

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lucie Šaldová

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKARSTVÍ
ODDELENÍ OŠETROVATELSTVÍ**



**PACIENTOVO VNÍMÁNÍ PROSTŘEDÍ
INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Šaldová

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

2014

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING



**PATIENT PERCEPTIONS OF
CRITICAL CARE**

Bachelor's thesis

Author: Lucie Šaldová

Supervisor: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci na téma Pacientovo vnímání prostředí intenzivní péče vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a další informační zdroje jsem řádně citovala a uvedla v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(podpis)

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za příkladné vedení mé bakalářské práce a za milý a vždy ochotný přístup, se kterým mi vždy udílel cenné rady. Dále děkuji pacientům, kteří svůj čas věnovali vyplnění dotazníku, bez něhož by nebylo této práce. V neposlední řadě také děkuji všem blízkým, kteří mě ve studiu podpořili.

Obsah:

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE	10
1.1 VYMEZENÍ POJMU „JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE“	10
1.2 HISTORIE JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE	11
1.3 ČLENĚNÍ JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE	12
1.3.1 Členění jednotek intenzivní péče dle stupně intenzivity	12
1.3.2 Členění jednotek intenzivní péče dle zaměření	13
1.3.3 Členění jednotek intenzivní péče dle prostorového uspořádání	15
1.4 PLATNÉ PODMÍNKY PRO PROVOZ JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE	15
1.4.1 Vybavení jednotky intenzivní péče.....	16
1.4.2 Hygienické podmínky provozu na jednotkách intenzivní péče	20
2 PACIENTEM VNÍMANÉ ASPEKTY	28
2.1 SVĚTLO A JEHO VLIV	28
2.2 HLUK A JEHO VLIV	28
2.3 MIKROKLIMATICKÉ PODMÍNKY	29
3 POTŘEBY PACIENTŮ	30
3.1 ČLENĚNÍ POTŘEB	30
3.2 POTŘEBY HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	32
3.3 POTŘEBY PACIENTŮ HOSPITALIZOVANÝCH NA JIP	33
4 VLIV PROSTŘEDÍ NA PACIENTY.....	35
4.1 VÝVOJ NEMOCNIČNÍHO PROSTŘEDÍ A JEHO VLIV	35
4.2 DOPAD OKOLNÍHO PROSTŘEDÍ NA UŽIVATELE.....	36
4.3 VNÍMÁNÍ KVALITY NEMOCNIČNÍHO PROSTŘEDÍ	37
EMPIRICKÁ ČÁST	39
5 EMPIRICKÁ ČÁST	40
5.1 ZKOUMANÝ SOUBOR RESPONDENTŮ	41

5.2	POUŽITÁ VÝZKUMNÁ METODA.....	41
5.3	PILOTNÍ VÝZKUM.....	42
5.4	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
5.5	DISKUZE.....	60
	ZÁVĚR.....	77
	ANOTACE.....	79
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	81
	SEZNAM ZKRATEK.....	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	88
	SEZNAM TABULEK.....	89
	SEZNAM GRAFŮ.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	91

Úvod

Motto: „Čistota je půl zdraví a veselost celé.“

Božena Němcová

Zdraví jedinci, kteří jsou plni životní síly, vnímají běh všedních činností jako samozřejmou součást každodenního života. Leckdy se vůbec nepozastavují nad tím, jak by tomu bylo, kdyby onemocněli. Chvilé, kdy se ze zdravého jedince stává hospitalizovaný pacient, bývá pro samotné pacienty velkou změnou, při níž se musí vypořádat s množstvím pro ně neznámých situací, které v mnoha případech bývají nepříjemné. Tito pacienti jsou vytrženi ze svého všedního života, z prostředí, které je v běžném životě obklopuje, jsou odtrženi od lidí, se kterými se stýkají a od věcí, které používají. To negativně ovlivňuje jejich osobnost a odráží se ve vnímání vlastní nemoci.

Je-li pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče (zkráceně JIP), což již samo o sobě vypovídá o závažnosti jeho zdravotního stavu, bývají tyto negativní pocity ještě umocněny. V prostředí intenzivní péče pacienta ze všech stran obklopuje uniformní, téměř sterilní prostředí s množstvím lékařských a technických přístrojů, které v pacientovi vzbuzují dojem vysoce odborné medicíny a vysoké kvality poskytované zdravotní péče, ovšem také pocity podřízenosti a respektu. Nikdy se proto zvláště na JIP nesmí zapomínat na lidský a holistický přístup, který je pacientem neocenitelný a napomáhá mu překonávat nástrahy jejich nemoci, s nimiž se musí vyrovnávat.

Z odborné literatury je známo, že pacienti jsou sice v prostředí JIP spokojeni s vysokou úrovní poskytované péče, ale na straně druhé hůře tolerují např. zvýšenou úroveň hluku a světla, která souvisí s vyšší náročností péče o zde hospitalizované pacienty i s vyšší četností nočních příjmů a výkonů, a z toho plynoucím zvýšeným ruchem na jednotce.

Existují však řešení, jak negativně vnímané aspekty JIP eliminovat nebo alespoň snížit na co nejnižší úroveň. Vzhledem k tomu, že již 15 let pracuji na JIP, je mi tato problematika velmi blízká a je důvodem, proč se toto téma stalo předmětem mé bakalářské práce. Ke svému výzkumnému šetření jsem si zcela záměrně zvolila chirurgickou jednotku intenzivní péče - CHIR JIP 1, ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, která je mým domovským pracovištěm, na kterém probíhala celá moje

dosavadní profesní praxe. Zjištěné informace tak budou moci být využity jako podklad pro zlepšení podmínek na naší JIP.

Předložená práce je zpracována na podkladě dotazníkového šetření u 40 respondentů hospitalizovaných na CHIR JIP 1 ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Problematika vnímání okolního prostředí pacienty na JIP nebyla v české literatuře příliš zpracovávána. Doposud nebyla publikována žádná rozsáhlejší studie, která by komplexně tuto oblast pokrývala. K porovnání námi zjištěných výsledků je použito několik bakalářských prací, které se vždy alespoň částečně shodovaly s předmětem naší práce. V zahraniční literatuře bylo publikováno několik prací s touto tematikou, z nichž jedna práce je částečně použita k porovnání s výsledky našeho šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Jednotka intenzivní péče

Cíle teoretické části:

Cíl č. 1 charakterizovat pojem jednotka intenzivní péče a její typy, připomenout historii JIP a legislativní požadavky na jejich provoz

Cíl č. 2 shrnout výsledky vybraných výzkumů, které studovaly vliv prostředí na pacienty a charakterizovat vybrané aspekty prostředí na JIP z pohledu pacientů, zejména světlo, hluk a mikroklimatické podmínky

Cíl č. 3 charakterizovat potřeby hospitalizovaných pacientů se zaměřením na potřeby pacientů hospitalizovaných na JIP

1.1 Vymezení pojmu „Jednotka intenzivní péče“

Jednotka intenzivní péče – dále jen JIP, z anglického překladu *intensive care unit* - *ICU*, je nemocniční oddělení, kde je soustředěn dostatek materiálového i personálního vybavení k léčbě kriticky nemocných pacientů. Jsou zde hospitalizováni pacienti se závažnými, život ohrožujícími onemocněními, pacienty, kterým selhávají či již selhaly jedna či více základních životních funkcí či orgánů. (Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J., 2002; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

V dnešní době je intenzivní péče uznanou specializací a je nezbytnou nutností pro většinu nemocnic. Dle teoretického doporučení se intenzivní péče člení na tři stupně: Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší), Intenzivní péče II. stupně (vyšší) a Intenzivní péče I. stupně (nižší). Za další stupeň může být považována jednotka intermediální péče, z anglického překladu *high dependency unit*. (Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J., 2002; Vokurka, M., Hugo, J., 2008; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Tato oddělení jsou dle svého stupně a typu vybavena odpovídající přístrojovou technikou, která zajišťuje monitoraci či podporu životně důležitých funkcí a orgánů (monitory pro měření EKG - elektrokardiograf, dechu, invazivního či neinvazivního krevního tlaku, pulzu, saturace kyslíkem, srdečního výdeje, intrakraniálního tlaku, apod., infuzní pumpy, lineární dávkovače, přístroje pro umělou plicní ventilaci, hemodialyzační přístroj, defibrilátory a mnohé další). (Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Na JIP jsou mimo jiné zaměstnáváni lékaři a zdravotní sestry, kteří absolvovali specializační vzdělání v oboru intenzivní medicíny. (Vokurka, M., Hugo, J., 2008; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

1.2 Historie jednotek intenzivní péče

V druhé polovině 19. století během Krymské války se Florence Nightingalová, tzv. dáma s lampou, stala prvním průkopníkem intenzivní péče. Její zásluhou se do praxe uvedly hygienické zásady, které výrazným způsobem snížily úmrtnost vojáků raněných v boji. Dále pak začala oddělovat lůžka s těžce raněnými vojáky, která soustřeďovala do těsné blízkosti ošetrovatelské stanice, čímž zvýšila možnost intenzivnějšího pečování o tyto vojáky. (Gullo, A., Besso, J., Lumb, P.D., Williams, G.F., 2009; Kelnarová, J., Cahová, M., Křest'ánová, I., Křiváková, M., Kovářová, Z., 2009)

O celých sedmdesát let později, v roce 1923, obnovil Dr. Walter Dandy koncept péče o kriticky nemocné pacienty a v nemocnici v Baltimore založil neurochirurgickou pooperační jednotku intenzivní péče. Zde již sloužili specializovaní lékaři i sestry a pacienti měli monitorovány základní životní funkce, což umožňovalo včasné rozpoznání selhání základních životních funkcí. (Gullo, A., Besso, J., Lumb, P. D., Williams, G. F., 2009)



Obrázek č.1 Železné plíce v r. 1952 v Los Angeles při epidemii poliomyelitidy (Obrázek byl převzat z webových stránek Českého vysokého učení technického v Praze, fakulta biomedicínského inženýrství, dostupný na <http://www.fbmi.cvut.cz/vyzkum/oceneni/emersonova-cena>, 17.1.2014)

S ohledem na technologický vývoj podpory životních funkcí se přelomem v intenzivní medicíně stal vynález amerického inženýra Philipse Dinkera, který

zveřejnil přístroj zajišťující umělou plicní ventilaci pacientům s poliomyelitidou, viz obrázek č. 1. Tento aparát se sestával z kovové komory, ve které bylo uloženo celé tělo pacienta kromě hlavy, v níž v pravidelných intervalech docházelo ke střídání přetlaku a podtlaku, což zajišťovalo pacientům životně důležitou výměnu dýchacích plynů. Průkopníkem jednotek intenzivní péče je však označován Dr. Peter Safar, který jako první intenzivista zdůraznil potřebu jednotek intenzivních péčí s důrazem na zajištění dýchacích cest. Jeho hlavním přínosem kromě jiného bylo vypracování resuscitačního schématu A-B-C, jenž se používá dodnes. (Gullo, A., Besso, J., Lumb, P. D., Williams, G. F., 2009; Schott, H., 1994)

1.3 Členění jednotek intenzivní péče

Výklad v tomto oddíle se bude opírat o údaje uváděné v publikacích: Zadák, Z., Havel, E. a kolektiv, *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*, 2007, s. 11-20; Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J. et al., *Intenzivní medicína*, 2002, s. 2-3.

1.3.1 Členění jednotek intenzivní péče dle stupně intenzivity

Jednotky intenzivní péče členíme do čtyř stupňů, a to na JIP I. až III. stupně a čtvrtým stupněm je intermediální péče. Stupni intenzivity odpovídá množství a druhy přístrojového vybavení i personálního zajištění.

Jednotka intermediální péče je často zaměňována za JIP I. stupně. Jde o přechod mezi standardním oddělením a jednotkou intenzivní péče. Na těchto odděleních je možnost monitorování pacientů, zajištění neodkladné resuscitace a krátkodobé umělé plicní ventilace.

Jednotka intenzivní péče I. stupně (nižší) je nejnižší stupeň intenzivní péče, který se obvykle vyskytuje v menších nemocnicích, a jejichž úkolem je zajišťovat základní monitorování pacienta, kontinuální sesterský dohled, okamžitou resuscitační péči a krátkodobou umělou ventilací, tj. do 24 hodin. Na tomto druhu jednotky intenzivní péče není zapotřebí samostatně sloužící lékař, může zde sloužit lékař vykonávající službu na standardním oddělení. To však pouze za předpokladu, že na standardním oddělení slouží dva lékaři.

Jednotka intenzivní péče II. stupně (vyšší) je druhý stupeň intenzivní péče, který se převážně vyskytuje ve větších nemocnicích. Na rozdíl od JIP I. stupně je zde zajišťováno také monitorování a léčba invazivními metodami jako je např. invazivní krevní tlak, srdeční výdej, dlouhodobá umělá plicní ventilace. Nelze zde využívat speciální invazivní metody jako např. plicní katetrizace a intrakraniální tlak. Taktéž se na těchto odděleních nemohou provádět některé léčebné metody, např. hemofiltrace či hemodiluce. Tato oddělení mají již větší možnosti statim laboratorních i diagnostických vyšetření, ale ne však všechny dostupné metody. Péči o pacienty na JIP II. stupně zajišťuje lékař po celých 24 hodin. Současně je zde zvýšený dohled ošetrovatelského personálu.

Jednotka intenzivní péče III. stupně (nejvyšší) je nejvyšším stupněm intenzivní medicíny, je zde zajišťována komplexní intenzivní péče o pacienty v kritickém stavu. Tato oddělení bývají zpravidla ve velkých oblastních nemocnicích a vždy ve fakultních nemocnicích. Lékaři zde sloužící jsou lékaři atestovaní v oboru intenzivní medicíny, lékaři v postgraduální přípravě i vědečtí pracovníci. Jsou plně k dispozici celých 24 hodin denně. Zdravotní sestry jsou vyškoleny ve specializačním vzdělání Sestra pro intenzivní péči. Počet personálu je zde vyšší než na odděleních s nižším stupněm intenzivity. Používají se zde statim všechny dostupné invazivní i neinvazivní diagnostické metody a to včetně těch specializovaných, jako např. plicní katetrizace a měření intrakraniálního tlaku. Ve stejném rozsahu se používají i terapeutické metody jako např. hemofiltrace či hemodiluce. (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.)

1.3.2 Členění jednotek intenzivní péče dle zaměření

V odborné veřejnosti není zcela sjednocený názor, zda je výhodnější preferovat JIP oborové nebo multioborové/ kombinované.

Základním předpokladem léčby kriticky nemocných pacientů je fakt, že „...kritický stav není diagnóza, avšak nemocný by měl být léčen s maximálním respektováním etiopatogenetického hlediska a podle diagnózy (nozologické jednotky) specialisty příslušného oboru, se striktním dodržením vysoké úrovně erudice v oblasti

intenzivní medicíny jak z teoretického, tak z praktického hlediska.“ (Zadák, Z., Havel, E, 2007, s. 12)

Oborové jednotky intenzivní péče jsou zřizovány a využívány především ve větších nemocnicích, jakými jsou například fakultní nemocnice. Ty mají široký spád pacientů, čímž je zajištěna dostatečná obložnost a maximální využití veškerého vybavení.

Výhodou oborových JIP je soustředěnost pacientů s podobným základním onemocněním, čímž se minimalizuje nutnost vyžádaných konziliárních vyšetření, což pro pacienta jednoznačně zvyšuje komfort a ucelenost jeho léčby. Nevýhodou oborových JIP mohou být vyšší náklady na pořízení specializované přístrojové techniky a vybavení. Podmínkou vlastní oborové jednotky je však nezbytnost zajištění lékaře specialisty v oboru intenzivní medicíny.

Základním dělením oborových JIP je dělení na chirurgické a interní. Mezi chirurgické patří např. JIP chirurgická, kardiochirurgická, neurochirurgická, traumatologická, spinální, pediatrická a popáleninová. Mezi interní JIP patří např. JIP metabolická, gastroenterologická, hepatální, hematologická a hematoonkologická, renální a dialyzační či pneumologická.

Multioborové jednotky intenzivní péče zajišťují vysoce odbornou péči, ale pouze v úzkém rozsahu, proto jsou zřizovány v menších nemocnicích, kde je absence oborových jednotek s vysokým stupněm intenzivity. Mimo to ale nechybí v žádné větší nemocnici, kde společně s oborovými JIP zajišťují péči o kriticky nemocné pacienty.

Výhoda multioborových JIP je především ekonomická, vzhledem k soustředěnosti vysoce specializované přístrojové techniky na jednom oddělení. Zároveň je zde zajištěna vysoká odborná způsobilost lékařů a zdravotních sester, kteří jsou pro práci na intenzivní péči speciálně vyškoleni. Nevýhodou těchto jednotek je široká škála hospitalizovaných pacientů bez ohledu na jejich základní onemocnění. To má za následek časté vyžádání konziliárních vyšetření, jehož důsledkem je dělení kompetencí mezi více lékařů (intenzivistu a specialisty v základních oborech - např. chirurgie, interna, gynekologie, nefrologie, kardiologie, atd.).

