tj. dostatečné osvětlení, možnosti využití kompenzačních pomůcek, využití signalizace)
 - a) Ano, cítím se zde bezpečně
 - b) Ne, bylo by pro mě bezpečnější, kdyby.....

7. Působí na Vás celkově prostředí tohoto oddělení příjemně?
 a) Ano, cítím se zde příjemně
 b) Ne, cítím se zde nepříjemně, protože.....
8. Jakou estetickou změnu byste zde uvítal/a? V této otázce můžete zaškrtnout více odpovědí.
 a) Umělohmotné květiny
 b) Závěsy místo rolet
 c) Obrazy
 d) Barevné povlečení
 e) Jiné.....
 f) Nezáleží mi na tom
9. Jaké číslo barvy ze vzorníku byste uvítal/a na zdech tohoto oddělení v uvedených oblastech?

- a) Chodba.....
 b) Sociální zařízení.....
 c) Pokoj.....



10. Je zde na oddělení k dispozici informační nástěnka nebo letáky o problematice vašeho onemocnění?
 a) Ano
 b) Ne
11. Je zde na oddělení k dispozici nástěnka se jmény zdravotnického nelékařského a zdravotnického lékařského personálu, který Vás má na starosti?
 a) Ano
 b) Ne
12. Máte zde uspokojenou potřebu ticha vztahující se k léčbě?
 a) Ano
 b) Ne, vadí mi hluk od ostatních pacientů
 c) Ne, vadí mi hlučná konverzace sester
 d) Ne, vadí mi.....
13. Jste spokojen/a s celkovou čistotou prostředí tohoto oddělení, cítíte se zde v tomto ohledu komfortně?
 a) Ano
 b) Ne, konkrétně v oblasti (části).....
14. Je udržováno prostředí koupelny s WC v čistotě a jsou doplňovány pravidelně hygienické pomůcky? (tj. mýdlo, toaletní papír, papírové utěrky na ruce)
 a) Ano
 b) Ne, mám připomínky v oblasti.....
15. Je zde rozvod vody, sprcha, toalety a rozvod elektřiny plně funkční?
 a) Ano, vše je funkční
 b) Ne, je zde problém s.....

16. Cítíte pocit dostatečné intimity při hygieně a vyprazdňování?
 a) Ano
 b) Ne, cítil/a bych se lépe, kdyby.....
17. Máte zde při hygieně k dispozici hygienické potřeby (mýdlo, šampon, ručník), popř. co Vám chybí?
 a) Ano, jsou zde k dispozici
 b) Mám vlastní
 c) Ne, chybí mi.....
18. Vyhovuje Vám kvalita vzduchu na oddělení popř., co byste uvítal/a?
 a) Ano, je zde pravidelně větráno
 b) Ne, uvítal/a bych.....
19. Je na tomto oddělení dostatečná dostupnost médií (např. televize, noviny, wifi, rádio)?
 a) Ano, v tomto ohledu mi zde nic nechybí
 b) Ne, uvítal/a bych.....
20. Jaké služby v oblasti komfortu byste zde uvítal/a?
 a) Možnost uvařit si kávu
 b) Možnost donášky menšího nákupu
 c) Možnost četby denního tisku
 d) Možnost kadeřnické služby
 e) Možnost využití pedikúry a manikúry
 f) Pojízdne občerstvení
 g) Jiné.....
21. Jste spokojeni s denním režimem na tomto oddělení (stravování, ranní buzení, ošetrovatelské výkony) popř. co Vám vadí?
 a) Ano
 b) Ne, vadí mi.....
22. Jste umístěn/a na pokoji s pacientem/pacientkou podobného věku?
 a) Ano
 b) Ne
23. Máte zde na oddělení dostatečné soukromí, popř. co byste uvítal/a v tomto ohledu?
 a) Ano
 b) Ne, uvítal/a bych.....
24. Jste spokojeni s komunikací při ošetrovatelském výkonu se zdravotníkem, který Vás ošetřuje, popř. co Vám vadí?
 a) Ano
 b) Spíše ano, občas se musím doptávat na informace o prováděném výkonu
 c) Spíše ne, nebyl/a jsem seznámen/a s výkonem, který jde provádět
 d) Ne, vadí mi.....

25. V případě nějakého problému s ošetrovatelskou péčí o Vaši osobu byste žádal/a o radu:
- a) Zdravotníka, který mne ošetřuje, mám v něho důvěru
 - b) Příbuzného, aby se snažil problém vykomunikovat se zdravotnickým personálem
 - c) Jiné.....
26. Dotazuje se Vás službu konající zdravotník na Vaše potřeby a komfort?
- a) Ano
 - b) Občas
 - c) Ne
27. Představí se Vám a pozdraví Vás službu konající zdravotník, který Vás ošetřuje?
- a) Ano
 - b) Ne
28. Působí na Vás neverbální projevy zdravotníka (úsměv, mračení, doteky...), popř. co byste uvítal/a?
- a) Působí na mě pozitivně, cítím se v tomto směru uspokojen/a
 - b) Působí na mě negativně, uvítal/a bych.....
 - c) Nezáleží mi na tom
29. Jednají s Vámi zdravotníci na tomto oddělení jako se sobě rovnými, popř. co Vám v této oblasti vadí?
- a) Ano
 - b) Ne, vadí mi.....
30. Shrnul/a byste chování zdravotníků na tomto oddělení celkově jako:
- a) Asertivní, přátelské
 - b) Pasivní
 - c) Agresivní