1.3.3 Členění jednotek intenzivní péče dle prostorového uspořádání

Otevřené jednotky intenzivní péče¹ mají velkou výhodu v možnosti efektivnějšího využití lidských zdrojů a tím i nižší ekonomické nároky na provoz. Nevýhodou těchto jednotek je zvýšené riziko přenosu infekce mezi pacienty. Pro lepší psychickou pohodu pacientů a zajištění alespoň částečného soukromí je možnost oddělení jednotlivých lůžek pacientů zástěnou.

Izolované jednotky intenzivní péče neumožňují sice tak efektivní využití lidských zdrojů a jejich ekonomické nároky na provoz jsou vyšší než u otevřených JIP, avšak velkou výhodou izolovaných boxů je minimalizace rizika přenosu infekce mezi pacienty. Izolované boxy také zajišťují větší soukromí pacientů, což má dobrý vliv na jejich psychickou pohodu.

1.4 Platné podmínky pro provoz jednotek intenzivní péče

Minimální požadavky na provoz JIP jsou pevně stanoveny ve Sbírce zákonů České republiky, viz tabulka č. 1.

¹ Lůžka s pacienty na otevřených JIP jsou uspořádána ve společném prostoru, kde jednotlivá lůžka nejsou od sebe navzájem oddělena zdí, ale pouze zástěnou.

Sbírka zákonů České republiky

nařízení vlády č. 272/2011 Sb.	o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací
nařízení vlády č. 31/2010 Sb.	o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
nařízení vlády č. 361/2007 Sb.	kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci
věstník MZ ČR, částka 5/2012	metodický návod hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
vyhláška č 287/2013 Sb.	o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
vyhláška č 306/2012 Sb.	o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče
vyhláška č 92/2012 Sb.	o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
vyhláška č.602/2006 Sb.	o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných
vyhláška č.6/2003 Sb.	kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí pobytových místností některých staveb
zákon č.31/2011 Sb.	zákon o odpadech a o změně některých dalších zákonů

Tabulka č.1 Legislativa související s provozem jednotek intenzivní péče

1.4.1 Vybavení jednotky intenzivní péče

Minimální nutné vybavení pro provoz jednotek intenzivní péče je dáno zákonem č.92/2012 Sb. České republiky.

Prostorové vybavení jednotek intenzivní péče

Každé oddělení JIP, aby mohlo provozovat svoji činnost, musí splňovat zákonem dané podmínky. Některé z těchto podmínek jsou dány všeobecně pro zdravotnická zařízení standardního typu a některé podmínky jsou stanoveny přímo pro provoz JIP.

„Zdravotnické zařízení musí z hlediska stavebně technických požadavků na prostory a jejich funkční a dispoziční uspořádání umožňovat funkční a bezpečný provoz.“ (Vyhláška č. 92/2012 Sb., Příloha č. 1, s. 1524) Musí mít zajištěnu dodávku pitné vody, teplé vody, odvod odpadních vod, systém odvětrávání, vytápění, rozvody

elektrické energie, počítač připojený k internetové síti, připojení k telefonní síti a to vše ve vhodných nebytových prostorách. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., Příloha č. 1)

Dalšími všeobecně platnými požadavky na provoz zdravotnického zařízení je zřízení provozních prostor, dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. Provozními prostory se rozumí skladové a dekontaminační prostory, WC a asistovaná lázeň pro pacienty, viz obrázek č. 2, stanice sester, prostor pro odpočinek zaměstnanců a místnost pro zemřelé. Ta může být společná pro více oddělení. Na JIP „...nemusí být zřízena vyšetřovna a pokoje pacientů...”. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., Příloha č. 4, s. 1580)



Obrázek č.2 Asistovaná lázeň (foto: L. Šaldová)

Na odděleních intenzivní péče jsou vyšší nároky na rozměry boxů pro pacienty, viz obrázek č. 3, či pokojů i na manipulační prostor okolo lůžka, než na standardních odděleních. Manipulační prostor musí být minimálně 100cm. Odpovídající plocha pokoje či boxu na JIP je stanovena minimálně na 12m² a 9m² na každé lůžko. Všechna lůžka by měla být umístěna tak, aby umožňovala přímý dohled zdravotnického personálu.² Rozvržení oddělení musí být naplánováno takovým způsobem, aby bylo možno pohodlně manipulovat s pojízdnými lůžky pacientů při jejich transportu. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., příloha č. 4)

Všechny plochy a povrchy musí mít omyvatelný a snadno dezinfikovatelný povrch, a to do výšky 180cm. Taktéž povrch nábytku musí být snadno omyvatelný a dezinfikovatelný. (Vyhláška č. 92/2012 Sb., Příloha č. 1)

² Lůžko pacientů by mělo být pohodlně přístupné ze všech 4 stran.



Obrázek č.3 Box pro pacienty (foto: L. Šaldová)

Přístrojové a věcné vybavení jednotek intenzivní péče

Pro JIP stejně jako pro ostatní lůžková oddělení platí vyhláška č. 92/2012 Sb., příloha č. 4, která stanovuje společné požadavky na minimální vybavení lůžkového oddělení.

Lůžkové oddělení musí být vybaveno těmito komponenty: „...lůžka a stolky pro pacienty, odsávačka, pulzní oxymetr, zdroj medicijního kyslíku, zvedací zařízení pro imobilní pacienty, vybavení pro KPR – samorozpínací vak včetně masky, vzduchovody, rukavice, pomůcky k zástavě krvácení a k zavedení intravenózního vstupu, resuscitační vozík, skříň na léčivé přípravky, chladnička pro uskladnění léčivých přípravků – s teploměrem, trezor kovový uzamykatelný nepřenosný, glukometr, tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, infuzní stojan, mobilní vyšetřovací svítidlo, počítač s tiskárnou, připojení na záložní zdroj elektrické energie.“ (Vyhláška č. 92/2012 Sb., Příloha č. 4, s. 1564-1566)

Na JIP „...se nevyžaduje stolek u lůžka a komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou³, pokud není dále uvedeno jinak.“ „Oddělení musí být vybaveno zdrojem medicijního kyslíku, centrálního vakua a tlakového vzduchu pro ventilované pacienty. Rozvod vakua se nevyžaduje, pokud je oddělení vybavené elektrickými odsávačkami u lůžka.“ (Vyhláška č. 92/2012 Sb., Příloha č. 4, s. 1580)

³ Stolek u lůžka a komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou výrazně zvyšuje komfort a pocit bezpečí u pacientů hospitalizovaných na JIP, kteří jsou při vědomí.

Povinnou součástí vybavení JIP jsou specializované přístroje. Jejich druhy a minimální počet je stanoven podle stupně intenzivní péče ve vyhlášce č. 92/2012 Sb., příloha č. 4, viz tabulka č. 2.

	JIP I. stupně - nižší intenzivní péče	JIP II. stupně - vyšší intenzivní péče	JIP III. stupně - resuscitační péče
Mobilní polohovací lůžko	ANO	-	-
Resuscitační lůžko	-	ANO	ANO
EKG přístroj	ANO	ANO	ANO
Defibrilátor	ANO	ANO	ANO
Kardiostimulátor	-	-	ANO
Monitor vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SpO2)	ANO	ANO	ANO + IBP, Temp
Monitorovací centrála	-	ANO	ANO
Ventilátor transportní	-	ANO	ANO
Ventilátor pro umělou plicní ventilaci	-	-	ANO
Zařízení pro zvlhčování dýchacích cest	-	ANO	ANO
Přístroj extrakorporální eliminace	-	-	ANO
Infuzní pumpa u lůžka	1ks	1ks	2ks
Dávkovač stříkačkový	1ks	2ks	4ks
RTG přístroj (Pokud není dostupný na jiném pracovišti)	-	ANO	ANO

Tabulka č.2 Vybavení na jednotkách intenzivní péče dle stupně intenzivity⁴

Personální vybavení jednotek intenzivní péče

Na JIP jsou mimo jiné zaměstnáváni lékaři atestovaní v oboru intenzivní medicíny nebo lékař anesteziolog a lékař s odbornou způsobilostí. Z nelékařského zdravotního personálu na JIP pracují zdravotní sestry, které absolvovaly pomaturitní

⁴ Vybavení zde uvedené je zákonem stanoveno jako minimální nutné. V praxi se ovšem lze spíše setkat s bohatěji vybavenými JIP, než jak ukládá zákon.

specializační vzdělání Sestra pro intenzivní péči⁵, všeobecné zdravotní sestry, zdravotnický asistent, sanitáři a ošetrovatelky, viz tabulka č. 3. (Vyhláška č. 99/2012 Sb.; Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.)

	JIP I. stupně - nižší intenzivní péče	JIP II. stupně - vyšší intenzivní péče	JIP III. stupně - resuscitační péče
Lékař intenzivista / anesteziolog nebo specialista v poskytovaném oboru	0,5 úvazku	1,0 úvazku	1,0 úvazku 0,3 úvazku na lůžko
Lékař s odbornou způsobilostí	0,15 úvazku na lůžko	0,2 úvazku na lůžko	0,25 úvazku na lůžko
Sestra pro intenzivní péči	1,0 úvazku	1,0 úvazku	1,0 na lůžko
Všeobecná sestra bez dohledu nebo všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent	1,4 úvazku na lůžko	2,2 úvazku na lůžko	4,0 úvazku na lůžko
Sanitář nebo ošetrovatel	0,1 úvazku na lůžko	0,2 úvazku na lůžko	0,3 úvazku na lůžko

Tabulka č.3 Personální zabezpečení jednotek intenzivní péče

Vzhledem k tomu, že medicína a obor intenzivní medicíny zvláště se velice rychle vyvíjí, je nezbytné, aby se personál pracující na těchto odděleních celoživotně vzdělával, čímž zvyšuje kvalitu poskytované péče a bezpečí pro pacienty. (Kapounová, G., 2007)

1.4.2 Hygienické podmínky provozu na jednotkách intenzivní péče

Na JIP jsou hospitalizováni pacienti, jejichž obranyschopnost je vlivem jejich vlastního onemocnění výrazně snížena. K jejímu dalšímu snížení přispívá podávání širokospektré antibiotické léčby, která má za následek nefyziologickou mikroflóru gastrointestinálního traktu. Negativním důsledkem je vznik komplikací zdravotního

⁵ Specializační vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP), bylo změněno zákonem č. 31/2010 na obor Intenzivní péče s označením odbornosti specialistů Sestra pro intenzivní péči.

stavu pacienta a prodloužení délky jejich hospitalizace. Nejčastějšími původci nemocničních nákaz, tzv. nozokomiálních nákaz, jsou pneumonie u respiračních infekcí, gram negativní bakterie u močových infekcí a staphylokoky u infekcí cévních katetrů, tzv. katetrových sepsí. (Zadák, Z., Havel, E., 2007; Šrámová, H., 2013)

Požadavky na úklid

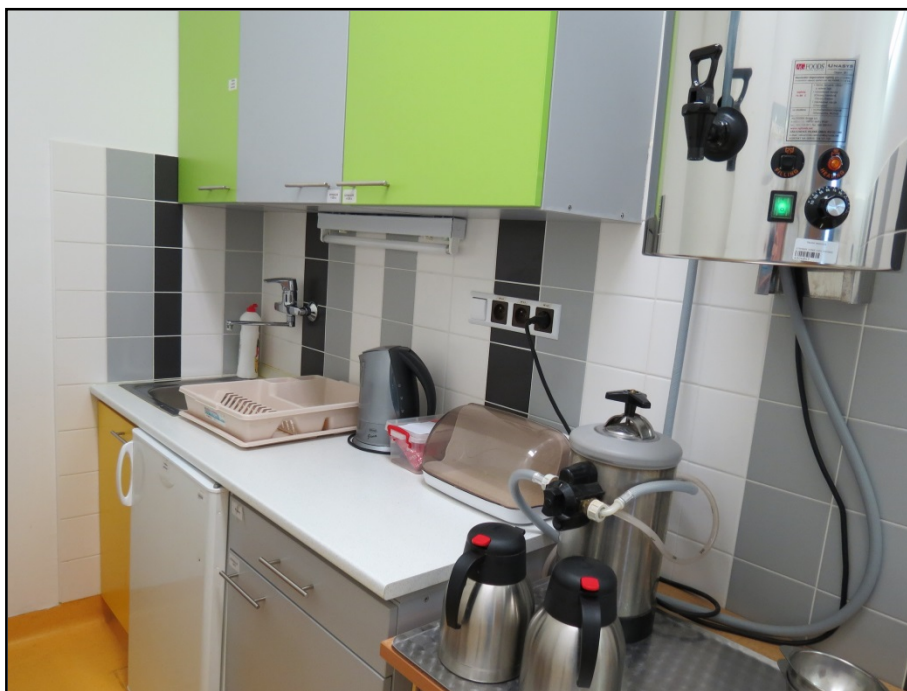
Hygienické požadavky na úklid jsou jedním z hlavních protiepidemiologických opatření, jejichž cílem je zamezení vzniku a šíření nozokomiálních nákaz. Na JIP, kde dochází k manipulacím s biologickým materiálem a k invazivním výkonům, se úklid provádí třikrát denně. Používají se zde běžné čisticí přípravky a dezinfekční přípravky s virucidním účinkem, které jsou součástí dezinfekčního programu zdravotnického zařízení. Všechny tyto prostředky jsou speciálně vyčleněny pro každé pracoviště zvlášť. (Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 306/2012 Sb.)

Při vstupu na JIP lze využít speciálních lepidlových podlahových krytin, tzv. čistících rohoží, které slouží k zachycení mechanických nečistot z obuvi, čímž nahrazují povinné přezouvání se. Další využívanou bariérou je povinné využívání jednorázových ochranných pláštů, a to pro všechny příchozí. Na oddělení se omývají a dezinfikují všechny přístroje, nábytek, pomůcky a ostatní vybavení, se kterými přišli do kontaktu pacient i ošetřující personál. S výhodou je používáno jednorázových pomůcek, které nesmí být opakovaně používány a to ani po jejich sterilizaci. Po odchodu pacienta je vždy prováděn úklid a dezinfekce lůžka, individuálních pomůcek a bezprostředního okolí pacienta. Při kontaminaci biologickým materiálem se potřísněná plocha ihned dezinfikuje a poté se čistí obvyklým způsobem. (Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 306/2012 Sb.; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Kromě každodenního úklidu bývá na JIP prováděn i tzv. velký úklid s uzavřením provozu, a to jednou ročně. „Zkušenost ukazuje význam velkého úklidu při zvýšeném výskytu a přenosu nozokomiálních kmenů...“ (Zadák, Z., Havel, E., 2007., s. 44) Během tohoto úklidu se provádí malování, a to jedenkrát ročně v místnostech sloužících k provozování zdravotnických služeb a jedenkrát za dva roky v místnostech nesloužících k provozování zdravotnických služeb. Zvýšený režim úklidu je taktéž prováděn po odchodu pacienta v izolaci. (Vyhláška č. 306/2012 Sb.; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Manipulace se stravou

Výživa je nezbytnou součástí léčebného režimu pacientů ve všech nemocničních zařízeních, zvláště pak na JIP. Nedostatečná výživa vede k malnutrici pacienta, a tím k prodloužení jeho léčby i pobytu v nemocničním zařízení, což může mít za následek vyšší riziko vzniku nozokomiálních nákaz.⁶ „Strava, která je nemocnému podávána během hospitalizace, musí být energeticky hodnotná, chutná, teplá, esteticky upravená, pestrá a z hlediska mikrobiologického i hygienického nezávadná.“ (Kapounová, G, 2007., s. 50) Tato strava je nejčastěji připravována centrálně v nemocniční kuchyni a poté je rozvážena na jednotlivá pracoviště. Častým systémem užívaným k rozvozu stravy je tzv. tabletový systém, kde je porce pro každého pacienta již připravena k okamžitému servírování. Jednotlivé porce jsou označeny druhem diety, popřípadě i jménem pacienta. Jedná-li se o teplé pokrmy určené k přímé spotřebě, musí být spotřebovány nejdéle 4 hodiny od dokončení jejich tepelné úpravy. Okamžitě nevyužitá strava je uložena v kuchyňce pro pacienty, viz obrázek č. 4.



Obrázek č.4 Kuchyňka pro pacienty (foto: L. Šaldová)

Teplota podávané teplé stravy nesmí během transportu až do doby podávání klesnout pod 60°C. Na oddělení stravu pacientům rozděljuje sestra nebo ošetřovatelka pod dohledem sestry. Jídlo i způsob podání pacientům jsou vždy upraveny optimálním

⁶ Nezanedbatelným důsledkem, při prodloužování pobytu pacienta na nemocničním lůžku, jsou i vyšší finanční náklady.

způsobem dle potřeb jednotlivých pacientů. (Kapounová, G., 2007; Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 602/2006 Sb.)

Manipulace se stravou i její příprava se řídí systémem kritických bodů HACCP (tj. analýza nebezpečí a kritické kontrolní body), v anglickém překladu „*Hazard Analysis and Critical Control Points*“. Jedná se o efektivní preventivní systém, který poukazuje na kritické body při manipulaci se stravou, čímž zkvalitňuje stravovací služby a minimalizuje rizika. (Kohoutová, V., 2010)

Manipulace s prádlem

Nemocniční prádlo je zdravotnický materiál, který je určen k opakovanému použití. Podle zdravotního rizika se prádlo rozděluje do tří skupin, a to na prádlo infekční, operační a ostatní. Infekční prádlo je prádlo kontaminované biologickým materiálem a prádlo používané na infekčních odděleních a v laboratořích. Operační prádlo je prádlo používané na operačních sálech, gynekologicko-porodnických sálech, na novorozeneckých odděleních a na jednotkách intenzivní péče. Operační prádlo, které přichází do bezprostředního kontaktu s operační ránou, musí splňovat nejvyšší nároky stejné jako prádlo jednorázové, kterého je s výhodou využíváno. Ostatní je prádlo, které není ani operační ani infekční. (Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 306/2012 Sb.)

Nemocniční prádlo je kontaminováno mikroorganismy, a proto je nutné s ním vždy zacházet jako s infekčním materiálem a předcházet tak přenosu nozokomiálních infekcí. Použité prádlo po výměně lůžkovin, která se provádí minimálně jednou týdně⁷, se nepočítá, nerozklepává se a ukládá se do pytlů, které znemožňují kontaminaci okolí z tohoto prádla. Tyto pytle nesmí stát přímo na podlaze, proto jsou zavěšeny na sběrných vozících. Při manipulaci s použitým prádlem personál používá ochranných pracovních pomůcek, jako jsou jednorázové rukavice, rouška zakrývající nos a ústa, popřípadě ochranný oděv. Na JIP se pytle s použitým prádlem neskladují, nýbrž se denně odvázejí v kontejnerech přímo vyčleněných k odvozu použitého prádla. (Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 306/2012 Sb.; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Čisté prádlo musí být při přepravě z prádelny chráněno před možným znečištěním a kontaminací. Je proto převáženo ve speciálních, k tomuto účelu určených kovových skříních nebo v klecích pokrytých textilním obalem. Na odděleních je čisté prádlo ukládáno do pravidelně dezinfikovaných uzavíratelných skříní, čímž je opět

⁷ Na jednotkách intenzivní péče se výměna lůžkovin provádí jednou až dvakrát denně a dále pak dle potřeby s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta a jeho potřebám.

chráněno před znečištěním a kontaminací. Nesmí docházet ke křížení provozu čistého a špinavého prádla a to po celou dobu manipulace s ním. (Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 306/2012 Sb.; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Manipulace s odpadem

Odpadem se rozumí veškeré věci, které jsou určeny k likvidaci. Nakládání s tímto odpadem se řídí zákonem č. 31/2011 Sb. Třídění odpadu v místě jeho vzniku a bezpečné nakládání s ním je základním předpokladem k bezpečné manipulaci s tímto odpadem. Veškerý odpad musí být tříděn v místě svého vzniku. Shromažďovaný odpad musí být řádně označen a na místě k tomu určenému uložen do odpovídajících obalů např. plastové barely, nádoby na sběr ostrých předmětů, igelitové pytle. „...nebezpečný odpad se ukládá do označených, oddělených, krytých, uzavíratelných, nepropustných a mechanicky odolných obalů, podle možnosti spalitelných bez nutnosti další manipulace s odpadem.“ (Vyhláška č. 306/2012 Sb., s. 3958) Jednoznačným prvkem zvýšení bezpečnosti při nakládání s odpady je barevné rozlišení obalových materiálů, např. v pytli žluté barvy je ukládán infekční odpad, v pytli červené barvy je ukládán odpad určený ke spálení a v pytli černé barvy je ukládán biologický odpad. Cílem třídění odpadu je minimalizace nebezpečného odpadu a bezpečné zacházení s ním. Odděleně se ukládají ostré předměty, nepoužitá léčiva, infekční a biologicky kontaminovaný odpad, odpad komunální a suroviny jako je papír, plast, sklo a plech. Odvážení nebezpečného odpadu z jednotlivých stanic je průběžné, nejméně však jednou denně. (Metodické doporučení k nakládání s odpady ze zdravotnictví, 2007; Vyhláška č. 306/2012 Sb.; Zadák, Z., Havel, E., 2007)

Zdravotnický personál – hygiena rukou

Hygiena rukou je nedílnou součástí péče o pacienty nejen na JIP, ale ve všech zdravotnických zařízeních. Až šedesát procent nozokomiálních nákaz jsou přeneseny rukama ošetřovatelského personálu, které jsou kontaminovány nemocniční mikroflórou. Nejvíce rizikovou vlastností nemocniční mikroflóry je na rozdíl od běžné mikroflóry sklon k rezistencím až multirezistencím na antibiotickou léčbu i některé dezinfekční přípravky. Platnými zákony České republiky jsou dány podmínky provádění hygieny rukou, které mají minimalizovat přenos infekce a tím zvýšit bezpečnost pacientů⁸.

⁸ Ve fakultní nemocnici Hradec Králové je každý zaměstnanec povinen se jednou ročně zúčastnit školení o hygieně rukou.

(Mařar, R., Podstatová, R., Řehořová J., 2006; Vyhláška č. 306/2012 Sb.; Věstník MZ ČR, částka 5/2012)

Hygienické (mechanické) mytí rukou se provádí za použití tekutého mýdla a tekoucí vody, poté následuje osušení jednorázovým papírovým ručníkem, viz obrázek č. 5. Hygienické mytí rukou se provádí „...vždy při viditelném znečištění a po použití toalety apod.“ (Věstník MZ ČR, částka 5/2012, s. 17). Nezastupitelnou roli hraje hygienické mytí rukou při výskytu sporulujících patogenů *Clostridium difficile*. (Věstník MZ ČR, částka 5/2012)



Obrázek č.5 Schéma základních činností vyžadujících hygienickou dezinfekci rukou

(Obrázek byl převzat z webových stránek ministerstva zdravotnictví České republiky, dostupný na

http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecidokumenty/doporuceni_7644_2922_29.html.

[Pět základních situací pro hygienu rukou\[1\]](#), 18.3.2014)

Hygienická dezinfekce rukou se provádí za použití alkoholového dezinfekčního prostředku, který se vždy aplikuje na suché ruce. Dezinfekční prostředek s obsahem alkoholu by se neměl používat současně s mýdlem. Hygienická dezinfekce rukou se provádí vždy před i po kontaktu s pacientem i jeho okolím, po kontaktu s invazivními pomůckami, mezi přechodem při ošetřování různých oblastí pacienta, po kontaminaci

biologickým materiálem, při sejmutí rukavic či při provádění bariérového ošetřovatelství. (Věstník MZ ČR, částka 5/2012)

Nezanedbatelným aspektem při provádění hygieny rukou, s důrazem na možné šíření nozokomiálních nákaz, jsou přirozené, upravené, krátce zastřižené a čisté nehty. Dále personál nesmí při ošetřování pacientů nosit prsteny ani náramky a tam, kde se provádí operační výkony, nesmí nosit ani hodinky. Pro efektivní provádění hygieny rukou jsou takto upravené ruce základním předpokladem. (Věstník MZ ČR, částka 5/2012)

K hygienickým požadavkům na zdravotnický personál patří používání ochranného pracovního oděvu, který je vyčleněn pouze k použití na JIP. V tomto oděvu zaměstnavatel nesmí opustit areál zdravotnického zařízení. (Vyhláška č. 306/2012 Sb.)

Návštěvy pacientů

Návštěvy blízkých sehrávají v léčbě pacientů důležitou roli. Rodinní příslušníci a další blízké osoby jsou pro pacienta velkou psychickou podporou v boji s nemocí. Oni pacienta rozptylují, vypráví mu a snaží se, aby alespoň na chvíli zapomněl na svoji nemoc, oni pacienta ujišťují o tom, že je stále platným členem jejich společenství a oni se starají o domácnost, kterou pacient na nějakou dobu opustil. Tím vším návštěvy pomáhají pacientům uspokojovat jejich potřebu jistoty, bezpečí, lásky a sounáležitosti, čímž pacienta motivují k rychlejšímu uzdravení. Všechny návštěvy ovšem nemusí mít na pacienta příznivý vliv a v tom případě je na ošetřujícím personálu, aby vhodným způsobem pomohl takovouto návštěvu ukončit. U těžce nemocných pacientů je úkolem sestry, aby doprovázela návštěvu k lůžku pacienta, minimalizovala strach z pohledu na těžce nemocného obklopeného mnoha přístroji a hadičkami a dopomohla jí ke správné komunikaci s pacientem, který může být např. v umělém spánku. Sestra edukuje příchozí, jak se mohou svého blízkého dotýkat, aby nenarušili pacientovu monitoraci či terapii. (Bártlová, S., 2005; Šamánková, M. a kol., 2011)

Režim přijímání návštěv musí být v souladu s provozem oddělení. Z důvodů epidemiologických si návštěva vcházející do prostoru JIP musí obléknout ochranný plášť a před i po návštěvě provést dezinfekci rukou. Na návštěvy by neměli přicházet osoby nachlazené či trpící jiným infekčním onemocněním. Návštěvy si nesmí sedat na lůžko pacienta, nesmí si na lůžko odkládat své osobní věci a dále je zakázáno na JIP

nosit květiny a jiné rostliny. Optimální návštěva je dvoučlenná a trvá přibližně třicet minut.⁹ (Šamánková, M. a kol., 2011; Šrámová, H., 2013; Vyhláška č. 306/2012 Sb.)

⁹ O vhodné délce návštěvy rozhoduje momentální zdravotní stav, kondice a přání pacienta. U pacientů dlouhodobě hospitalizovaných jsou s výhodou návštěvy spíše delší, u pacientů v akutním stádiu onemocnění návštěvy spíše kratší.

2 Pacientem vnímané aspekty

Pacienti hospitalizovaní na JIP jsou vystaveni mnoha faktorům, které nepřímo mohou negativně i pozitivně ovlivnit jejich zdravotní stav. Mezi nejzákladnější pacientem vnímané aspekty na JIP patří vliv světla, hluku a okolní teploty.

2.1 Světlo a jeho vliv

Denní světlo má prokázaný velký vliv na lidský organismus. Díky němu jsou aktivovány tzv. biologické hodiny, jejichž působení ovlivňuje správné fungování organismu. Světlo posiluje zdraví je zdrojem životní síly a optimismu. Naopak nedostatek denního světla v organismu způsobuje deprese, poruchy spánku, oslabení imunity a celkové působí na fyzicko-duševní nepohodu. Podle světové zdravotnické organizace je deprese způsobená nedostatkem světla čtvrtým nejčastějším onemocněním. (Köster, H., 2010; Matoušek, J., 2004)

Střídání denního světla a tmy v noci je označováno jako cirkadiánní rytmus (z latinského překladu *circa diem* – přibližně den). V noci vlivem sníženého množství světla dochází v organismu k produkci tzv. spánkového hormonu melatoninu, který je produkován v epifyze a je zodpovědný za kvalitu spánku, což se projevuje lepším usínáním ve tmě. Melatonin řídí cirkadiánní rytmus a dále informuje organismus o roční době, podporuje imunitní systém, ovlivňuje reprodukční schopnosti a sexuální chování a v neposlední řadě také jako antioxidantní činitel odstraňuje volné radikály a zpomaluje stárnutí. Při tvorbě melatoninu jako jeden z meziproduktů vzniká serotonin, jehož nedostatek může také způsobovat změnu nálad, deprese a poruchy spánku. (Dušek, K., 2010; Köster, H., 2010; Matoušek, J., 2004; Vašina, L., 2010)

Hygienické požadavky na osvětlení pracoviště jsou stanoveny v Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. a stanovují minimální požadavky na provoz dle platných technických norem. (Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.)

2.2 Hluk a jeho vliv

„Za hluk je považován každý zvuk, který má na člověka nepříjemný, rušivý nebo škodlivý účinek.“ (Dvořáková, Z., 2012, s. 189) V současnosti je hluk považován za velmi rizikový a studie dokazují jeho negativní vliv na zdraví člověka. Prokázanými

nepříznivými účinky hluku na organismus jsou poškození sluchového aparátu, hypertenze, ztížené osvojování si řeči a čtení u dětí a v neposlední řadě poruchy spánku, deprese, zhoršení paměti či únava a snížení výkonnosti. Při dlouhodobé expozici nadměrného hluku může dojít až k nevratnému poškození sluchu. (Dvořáková, Z., 2012; Vandasová, Z., 2007)

Hygienické požadavky na ochranu zdraví před nepříznivými účinky hluku jsou stanoveny v Nařízení Sb. a stanovují maximální požadavky na provoz dle platných technických norem. V nemocničním pokoji je od 6.00 – 22.00 hodin limit hluku stanoven na 40 dB (s nulovou korekcí) a od 22.00 – 6.00 hodin je tento limit stanoven na 25 dB (s korekcí – 15 dB). Toto nařízení a jeho limity se však nevztahují na „akustické výstražné signály související s bezpečnostními opatřeními, záchranou lidského života, zdraví a majetku“.¹⁰ (Nařízení vlády č. 272/2011, s. 3338) Orientační hladiny zvuků jsou uvedeny v příloze č. 3.

2.3 Mikroklimatické podmínky

Dominantní složkou mikroklimatu je teplota okolního prostředí, která společně s vlhkostí a prouděním vzduchu zajišťuje tepelný komfort pacientů. (Mathauserová, Z., 2007)

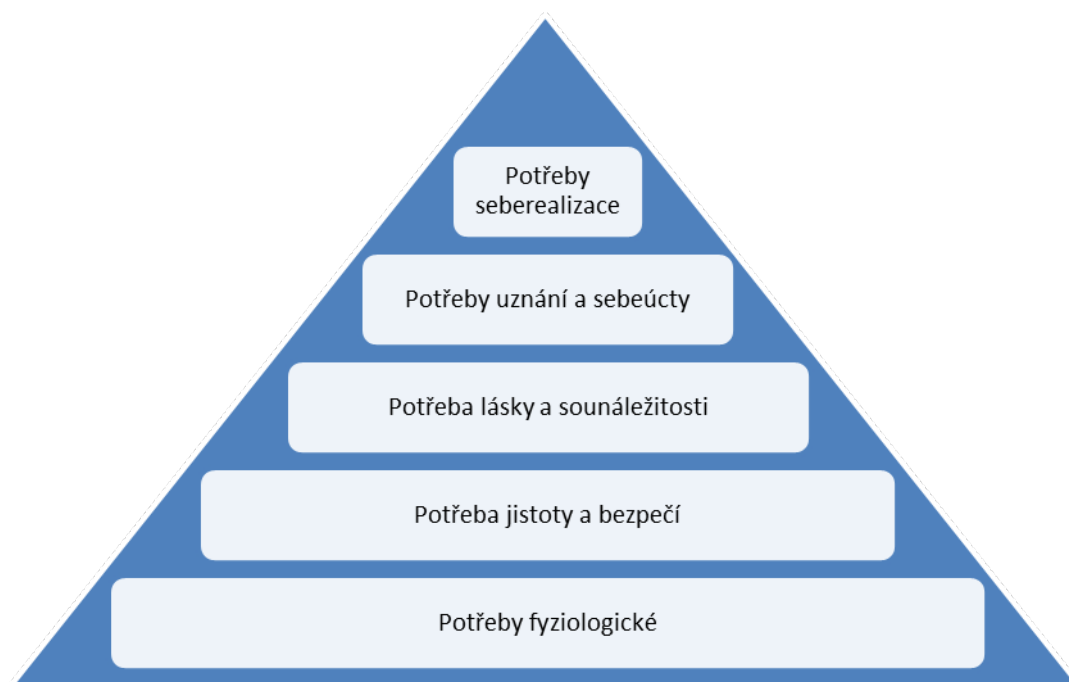
Teplota okolního prostředí je pacienty nejvíce vnímaným faktorem zajišťujícím jejich tepelný komfort, který lze charakterizovat jako teplotní rovnováhu mezi pacientem a okolním prostředím. Taková teplota nezatěžuje pacientův termoregulační systém. Dle platné legislativy musí být teplota okolí ve zdravotnických zařízeních 24°C s tolerancí 2°C. V chladných obdobích může být tato teplota snížena o další 2°C. (Mathauserová, Z., 2007; Vyhláška č. 6/2003 Sb.)

Vlhkost vzduchu, která je samotnými pacienty mnohem méně vnímána než okolní teplota, je důležitým faktorem pro lidský organismus. Při snížení vlhkosti vzduchu dochází k vysoušení sliznic horních cest dýchacích, čímž dochází ke snížení jejich obraně funkce a možnosti průniku nežádoucích látek do dolních cest dýchacích. Dle platné legislativy musí být v pobytových místnostech udržována relativní vlhkost vzduchu v teplých obdobích roku maximálně 65% a v chladných období roku minimálně 30%. (Mathauserová, Z., 2007; Vyhláška č. 6/2003 Sb.)

¹⁰ Z důvodu použití přístrojů s akustickým alarmem na JIP, jsou tyto hodnoty brány spíše jako optimální.

3 Potřeby pacientů

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“ (Šamánková, M., 2011, s. 12) Vnímání potřeb samotnými pacienty je individuální a jejich saturace přispívá k uchování a podpoře zdraví a k vyšší kvalitě života a naopak neuspokojování potřeb má za následek stres a pocity frustrace. „Proces uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jehož součástí je i vytváření a utváření potřeb.“ (Bártlová, S., 2005, s. 91) Jedním z nejznámějších a nejpoužívanějších systémů hodnocení potřeb je Maslowova pyramida potřeb, viz obrázek č. 6, která má jednotlivé potřeby uspořádány vzestupně dle naléhavosti jejich uspokojování. (Bártlová, S., 2005; Šamánková, M., 2011; Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J., 2011)



Obrázek č.6 Pyramida potřeb dle A. H. Maslowa (Kelnarová, J.a kolektiv, 2009)

3.1 Členění potřeb

Potřeby se mohou členit podle mnoha kritérií. Nejčastější dělení je na potřeby biologické a psychologické a na primární a sekundární. Další členění potřeb může být na individuální a kolektivní, materiální a nemateriální, ekonomické a neekonomické,

hlavní a doplňkové, nezbytné a zbytné, trvalé, občasné a výjimečné a konečně současné a budoucí. (Šamánková, M., 2011; Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J., 2011)

Biologické, neboli fyziologické potřeby odrážejí potřeby organismu jako např. potřebu výživy, vyprazdňování, spánku a pohybu. **Psychologické potřeby** odrážejí psychický stav pacienta a umožňují jeho adaptaci na okolní sociální prostředí. Sem patří např. potřeba jistoty a bezpečí, duševní vyrovnanosti, estetiky, společenské sounáležitosti, seberealizace a v neposlední řadě také duchovně zaměřené potřeby. (Šamánková, M., 2011; Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J., 2011)

Primární potřeby neboli vrozené reflektují základní životní potřeby organismu a bez jejich naplnění nemůže jedinec dlouho existovat. Během nemoci k jejich saturaci pomáhá nebo ji plně zajišťuje ošetřovatelský personál. **Sekundární potřeby neboli potřeby získané** reflektují potřeby jedince jako člena společnosti, např. potřebu komunikace, sociálních vazeb, seberealizace a poznávání. (Šamánková, M., 2011; Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J., 2011)

Individuální potřeby se týkají jednotlivců. Jedná se např. o splnění osobních cílů, potřeba seberealizace. **Potřeby kolektivní** se týkají většího počtu osob a jsou to např. potřeba zdravotnické a sociální péče, nebo potřeba čistého životního prostředí. (Šamánková, M., 2011)

Materiální potřeby jsou potřeby charakterizované přáním vlastnit hmotné statky či je užívat, např. vlastnit automobil, dům, sbírku známek atd. **Potřeby nemateriální** jsou nehmotné, charakterizované duševními hodnotami, např. potřeba lásky, sounáležitosti, svobody atd. (Šamánková, M., 2011)

Ekonomické potřeby jsou potřeby, jejichž uspokojování je závislé na hospodářské činnosti, např. potřeba něco vlastnit nebo být odměněn za odvedenou činnost. Saturace **neekonomických potřeb** není závislá na hospodářské činnosti, např. potřeba mít potomka nebo umět plavat. (Šamánková, M., 2011)

Potřeby hlavní zajišťují uskutečnění dalších potřeb v návaznosti, např. potřeba vlastnit vůz a moci s ním jet na dovolenou. **Doplňkové potřeby** zvyšují kvalitu uspokojovaných potřeb, např. mít práci a být v ní úspěšný. (Šamánková, M., 2011)

Nezbytné potřeby zajišťují základní atributy, bez nichž by nebylo existence, např. jídlo, pití. **Zbytné potřeby** jsou potřeby, bez nichž je možné se obejít, např. vlastnit chalupu. (Šamánková, M., 2011)

Potřeby trvalé jsou potřeby vyskytující se denně, např. potřeba výživy, vyprazdňování či spánku. **Občasné potřeby** se více či méně pravidelně opakují, např. každé léto mám potřebu starat se o zahrádku. **Potřeby výjimečné** nejsou pravidelnou potřebou, např. potřeba uskutečnit výjimečnou oslavu. (Šamánková, M., 2011)

3.2 Potřeby hospitalizovaných pacientů

Během pobytu v nemocničním prostředí mají pacienti mnoho nejrůznějších potřeb, o jejichž saturaci se stará jednak pacient sám, jeho blízcí a ošetrovatelský personál. Vzhledem k omezeným možnostem ošetrovatelského personálu jsou primárně plněny potřeby související s léčbou a zdravotním stavem pacientů. U hospitalizovaných pacientů se potřeby člení do tří základních skupin na potřeby, které se v průběhu nemoci nemění, potřeby, které se během nemoci mění a potřeby, které v souvislosti s nemocí vznikly. (Bártlová, S., 2005; Křivohlavý, J., 2006)

Potřeby, které v průběhu onemocnění zůstávají stejné jako v období před nemocí jsou potřeby biologicko-psychické, jako např. potřeba dýchání, výživy, hydratace, vyprazdňování a spánku. Dalšími potřebami náležící do této kategorie jsou potřeby čistoty, komfortu, jistoty a bezpečí. Někteří nemocní si díky své nemoci více uvědomují důležitost některých potřeb a často se stává, že přehodnocují priority ve svém vlastním žebříčku. Saturování některých potřeb si pacienti během pobytu v nemocničním zařízení mohou zajišťovat sami, popř. prostřednictvím svých blízkých, ale u jiných potřeb jsou odkázáni na pomoc ošetrovatelského personálu. (Bártlová, S., 2005)

Potřeby, které se v průběhu onemocnění mění jsou z velké části ovlivňovány samotnou nemocí, jejím druhem a stádiem, ve kterém se pacient momentálně nachází. Nezanedbatelným faktorem nemocí změněných potřeb je věk, pohlaví, profese a společenské postavení. Převážně jde o změny, které jsou velkou měrou ovlivňovány charakterem jedince a jeho sociálním prostředím. Častými potřebami změněnými nemocí jsou potřeby ze sociální oblasti, jako např. potřeba sociálních kontaktů, potřeba poznání zastoupená především potřebou dostatečných a jednoznačných informací o nemoci, potřebou kultury, v nemocničních podmínkách nejčastěji saturovaná sledováním televize, posloucháním rozhlasu či četbou, a potřeba seberealizace, kterou

se pacient může aktivně podílet na procesu uzdravování. Uspokojováním těchto potřeb pacient znovu nabývá pocitů vlastní potřeby, sebenaplnění a uznání. Proto jsou tyto činnosti součástí léčebného režimu pacienta a ošetrovatelský personál by v ní měl pacienty dle svých možností podporovat. (Bártlová, S., 2005; Křivohlavý, J., 2006)

Nové potřeby vzniklé vlastní nemocí mají nejužší vztah k nemoci a jejich saturace je součástí léčebného režimu. Významné aspekty ovlivňující charakter těchto potřeb jsou druh nemoci, její závažnost, stádium a dosavadní průběh, osobnostní vlastnosti jednotlivce, jeho předešlé zkušenosti s nemocí a sociální a rodinné vazby, které jsou velkou podporou pacienta. Nové potřeby lze rozčlenit do tří skupin na potřebu navrácení zdraví, na potřebu odstranění či minimalizaci bolesti a na potřebu udržení sociálních rolí, popř. příprava na role nové. Potřeba navrácení zdraví je společnou potřebou všech nemocných, i když v bližším pojetí se vnímání nemoci a jednotlivé potřeby mohou lišit dle jednotlivých skupin pacientů. Potřeba odstranění či minimalizace bolesti je prioritní potřebou pacientů. Bolest je psychofyzickým aspektem, pro pacienty je omezující a nemusí se ztotožňovat s touhou pacienta po uzdravení se. Potřeba udržení sociálních rolí, popř. příprava na role nové je pro pacienty velmi důležitým momentem v jejich nemoci. Nemocní si uvědomují, že jsou závislí na zdravé populaci a vnímají změnu svého postavení ve společnosti. Dojde-li vlivem nemoci ke změně schopností nebo možností pacienta, obtížně pak prožívají nemožnost provádět svou dosavadní pracovní činnost i své záliby. V takovémto případě je zapotřebí nalézt optimální náhradní činnosti, které pacientovi nahradí jeho dosavadní aktivity. (Bártlová, S., 2005)

„Závěrem můžeme říci, že biologické potřeby nelze izolovat od potřeb společenských – jsou vždy v určité návaznosti, hranice mezi nimi jsou plynulé a záleží na subjektu, jaký stupeň naléhavosti té které potřebě přikládá.“ (Bártlová, S., 2005, s. 96)

3.3 Potřeby pacientů hospitalizovaných na JIP

Potřeby pacientů hospitalizovaných na JIP jsou z velké části stejné jako u pacientů na standardních odděleních, avšak s tím rozdílem, že pacienti na JIP si tyto potřeby mnohdy neuvědomují, anebo uvědomí, ale sami je nemohou saturovat a jsou ve velké míře odkázáni na pomoc ošetrovatelského personálu. K pacientům v bezvědomí

zachováváme stejný postoj jako k pacientům, kteří jsou při vědomí. K nejčastěji saturovaným potřebám u pacientů na JIP patří potřeby z prvních tří úrovní v žebříčku Maslowovy pyramidy potřeb, tj. fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty a také potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti. (Šamánková, M., 2011)

Fyziologické potřeby zajišťují pacientům přežití. Jejich saturace je tedy pro pacienty životně důležitá. Patří mezi ně potřeba dýchání s dostatečnou saturací kyslíkem, potřeba tělesné integrity, potřeba dostatečného množství tekutin a potravy, potřeba vylučování, potřeba čistoty, potřeba spánku a potřeba nemít bolest. (Šamánková, M., 2011)

Potřeba bezpečí a jistoty je na JIP o to důležitější, že pacienti zde hospitalizovaní jsou ve vážném zdravotním stavu, což již samo o sobě výrazně snižuje pocity bezpečí a jistoty. Jednoznačnými prvky, kterými lze pocit bezpečí a jistoty posílit je častý kontakt s ošetřujícím personálem a dostatek informací, a to jak o svém zdravotním stavu, tak o prováděných činnostech, které budou s pacientem prováděny. V neposlední řadě má na pacienta kladný vliv kontakt s blízkými osobami. (Šamánková, M., 2011)

Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti je z již zmíněných potřeb nevíce závislá na stavu vědomí pacientů, i když vzhledem k tomu, že nevíme, co pacient v bezvědomí cítí a vnímá, musíme se opět chovat ke všem pacientům jako kdyby byli při vědomí. Tato potřeba není saturována pouze blízkými pacientů, ale velký vliv má přístup ošetřovatelského personálu. Pacienti cítí z chování personálu jejich postoj k nim, a to velmi ovlivňuje pocity přijetí a sounáležitosti. (Šamánková, M., 2011)

4 Vliv prostředí na pacienty

Vliv nemocničního prostředí na pacienty a jeho hodnocení bylo publikováno v některých česky i anglicky píšících odborných časopisech. V této práci byly použity články z časopisů „Sestra“, „*Building and Environment*“ a „*Journal of Environmental Psychology*“.

4.1 Vývoj nemocničního prostředí a jeho vliv

V časopise „Sestra“ byl publikován článek o transformaci nemocničního prostředí, kde jeho autor Škrla, P. poukazuje na významný vliv prostředí na uzdravování pacientů. Toto konstatování bylo zjištěno na základě studií a hovoří se zde o vlivu prostředí jak hmotného tak i prostředí duchovního. Již dávno neplatí, že být pracovištěm na té nejvyšší odborné úrovni lze pouze díky nejmodernějším přístrojům a pomůckám. K neméně důležitým aspektům kvalitního pracoviště patří právě zmíněné vlivy prostředí a přístup ošetřujícího personálu.

Nejdůležitějšími faktory léčebného prostředí, které ovlivňují pacientovo vnímání nemocničního prostředí a které jsou následně schopny ovlivnit vlastní průběh onemocnění, jsou možnost rozhodování o sobě, dekorativní prvky s přírodní tematikou, sociální interakce a minimalizace stresů způsobených okolním prostředím. Takovým ideálním prostředím, které již na první pohled působí příznivě na pacienta, je prostor, kde jsou stěny vymalovány v pastelových barvách, není zde příliš hluku ani pachů, popřípadě zde jsou umístěny obrazy, sochy a jiné předměty dokreslující příjemnou atmosféru prostředí. Velmi důležitý je vztah personálu k pacientům, ale i vztah mezi jednotlivými pracovníky. To výrazným způsobem ovlivňuje vnímání pacientů, snižuje to hladinu jejich stresu a napětí a vyvolává pocit klidu a bezpečí.

V závěru článku autor shrnuje fakta o léčebném prostředí a konstatuje, že „Optimální léčebné prostředí je takové prostředí, ve kterém signály, které pacienti získávají, jim neustále nepřipomínají jejich úděl, jejich izolaci od rodiny, jejich obavy a úzkosti z toho, co je čeká.“ (Škrla, P., 2008, s. 5) Faktory ovlivňující pacientovo vnímání prostředí autor rozděluje do tří skupin, a to na vlivy funkční, smyslové a psychické. Funkční faktory jsou informace o tom, zda systém funguje či nikoliv, smyslové faktory jsou zrakové, sluchové, čichové a hmatové a třetí, psychické faktory zahrnují chování a vystupování nemocničního personálu. (Škrla, P., 2008)

V dostupné domácí literatuře nebyla dosud publikována žádná výzkumná práce, která by se zabývala vlivem prostředí na pacienty.

4.2 Dopad okolního prostředí na uživatele

Článek *Healing Environment: A Review of the impact of physical environmental factors on users*, od autorů Huisman, E. R. C. M., Morales, E., Hoof van J., Kort, H. S. M. (2012), v českém překladu Uzdravující prostředí: Přehled dopadu okolního prostředí na uživatele pojednává o dopadu faktorů okolního prostředí na jeho uživatele a zabývá se průzkumem vzhledu léčebných zařízení z pohledu pacienta, rodiny i personálu. Hlavní myšlenkou je důležitost vlivu uzdravujícího prostředí na pacientovo zdraví a pohodu oproti „syndromu onemocnění z budov“, v anglickém originále „*Sick Building Syndrome*“ – SBS. Uzdravující prostředí se dá považovat za „chytrou investici“, protože zvyšuje efektivitu práce zaměstnanců a snižuje délku pobytu pacientů v nemocnici, čímž šetří peníze. Tento pobyt je pro pacienty zároveň méně stresující, umožňuje rychlejší uzdravení pacientů a vylepšuje pohodový stav pacientů i jejich rodin, stejně tak jako i vytváří příjemné, pohodlné a bezpečné pracovní prostředí pro zaměstnance.

Výsledkem práce byly zjištěné požadavky, na kterých trvali pacienti a jejich rodiny a požadavky, na kterých trval personál. Prioritou pacientů a jejich rodin byla bezchybnost zdravotnického personálu, kterou lze docílit standardizací pokojů a jejich vybavením a dostatkem přirozeného i umělého světla. Druhou prioritou bylo bezpečí, které se především týkalo snižování pádů, snižování infekcí, přístupnosti pro imobilní pacienty a kvality vnitřního vybavení. Tomu lze předcházet přizpůsobením prostředí pacientům jako je užití postranic u lůžka, správná výška nábytku, použití nástavců a kompenzačních pomůcek. Snižování míry infekce je obtížnější na vícelůžkových pokojích a k jejímu ovlivnění přispívají i použité materiály. Ty musí být snadno omyvatelné a dezinfikovatelné. Třetí prioritou byla kontrola ze strany pacientů. Jednalo se o možnost volby manipulovat s okolním prostředím bez cizí pomoci, tedy samotným pacientem, což má výrazně pozitivní psychologický vliv, a to především při ovládání pozice lůžka, teploty v pokoji, osvětlení a přirozeného světla. Další, čtvrtou prioritou bylo vnímání soukromí. Pacienti, kteří měli dostatek soukromí, pohlíželi na svůj pobyt v nemocnici jako na bezpečnější. Pátou prioritou bylo pohodlí pacientů, které bylo spojeno s použitím příjemných materiálů, obrazů krajiny, přírody nebo osob s pozitivním

výrazem ve tváři, které mohou zredukovat stres pacientů i jejich bolest. Stejně pozitivní vliv měl i výhled z okna na přírodu. Pacienti s takovýmto výhledem užívali méně analgetik a v zápisech sester měli pozitivnější hodnocení než pacienti s výhledem na budovy nebo pacienti s nedostatečným výhledem z okna. Navíc pacienti s horším výhledem z okna byli celkové hůře orientovaní než pacienti s dobrým výhledem z okna.

Závěr práce vypovídá o tom, že vliv okolního prostředí na proces uzdravování je důležitý, a že důležité při výstavbě nových zdravotnických zařízení je porozumění potřebám všech uživatelů.

4.3 Vnímání kvality nemocničního prostředí

Článek *Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Duality Indicators – PHEQIS*, od autorů Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., Bonaiuto, M (2012) pojednává o portugalské studii využívající původního italského dotazníku PHEQIS. Tento článek, který by se v českém překladu jmenoval *Názory uživatelů na kvalitu nemocničního prostředí: faktory platnosti vnímání nemocničního prostředí*, se zabývá psychologií okolního prostředí a na problematiku nahlíží ze tří směrů. Jsou to okolní a sociální prostředí a hodnocení z pohledu architektů. Autoři zde uvádějí, že mnoho nemocnic bylo primárně postaveno tak, aby bylo vyhověno nákladovosti a funkčnosti, ale ne podle potřeb všech uživatelů. Vznikl pojem *Evidence-based design* čili „*Healing environments*“, což lze přeložit jako „uzdravující prostředí“. Zde bylo jasně vyhodnoceno, že při výstavbě nového zdravotnického zařízení je důležitý názor všech uživatelů, tedy pacientů, personálu a rodinných příslušníků i architektů. Sbíráni informací od uživatelů a přizpůsobování prostředí jejich potřebám je důležitou součástí konkurenčního boje o pacienty i personál. Jedním z aspektů, podle kterých se personál rozhoduje, zda bude pracovat ve vybrané nemocnici, nebo zda se zde pacient nechá hospitalizovat, je i vzhled budov a vnitřního vybavení nemocničního zařízení.

Okolní prostředí má velký vliv na uspokojování pacientů ve zdravotnictví, na výkony zaměstnanců i na stres obou zmíněných skupin. Kromě přímého vlivu okolního prostředí, jakým je například snížení vzniku infekce z důvodu modernějších a lépe ošetřovatelných ploch, má prostředí i vliv psychologický. Jako konkrétní příklad lze uvést, že dva různí pacienti na dvou různých pokojích, kterým se dostalo stejné péče, se domnívají, že pacient z hezčího pokoje dostal lepší péči než pacient z menšího, ne příliš

pěkného pokoje a naopak. Všeobecně lze říci, že čím hezčí pokoj, tím lepší péči pacienti očekávají a zároveň oni sami tuto péči hodnotí lépe. Více spokojenosti bylo i u personálu pracujícího na esteticky upravených odděleních, k čemuž velkou měrou přispíval i dostatečný vliv denního světla. Okolní prostředí je tedy mocným nástrojem, jak vytvářet podmínky pro vnímání kvality péče a jak poskytovat lepší pracovní podmínky pro zaměstnance.

Dotazník PHEQIs, který byl využit ve výše zmíněné studii se v některých oblastech shoduje s dotazníkem Pacientovo vnímání prostředí na Jednotce intenzivní péče, což umožnilo porovnání výsledků obou těchto prací. Dotazník Pacientovo vnímání prostředí na Jednotce intenzivní péče je uveden v příloze č. 2 a dotazník PHEQIs je uveden v příloze č. 3 této práce.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Empirická část

Cíle empirické části:

Cíl č. 1 zhodnotit pacientovo vnímání prostředí intenzivní péče

Cíl č. 2 vytipovat nejvíce zatěžující faktory v prostředí CHIR JIP 1 a možnost ovlivnění tohoto prostředí

Cíl č. 3 zhodnotit přístup ošetřovatelského personálu ve vztahu k pacientům

Hypotézy:

Hypotéza č. 1 předpokládala, že minimálně 70% respondentů bude spokojeno s prostředím a čistotou na CHIR JIP 1.

Hypotéza č. 2 předpokládala, že minimálně 40% respondentů bude během pobytu na CHIR JIP1 vadit úroveň hluku.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že minimálně 30% respondentů bude během pobytu na CHIR JIP 1 vadit světlo v noci.

Hypotéza č. 4 předpokládala, že u více jak 75% dotazovaných respondentů bude bolest během hospitalizace na CHIR JIP 1 dostatečně léčena.

Hypotéza č. 5 předpokládala, že minimálně 25% respondentů bude mít během svého pobytu na CHIR JIP 1 problémy se spánkem.

Hypotéza č. 6 předpokládala, že minimálně 70% respondentů bude spokojeno s dostatkem soukromí během hospitalizace na CHIR JIP 1.

Hypotéza č. 7 předpokládala, že maximálně 20% respondentů si bude v průběhu hospitalizace na CHIR JIP 1 uvědomovat přítomnost živých či děsivých snů a blouznění.

Hypotéza č.8 předpokládala, že minimálně 60% respondentů bude během pobytu na CHIR JIP 1 prožívat strach o svůj život.

Hypotéza č. 9 předpokládala, že minimálně 75% respondentů bude od lékařů a ostatního ošetřovatelského personálu dostatečně a srozumitelně informováno o svém zdravotním stavu i o prováděných postupech.

Hypotéza č. 10 předpokládala, že minimálně 85% respondentů bude spokojeno s přístupem ošetřovatelského personálu a s úrovní poskytované péče na CHIR JIP 1.

Hypotézy byly postaveny na základě vlastních zkušeností nabytých během 15 let mé profesní praxe na CHIR JIP 1 ve fakultní nemocnici v Hradci Králové.

5.1 Zkoumaný soubor respondentů

Zkoumaný soubor tvořili pacienti, kteří byli hospitalizováni ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na jednotce intenzivní péče chirurgické kliniky - CHIR JIP 1, a to v období od listopadu 2013 do února 2014. Výběr respondentů byl dán ochotou spolupracovat, dosaženou věkovou hranicí 18 let, minimálně třídní hospitalizací na této jednotce, schopností hovořit a psát v českém jazyce a samostatně vyplnit předložený dotazník. Dotazník byl předložen mužům i ženám bez kvalitativních poruch vědomí s GCS 15, kteří byli s chirurgickou diagnózou primárně i sekundárně přijímáni na lůžko jednotky intenzivní péče.

Osloveno bylo celkem 43 po sobě jdoucích pacientů, z čehož 1 pacient odmítl dotazník vyplnit. Rozdáno bylo tedy 42 dotazníků, návratnost byla vzhledem k osobnímu kontaktu s pacienty 100%. Dva z odevzdaných dotazníků byly neúplně vyplněny, proto nebyly předmětem dalšího šetření. Ke zpracování bylo k dispozici 40 vyplněných dotazníků. Oslovení pacienti byli požádáni o vyplnění dotazníku s odůvodněním, že získané informace budou sloužit jako podklad pro zlepšení podmínek na jednotkách intenzivní péče.

5.2 Použitá výzkumná metoda

Bakalářská práce je postavena na kvantitativním přístupu s využitím dotazníkového šetření. Použitý dotazník je originální a byl vytvořen pro potřeby této bakalářské práce. Dotazník obsahuje celkem 25 uzavřených otázek, 3 polootevřené podotázky a v závěru dotazníku jsou položeny 3 otevřené otázky k případnému doplnění informací ze strany respondenta.

První 3 otázky nesou identifikační znaky respondenta. První otázka je dichotomická a následující dvě jsou polytomické. Otázky číslo 4 až 25 jsou taktéž polytomické a mají škálu možných odpovědí 1, 2, 3, 4, 5, N, přičemž číselným hodnotám odpovídají tyto varianty odpovědí: souhlasím = 1, spíše souhlasím = 2, těžko říci = 3, spíše nesouhlasím = 4, nesouhlasím = 5 a nemohu posoudit = N. U nabízených polootevřených podotázek jsou varianty odpovědí označeny písmeny A – H. (Kutnohorská, 2009)

Otázky jsou podle zaměření rozděleny do 4 domén, a to následovně: otázky č. 1, 2 a 3 jsou otázky s demografickým zaměřením a náleží do domény č. 1 (v grafickém zhotovení jsou znázorněny žlutě), otázky č. 4, 5, 6, 7, 22, 23 a 25 jsou otázky zaměřené

na vnímání prostředí na oddělení intenzivní péče a náleží do domény č. 2 (v grafickém zhotovení jsou znázorněny zeleně), otázky č. 8, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21 a 24 jsou otázky zaměřené na pacientovo prožívání hospitalizace na JIP a náleží do domény č. 3 (v grafickém zhotovení jsou znázorněny modře) a otázky č. 10, 11, 12, 13, 14 a 19 jsou otázky hodnotící kvalitu péče a ošetrovatelského personálu náleží do domény č. 4 (v grafickém zhotovení jsou znázorněny červeně).

Získaná data byla analyzována pomocí deskriptivní statistiky za použití programu Excel. Výsledky šetření byly v grafické formě vyjádřeny absolutní četností a jejich popis byl vyjádřen četností relativní.

5.3 Pilotní výzkum

K ověření srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek v připraveném dotazníku byl tento dotazník před zahájením vlastního výzkumného šetření předložen třem respondentům, z nichž dva respondenti ze tří si nebyli jisti správnou formulací některých otázek. Na základě pilotního výzkumu byly upraveny nejednoznačně formulované otázky a v průběhu následujícího čtyřměsíčního období byl dotazník předkládán osloveným respondentům a byla shromažďována data k realizaci našeho výzkumného šetření.

5.4 Výsledky výzkumu

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány v tabulkách č. 4 – 11 a v grafech č.1 – 25.

Otázka č.	Otázka	Průměr	Směrodatná odchylka	Medián
4	Prostředí JIP na mě působí dobře.	1,63	0,96	1
5	Čistota prostředí je výborná.	1,03	0,16	1
6	Mé lůžko na JIP je pohodlné.	1,85	1,24	1
7	Hluk z přístrojů a provozu JIP je přijatelný.	1,98	1,23	1
8	Moje bolest je dostatečně léčena.	1,33	0,61	1
9	Prožívám nebo prožíval/a jsem strach o svůj život.	2,03	1,26	2
10	Přístup ošetřujícího personálu je pečlivý a laskavý.	1,05	0,22	1
11	Od lékaře mám dostatek informací o svém zdravotním stavu.	1,62	1,15	1
12	Informace od lékařů jsou srozumitelné.	1,5	0,84	1
13	Od ošetřovatelského personálu mám dostatek informací o prováděných ošetřovatelských postupech.	1,18	0,38	1
14	Informace od ošetřovatelského personálu jsou srozumitelné.	1,15	0,36	1
15	Při vyšetřování lékařem mám dostatek soukromí.	1,53	0,81	1
16	Mám dostatek soukromí při provádění hygienické péče.	1,7	0,95	1
17	Návštěvy mých příbuzných a blízkých mi během pobytu na JIP pomáhají.	1,16	0,49	1
18	Během pobytu na JIP mám pocit bezpečí.	1,4	0,83	1
19	Dostává se mi péče na vysoké odborné úrovni.	1,26	0,59	1
20	Prožívám nebo jsem prožíval/a živé či děsivé sny.	2,86	1,59	2
21	Uvědomuji si, že jsem blouznil/a.	3,39	1,66	3,5

Otázka č.	Otázka	Průměr	Směrodatná odchylka	Medián
22	Světlo v noci na JIP mi nevadí.	2,33	1,49	2
23	V noci je na JIP dostatečné ticho.	2,18	1,39	1,5
24	Během hospitalizace na JIP dobře spím.	2,73	1,34	2
25	Teplota okolí je vyhovující.	1,78	1,13	1

Tabulka č.4 Základní statistické údaje u odpovědí pacientů na jednotlivé dotazníkové položky.

Jednotlivým doménám odpovídají tato čísla otázek:

Doména 1 – 1, 2, 3

Doména 2 – 4, 5, 6, 7, 22, 23, 25

Doména 3 – 8, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 24

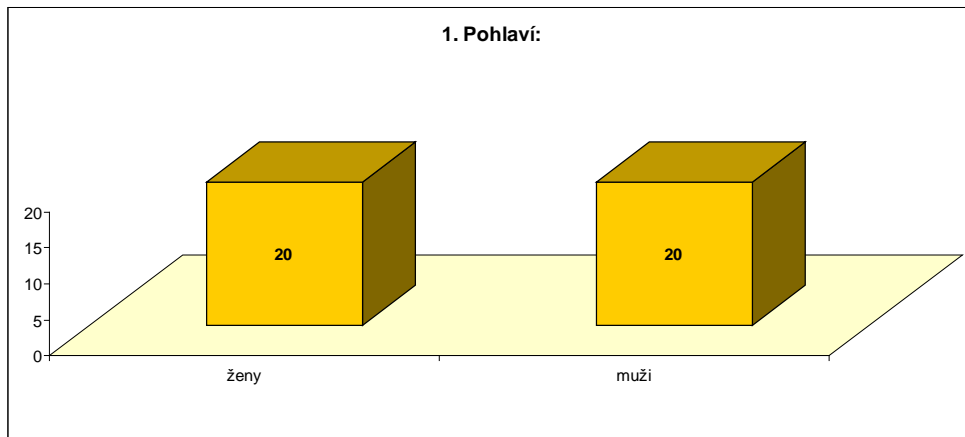
Doména 4 – 10, 11, 12, 13, 14, 19

	Doména	Průměr	Směrodatná odchylka	Medián
Doména č. 1	Demografické údaje	N	N	N
Doména č. 2	Vnímání prostředí na oddělení intenzivní péče	1,82	0,39	1
Doména č. 3	Prožívání hospitalizace na oddělení intenzivní péče	2,01	0,75	1
Doména č. 4	Kvalita poskytované péče a ošetřovatelského personálu	1,29	0,2	1

Tabulka č.5 Základní statistické údaje jednotlivých domén

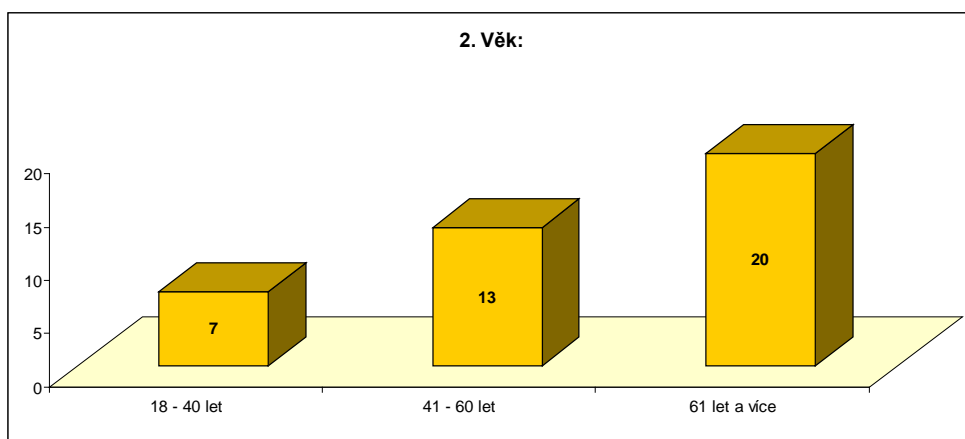
Jednotlivé otázky jsou rozpracovány v následujících grafech:

V otázce č. 1 jsou respondenti rozdělení podle pohlaví. Z celkového počtu 40 respondentů byla obě pohlaví zastoupena rovnoměrně.



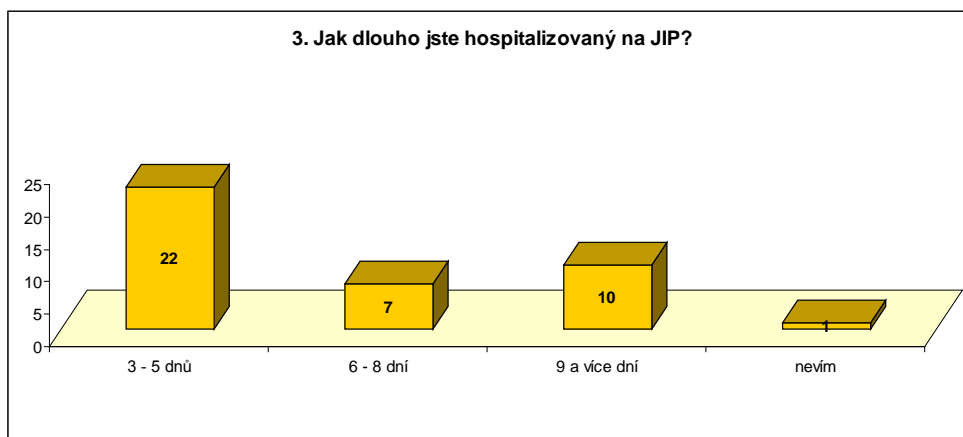
Graf č.1 Pohlaví respondentů

V otázce č. 2 jsou respondenti rozdělení podle věku. Respondentů ve věku 18 – 40 let bylo 17,5%, respondentů ve věku 41 – 60 let bylo 32,5% a respondentů ve věku 61 a více let bylo 50%.



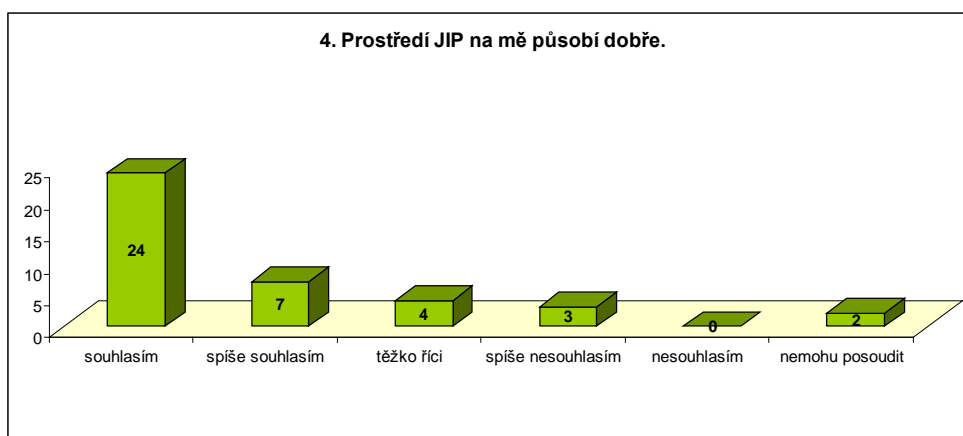
Graf č.2 Věk respondentů

V otázce č. 3 jsou respondenti rozdělení podle délky dosavadní hospitalizace na CHIR JIP 1. Nejvíce respondentů zde bylo hospitalizováno 3 – 5 dnů, a to celých 55%. Respondentů hospitalizovaných 6 – 8 dní bylo 17,5%, respondentů hospitalizovaných 9 a více dní bylo 25% a 2,5% nevědělo, kolik dní je hospitalizováno na oddělení intenzivní péče.



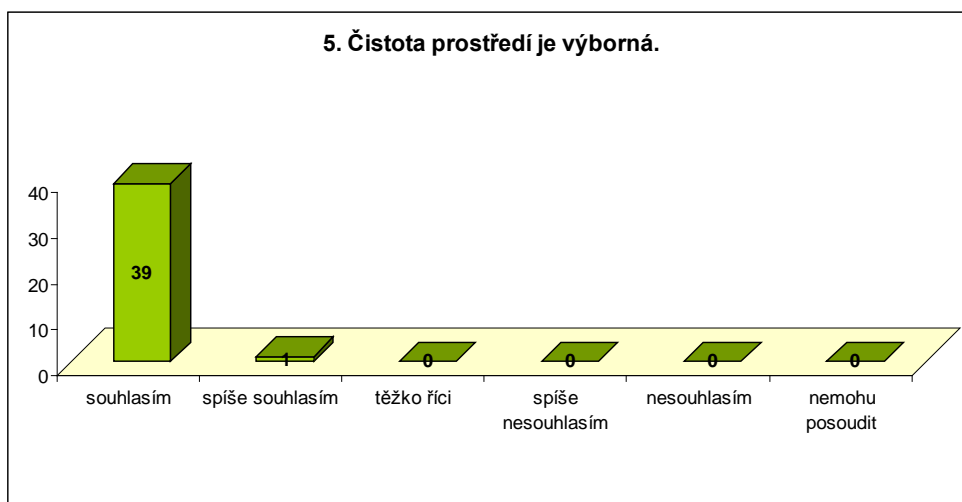
Graf č.3 Jak dlouho jste hospitalizovaný na JIP?

Na otázku č. 4. **Prostředí JIP na mě působí dobře** odpovědělo 60% respondentů „souhlasím“, 17,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 7,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, odpověď „nesouhlasím“ nebyla využita a 5% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



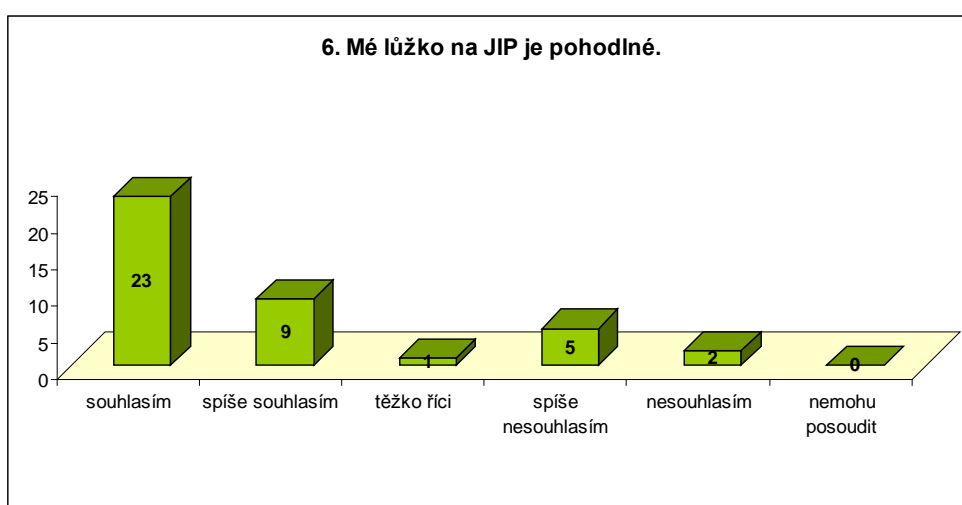
Graf č.4 Prostředí JIP na mě působí dobře.

Na otázku č. 5. **Čistota prostředí je výborná** odpovědělo 97,5% respondentů „souhlasím“, 2,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „těžko říct“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“ i „nemohu posoudit“.



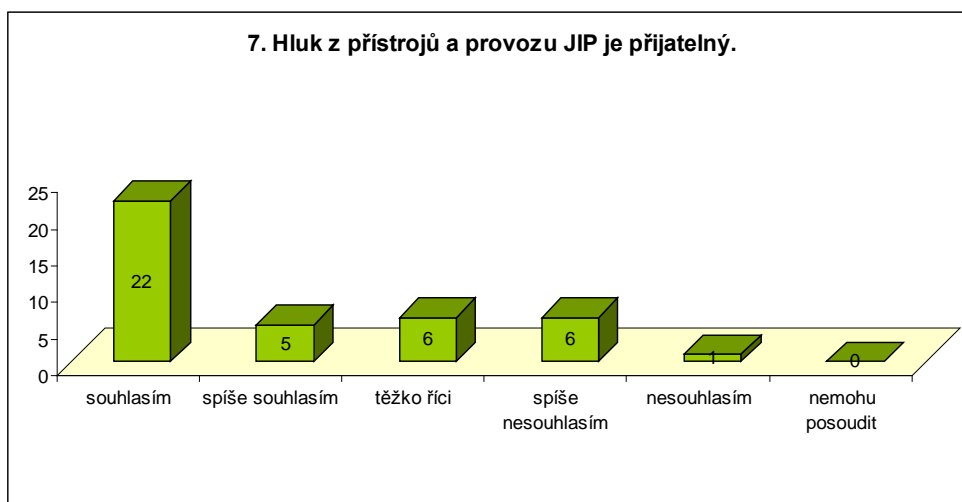
Graf č.5 Čistota prostředí je výborná.

Na otázku č. **6. Mé lůžko na JIP je pohodlné** odpovědělo 57,5% respondentů „souhlasím“, 22,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 2,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 12,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 0% respondentů uvedlo odpověď „nemohu posoudit“.



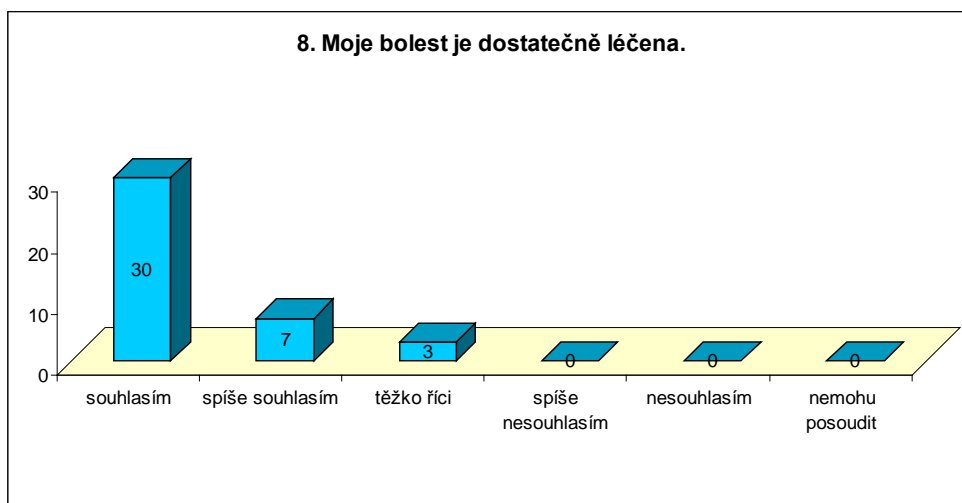
Graf č.6 Mé lůžko na JIP je pohodlné.

Na otázku č. **7. Hluk z přístrojů a provozu JIP je přijatelný** odpovědělo 55% respondentů „souhlasím“, 12,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 15% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 2,5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



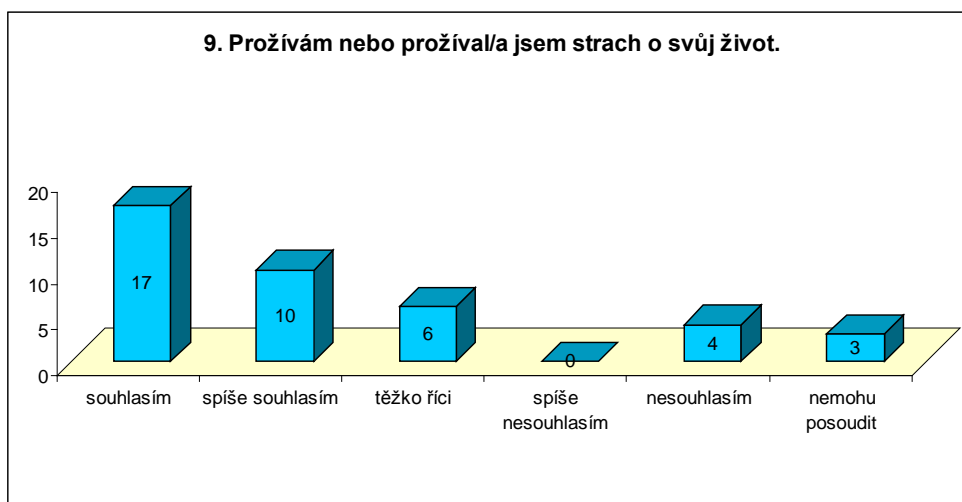
Graf č.7 Hluk z přístrojů a provozu JIP je přijatelný.

Na otázku č. **8. Moje bolest je dostatečně léčena.** odpovědělo 75% respondentů „souhlasím“, 17,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“ a 0% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“, „nemohu posoudit“.



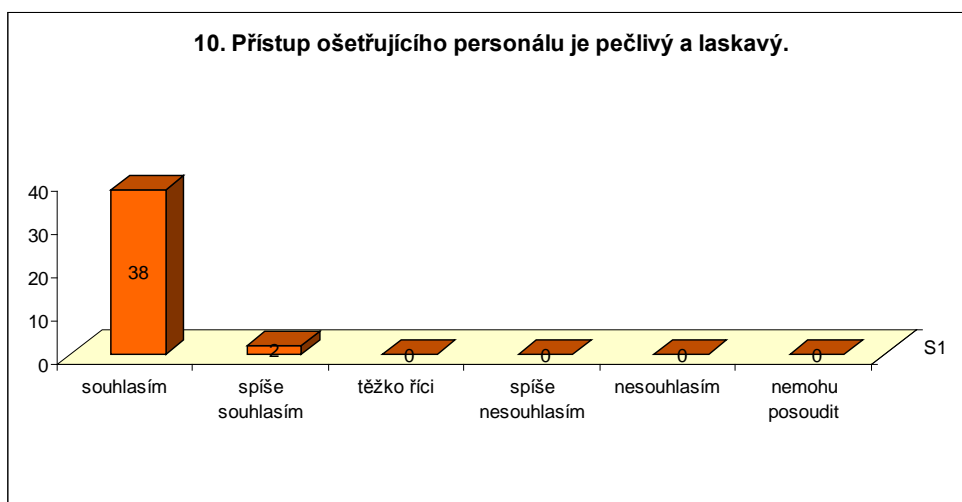
Graf č.8 Moje bolest je dostatečně léčena.

Na otázku č. **9. Prožívám nebo prožíval/a jsem strach o svůj život.** odpovědělo 42,5% respondentů „souhlasím“, 25% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 0% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 7,5% respondentů uvedlo odpověď „nemohu posoudit“.



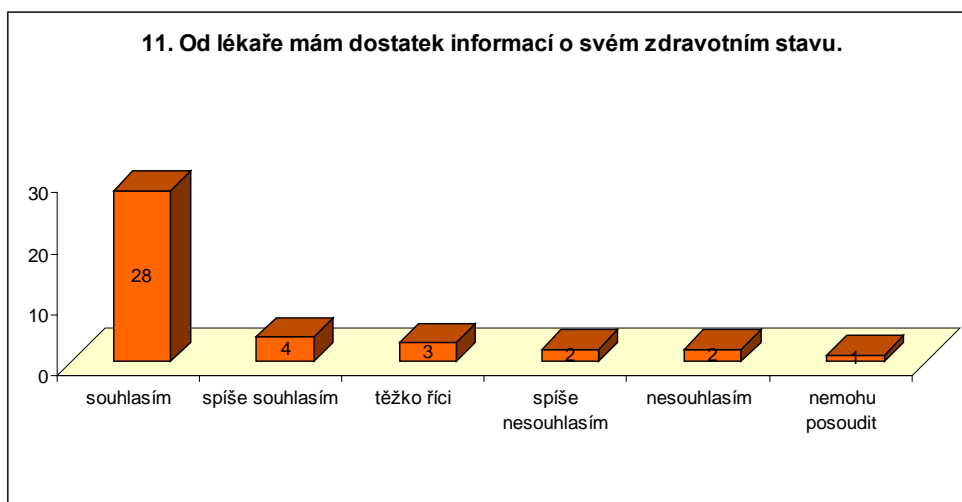
Graf č.9 Prožívám nebo prožíval/a jsem strach o svůj život.

Na otázku č. **10. Přístup ošetřujícího personálu je pečlivý a laskavý.** odpovědělo 95% respondentů „souhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „těžko říct“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“ a „nemohu posoudit“.



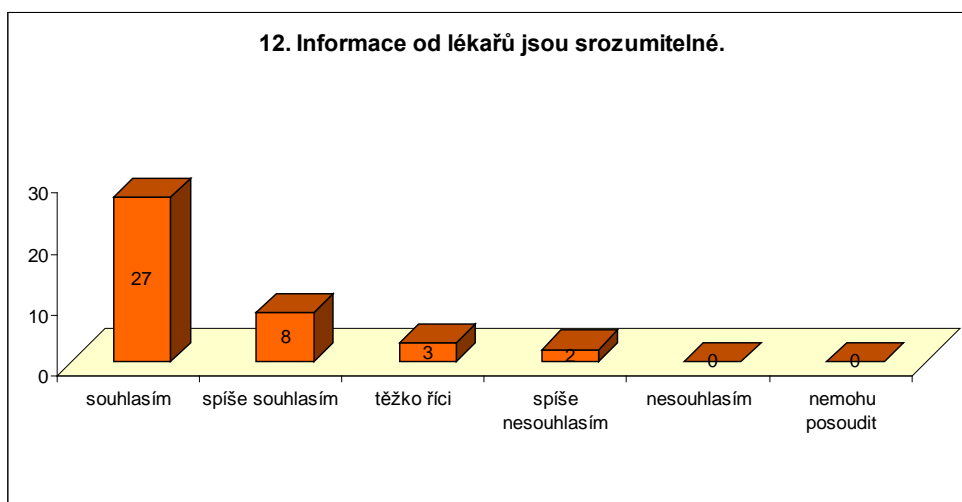
Graf č.10 Přístup ošetřujícího personálu je pečlivý a laskavý.

Na otázku č. **11. Od lékaře mám dostatek informací o svém zdravotním stavu.** odpovědělo 70% respondentů „souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 2,5% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



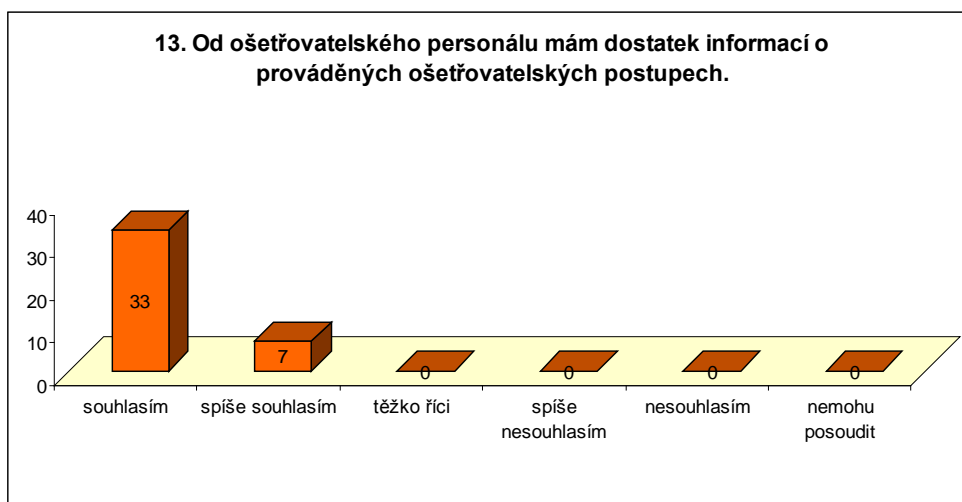
Graf č.11 Od lékaře mám dostatek informací o svém zdravotním stavu.

Na otázku č. **12. Informace od lékařů jsou srozumitelné.** odpovědělo 67,5% respondentů „souhlasím“, 20% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“ a 0% respondentů využilo odpovědělo „nesouhlasím“ a „nemohu posoudit“.



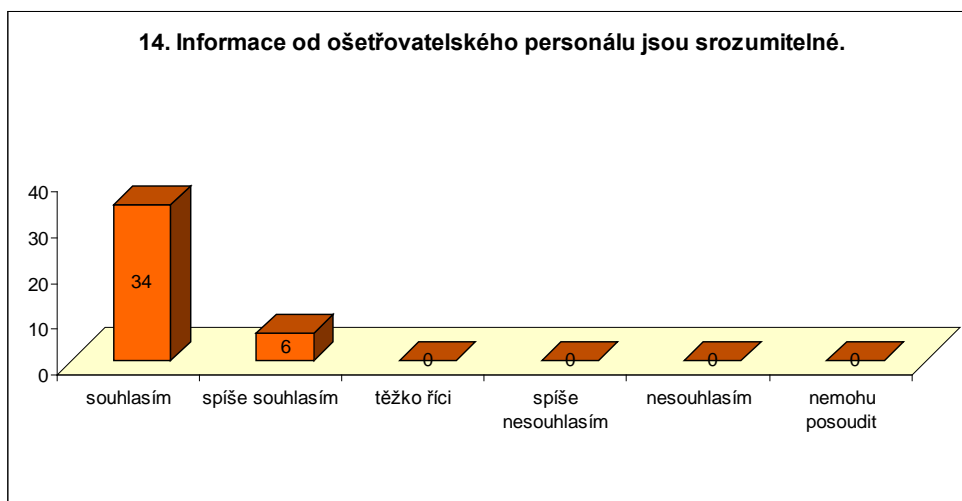
Graf č.12 Informace od lékařů jsou srozumitelné.

Na otázku č. **13. Od ošetřovatelského personálu mám dostatek informací o prováděných ošetřovatelských postupech.** odpovědělo 82,5% respondentů „souhlasím“, 17,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“ a žádný z respondentů nevyužil odpovědi „těžko říct“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“ a „nemohu posoudit“.



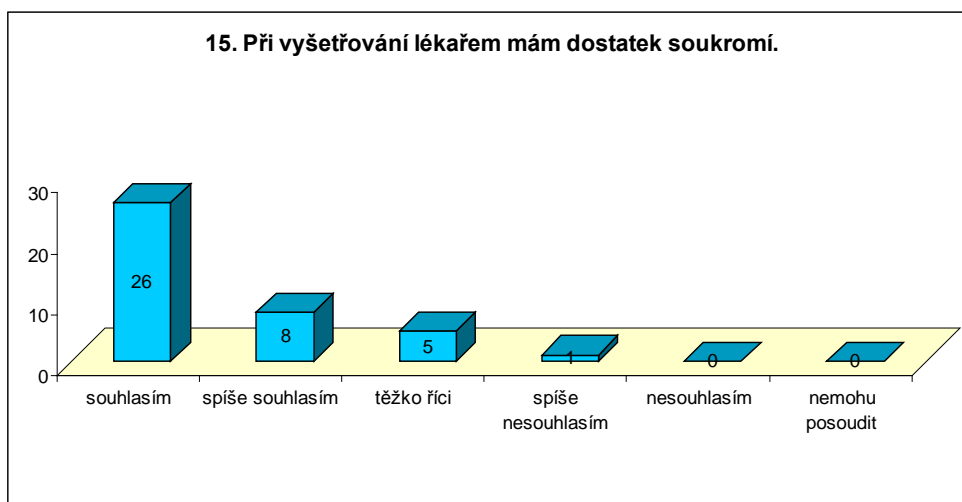
Graf č.13 Od ošetrovatelského personálu mám dostatek informací o prováděných ošetrovatelských postupech.

Na otázku č. **14. Informace od ošetrovatelského personálu jsou srozumitelné.** odpovědělo 85% respondentů „souhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“ a 0% respondentů označilo odpověď „těžko říct“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“ a „nemohu posoudit“.



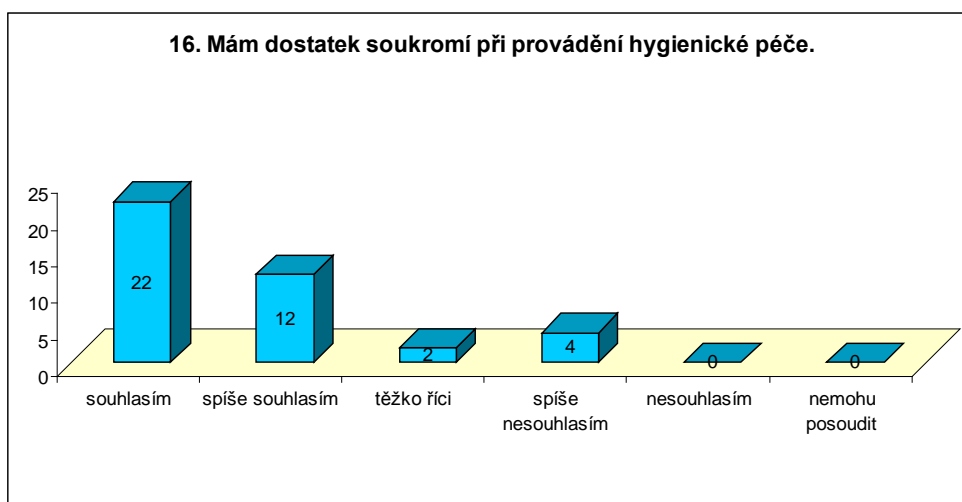
Graf č.14 Informace od ošetrovatelského personálu jsou srozumitelné.

Na otázku č. **15. Při vyšetřování lékařem mám dostatek soukromí.** odpovědělo 65% respondentů „souhlasím“, 20% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 12,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 2,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“ a žádný z respondentů neodpověděl „nesouhlasím“ a „nemohu posoudit“.



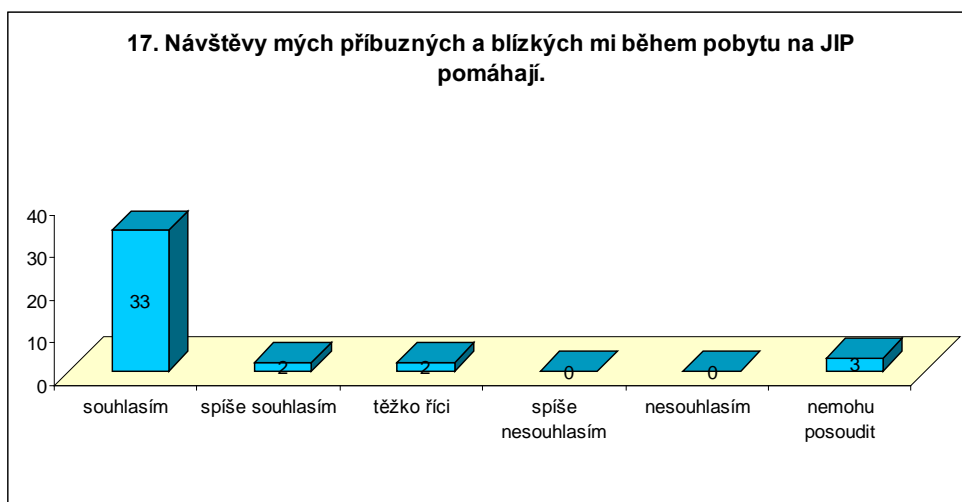
Graf č.15 Při vyšetřování lékařem mám dostatek soukromí.

Na otázku č. 16. **Mám dostatek soukromí při provádění hygienické péče.** odpovědělo 55% respondentů „souhlasím“, 30% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 10% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a „nemohu posoudit“.



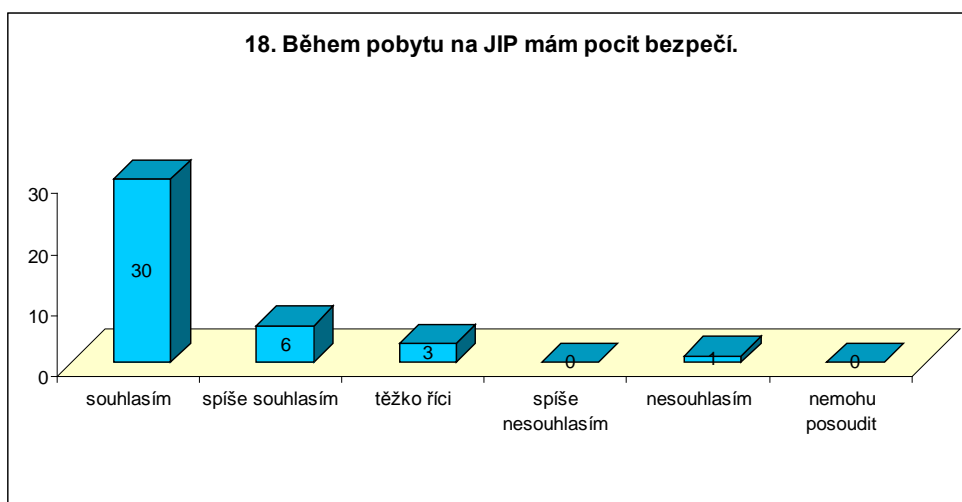
Graf č.16 Mám dostatek soukromí při provádění hygienické péče.

Na otázku č. 17. **Návštěvy mých příbuzných a blízkých mi během pobytu na JIP pomáhají.** odpovědělo 82,5% respondentů „souhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, žádný respondent neodpověděl „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ a 7,5% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



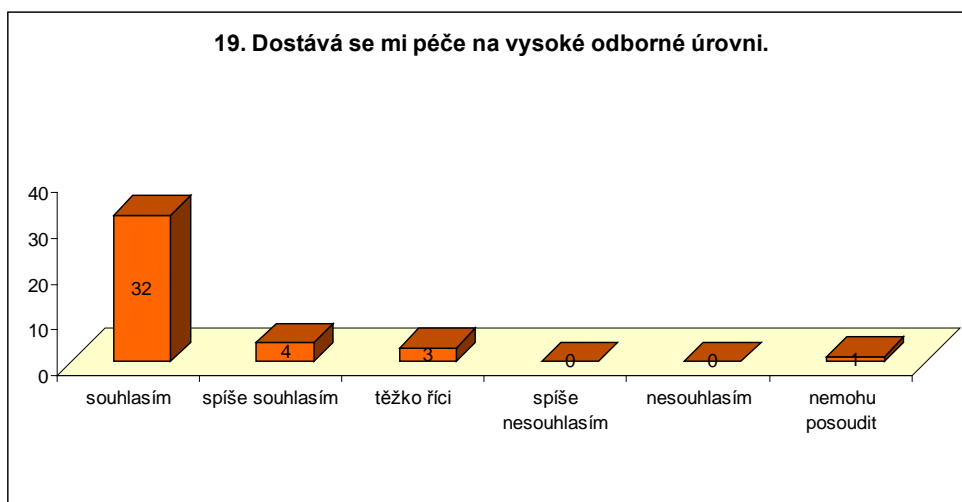
Graf č.17 Návštěvy mých blízkých mi během pobytu na JIP pomáhají.

Na otázku č. **18. Během pobytu na JIP mám pocit bezpečí.** odpovědělo 75% respondentů „souhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 0% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 2,5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



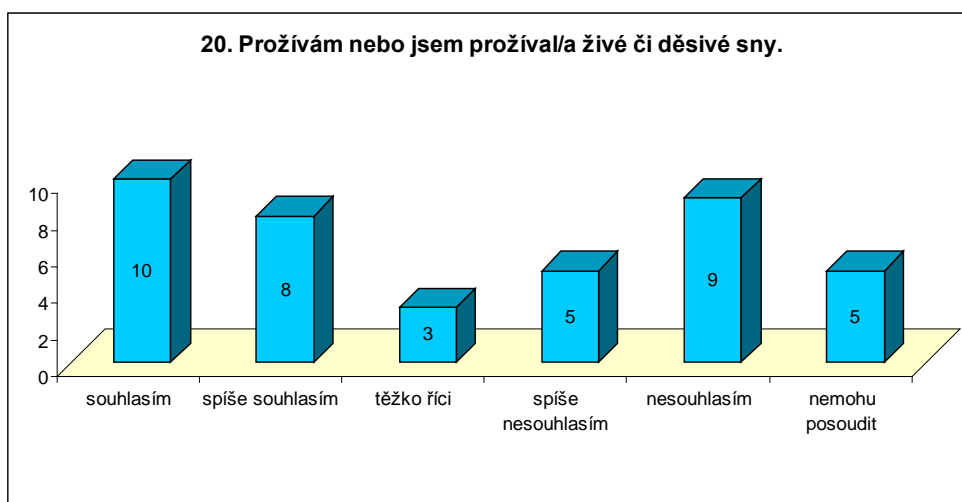
Graf č.18 Během pobytu na JIP mám pocit bezpečí.

Na otázku č. **19. Dostává se mi péče na vysoké odborné úrovni.** odpovědělo 80% respondentů „souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, žádný z respondentů neodpověděl „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“ a 2,5% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



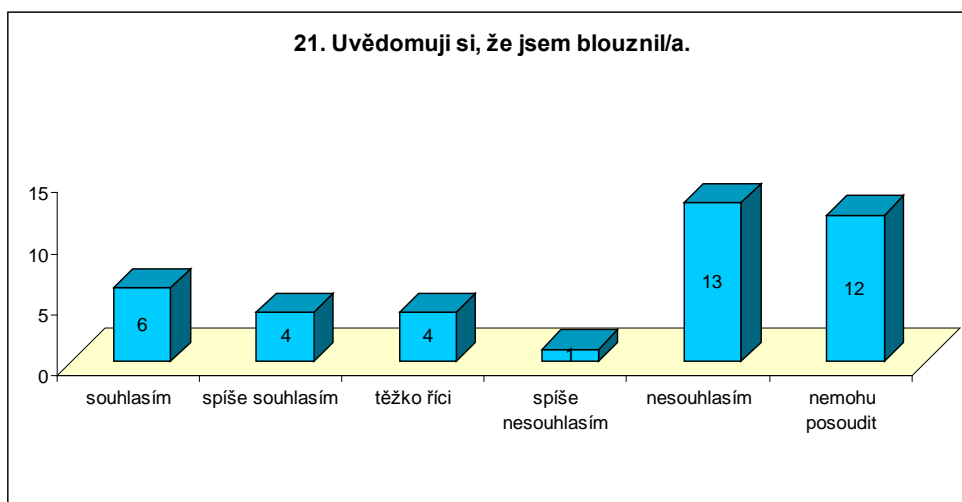
Graf č.19 Dostává se mi péče na vysoké odborné úrovni.

Na otázku č. **20. Prožívám nebo jsem prožíval/a živé či děsivé sny.** odpovědělo 25% respondentů „souhlasím“, 20% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 12,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 22,5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 12,5% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



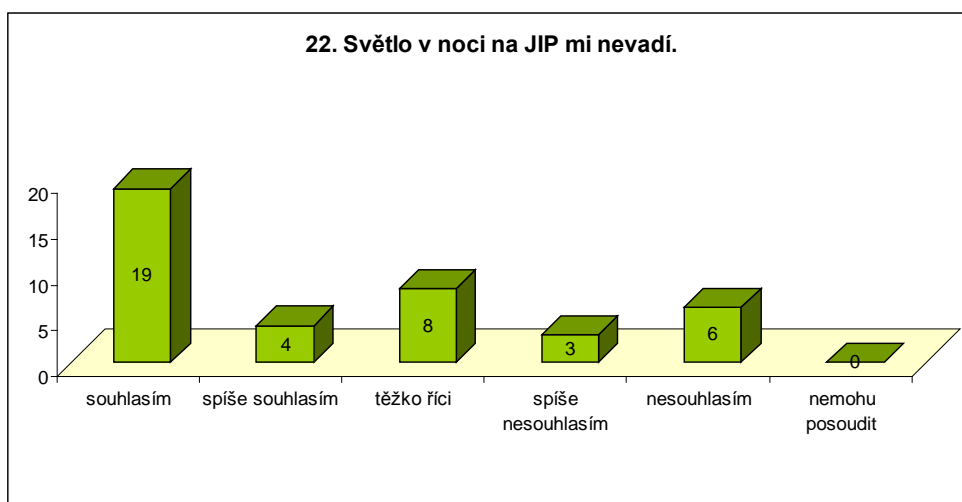
Graf č.20 Prožívám nebo jsem prožíval/a živé či děsivé sny.

Na otázku č. **21. Uvědomuji si, že jsem blouznil/a.** odpovědělo 15% respondentů „souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 2,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 32,5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 30% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



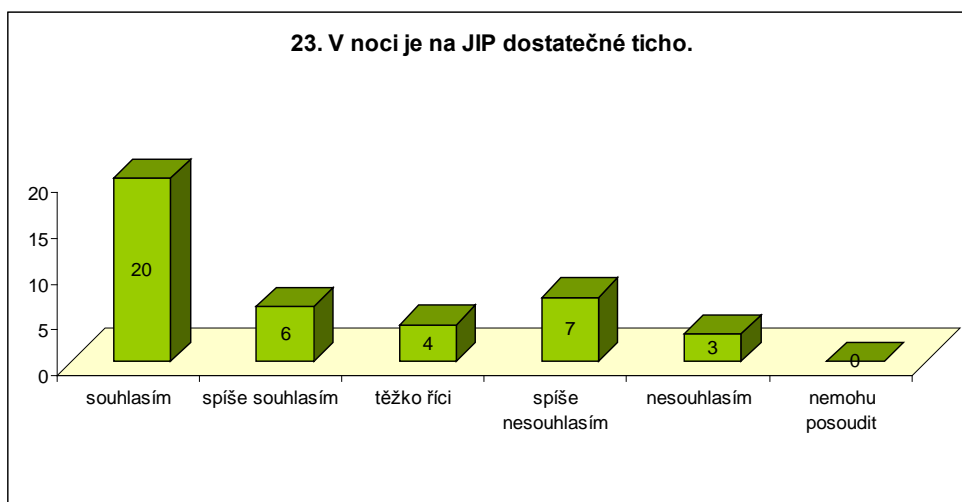
Graf č.21 Uvědomuji si, že jsem blouznil/a.

Na otázku č. **22. Světlo v noci na JIP mi nevadí.** odpovědělo 47,5% respondentů „souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 20% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 7,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



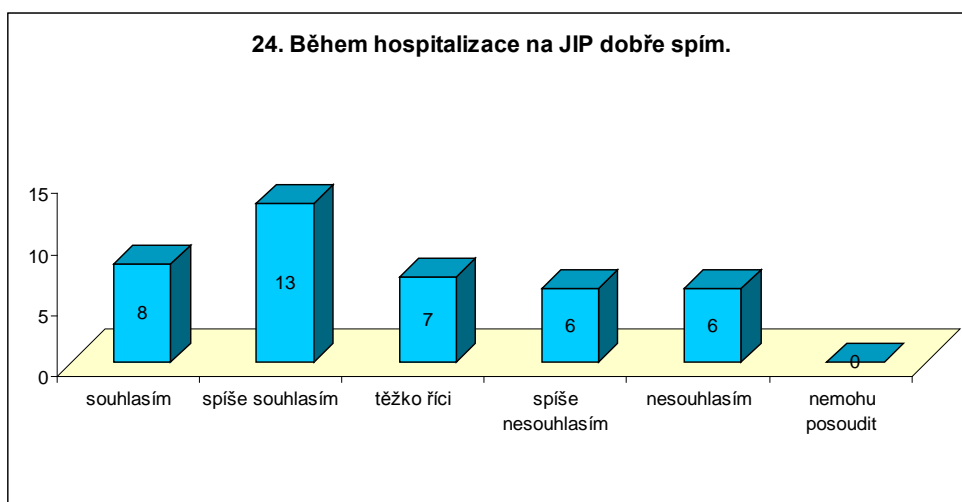
Graf č.22 Světlo v noci na JIP mi nevadí.

Na otázku č. **23. V noci je na JIP dostatečné ticho.** odpovědělo 50% respondentů „souhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 17,5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 7,5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



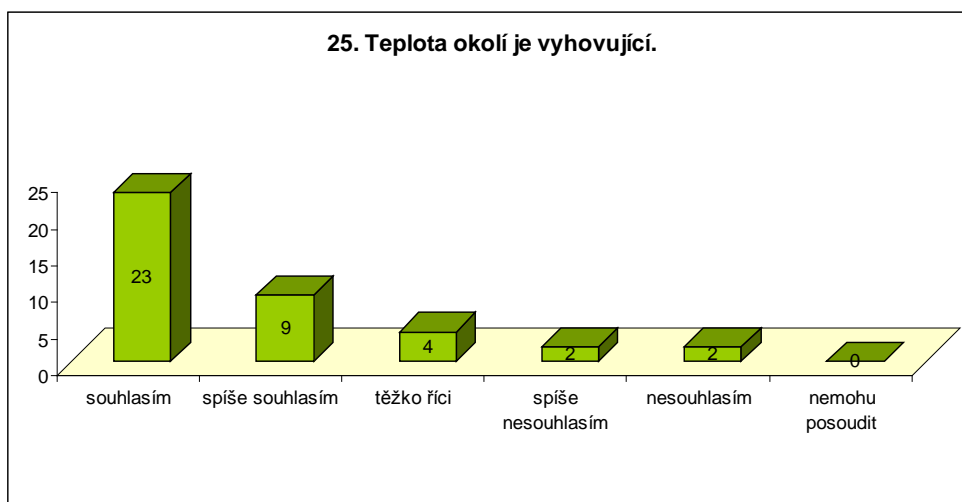
Graf č.23 V noci je na JIP dostatečné ticho.

Na otázku č. **24. Během hospitalizace na JIP dobře spím.** odpovědělo 20% respondentů „souhlasím“, 32,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 17,5% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 15% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 15% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a 0% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



Graf č.24 Během hospitalizace na JIP dobře spím.

Na otázku č. **25. Teplota okolí je vyhovující.** odpovědělo 57,5% respondentů „souhlasím“, 22,5% respondentů odpovědělo „spíše souhlasím“, 10% respondentů odpovědělo „těžko říct“, 5% respondentů odpovědělo „spíše nesouhlasím“, 5% respondentů odpovědělo „nesouhlasím“ a opět 0% respondentů odpovědělo „nemohu posoudit“.



Graf č.25 Teplota okolí je vyhovující.

V následujících třech tabulkách jsou zpracovány údaje upřesňující tvrzení respondentů.

Pokud Vám v noci vadí světlo, upřesněte jaké:	Četnost odpovědí
světlo z chodby	17
osvětlení na mém boxu (pokoji)	4
světlo z přístrojů na mém boxu (pokoji)	3
osvětlení používané při práci personálu	1
jiné světlo.....	1

Tabulka č.6 Varianty odpovědí specifikující noční rušení světlem s četností jejich výskytu

V bodě E) jiné světlo nebylo pacienty blíže specifikováno o jaké světlo se jednalo.

Pokud Vás v noci ruší hluk, upřesněte jaký:	Četnost odpovědí
hluk z přístrojů na mém boxu (pokoji)	13
hluk pocházející z hlučného hovoru personálu	9
hluk vzniklý při ošetřování jiných pacientů	6
jiný hluk.....	5

Tabulka č.7 Varianty odpovědí specifikující noční rušení hlukem s četností jejich výskytu

V bodě D) jiný hluk bylo dvěma respondenty upřesněno, že se jedná o hluk pocházející od jiného pacienta. Tři respondenti blíže nespecifikovali původ rušivého hluku.

Pokud v noci špatně spíte, uveďte proč:	Četnost odpovědí
vadí mi světlo	15
protože přemýšlím o mé nemoci	13
vadí mi napojení na přístroje	10
vadí mi hluk	8
vadí mi nevyhovující teplota okolí	7
vadí mi bolest	7
vadí mi cizí prostředí	5
jiné	4

Tabulka č.8 Varianty odpovědí specifikující důvod špatného spánku s četností jejich výskytu

V bodě H) jiné uvedli respondenti jako důvod špatného spánku „dlouhý pobyt v posteli“, „neví“ a „děsivé sny“. Jeden respondent blíže nespecifikoval důvod špatného spánku.

V následujících dvou tabulkách jsou uvedeny faktory, které respondenty během hospitalizace na JIP obtěžovaly a faktory, které naopak přispívaly k jejich spokojenosti, včetně četnost jejich výskytu.

Napište, co Vás na JIP nejvíce obtěžuje, s čím nejste spokojen/a.	Četnost odpovědí
Hluk (bez specifikace, od personálu, při příjmu pacientů, hlavně první 2 dny po operaci)	10
Světlo (bez specifikace, na boxu, ostré světlo na stropě pokoje při vizitách ve dne)	7
Trvalé připojení na přístroje (v době kdy už se cítím lépe; i když vím, že to je potřeba)	2
Příliš vysoká teplota na pokoji	2
S lůžkem	1
Málo jídla	1
Pocit chladu	1
Cizí prostředí	1

Tabulka č.9 Faktory obtěžující respondenty na JIP s četností jejich výskytu

Napište, čeho se na JIP nejvíce ceníte, s čím jste spokojen/a.	Četnost odpovědi
Ochota a obětavost ošetřujícího personálu, lidský přístup	35
Kvalita péče, profesionální přístup	4
Čistota	2
Organizace práce, sestry si pomáhají	2
Dostatek léků	1
Kvalitní technické vybavení	1
Možnost návštěv kdykoliv	1

Tabulka č.10 Faktory s nimiž byly respondenti na JIP spokojena s četností jejich výskytu

V poslední tabulce jsou uvedeny poznámky respondentů týkající se pobytu na JIP, které sami respondenti pokládaly za důležité nám sdělit.

Pokud chcete, napište nám, co Vás zajímá nebo co byste nám ještě chtěl/a sdělit o Vašem pobytu na JIP.
Moje rodina při návštěvě na JIP byla nadšena prostředím a přístupem personálu.
V době když jsem byl na JIP přijat a po operaci mi nebylo dobře připadalo mi, že je tam ve dne hrozný hluk (bouchání, hlasitý hovor).
Chápu význam dotazníku, ale nechápu význam některých otázek.
Po 4 dnech pobytu na lůžku vítám každou změnu - sprcha, rehabilitace, sezení v křesle,.....
Po dobu léčení jsem byla se vším spokojena.
Spokojen DĚKUJI.
Péče na JIP je profesionální jak po odborné stránce, tak po stránce lidské. Všechny sestry, které se o mě staraly, byly příjemné, sympatické, žensky hezké a milé i přesto jak těžkou práci dělají.
Vyšší obsazenost mužů.
Spokojená.
Televize by bylo příjemné zpestření na všech postelích JIP.

Tabulka č.11 Doplnující informace respondentů ohledně pobytu na JIP

5.5 Diskuze

V této části práce budou komentovány výsledky dotazníkového šetření, a kde je to možné, budou porovnány s výsledky prací na obdobné téma. Použitý dotazník nabízel respondentům tvrzení vyjádřené pomocí pětistupňové škály, k nimž respondenti vyjadřovali míru svého souhlasu či nesouhlasu. Pro shrnutí v oddíle diskuze jsme odpovědi „souhlasím“ a „spíše souhlasím“ zahrnuli pod kladná tvrzení a odpovědi „nesouhlasím“ a „spíše nesouhlasím“ jsme zahrnuli pod tvrzení záporná. Odpovědi „těžko říci“ a „nemohu posoudit“ nebyly předmětem dalšího šetření. Aby byla hypotéza hodnocena kladně, musí respondent souhlasně odpovědět ve všech otázkách týkajících se dané hypotézy. U negativního hodnocení hypotézy postačí, když respondent nesouhlasí alespoň s jednou odpovědí náležící do dané hypotézy.

Z domácí literatury lze některé výsledky naší práce porovnat s výsledky práce Černé, L. (2008). Autorka pomocí kvalitativního výzkumu studovala stresory, které působí na klienty hospitalizované na JIP a standardních odděleních. Další prací je výzkum Mervartové, P. (2006), která zkoumala potřeby hospitalizovaných pacientů na JIP pomocí originálního dotazníku. Ke srovnání jsem využila také práci Červenkové, J. (2010), která se soustředila na problematiku soukromí a intimity u hospitalizovaných pacientů s využitím dotazníkového šetření doplněného o pozorování. Poslední prací, s níž bylo možno porovnat výsledky našeho šetření byla práce Leibnerové, J. (2010), která pomocí kvantitativního dotazníku hodnotila spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti.

Některé výsledky této práce jsou porovnány s výsledky šetření autorů Andrade, C., Lima, M.L., Fornara, F., Bonaiuto, M (2012) pomocí dotazníku PHEQIs (*Perceived Hospital Environment Quality Indicators*) Tato portugalská studie porovnávala vnímání prostředí ve starých a nových nemocničních budovách z pohledu pacientů, personálu, návštěvníků a architektů. Pro porovnání s naší prací slouží část hodnocená pacienty v nových budovách portugalské nemocnice. Položky dotazníku byly hodnoceny pomocí pětistupňové škály 0 – 4 body, přičemž 0 odpovídá odpovědi naprosto nesouhlasím a 4 odpovídá odpovědi naprosto souhlasím. To znamená, že čím větším počtem bodů je otázka ohodnocena, tím je její hodnocení příznivější. Pro přehlednost byla data získaná z našeho dotazníkového šetření přepočítána dle bodového hodnocení dotazníku PHEQIs.

Doména č. 1 Demografické údaje

Demografické údaje byly použity jako třídící znaky v dalším výkladu. Ve stručnosti lze říci, že podíl žen a mužů na CHIR JIP 1 byl rovnoměrný a celá polovina dotazovaných respondentů byla ve věku nad 61 let. Délka hospitalizace koresponduje s dosavadním počtem dnů respondentovy hospitalizace na JIP, přičemž lehce nadpoloviční většina oslovených respondentů byla na JIP hospitalizována 3 – 5 dnů.

Doména č. 2 Vnímání prostředí na oddělení intenzivní péče. Do této domény náleží hypotézy č. 1, 2 a 3.

Hypotéza č. 1 předpokládala, že minimálně 70% respondentů bude spokojeno s prostředím a čistotou na CHIR JIP 1.

Otázky č. 4 a 5 byly v dotazníku zaměřeny na hodnocení spokojenosti respondentů s prostředím JIP a s jeho čistotou. Na otázku č. 4: „Prostředí JIP na mě působí dobře“, souhlasně odpovědělo celkem 31 respondentů (77,5%) a pouze 3 respondenti (7,5%) s tímto tvrzením nesouhlasili. S tvrzením v otázce č. 5: „Čistota prostředí je výborná“, souhlasili shodně všichni respondenti (100%).

Z výše uvedeného lze konstatovat, že s prostředím CHIR JIP 1 a jeho čistotou je spokojeno celkem 31 ze 40 respondentů, což odpovídá 77,5%, čímž byla potvrzena správnost hypotézy č. 1.

Vzhledem ke kladnému hodnocení většiny respondentů nejsou informace rozděleny podle pohlaví, věku a délky hospitalizace. Při porovnání jednotlivých odpovědí však bylo zjištěno, že respondenti nesouhlasící s kladným hodnocením prostředí na JIP byli 2 ženy a 1 muž, přičemž obě ženy byly ve věku 18 – 40 let a muž byl ve věkové kategorii 41 – 60 let. Délka pobytu na JIP byla u všech tří respondentů v rozmezí 3 – 5 dnů.

Z výsledků práce Černé, L. (2008) vyplývá, že respondenti z budějovické JIP byli jednoznačně spokojeni s přístrojovým vybavením, zatímco s barevnou úpravou stěn byli nespokojeni. Všechny stěny na této JIP byly bílé, což v respondentech nevzbuzovalo příjemné pocity. Dle zjištěných údajů lze říci, že oproti tomu fakti byli respondenti hospitalizovaní na CHIR JIP 1 s okolním prostředím spokojeni.

Výsledky našeho dotazníkového šetření vyjadřující spokojenost s prostředím a čistotou na CHIR JIP 1 byly respondenty ohodnoceny průměrnou bodovou hodnotou 1,33 (směrodatná odchylka 0,74; medián 1) a výsledky, které byly zpracovány v portugalské studii dle dotazníku PHEQIs byly vyjádřeny číselnou hodnotou 2,91. Po

přepočtení výsledků našeho šetření je jeho bodová hodnota 3,67, z čehož jednoznačně vyplývá, že prostředí a čistota jsou hodnoceny na CHIR JIP 1 lépe než v portugalské nemocnici.

Z vlastní zkušenosti mohou říci, že pacienti se o prostředí na CHIR JIP 1 vyjadřují pozitivně, což dokládají i komentáře pacientů na dotaz: „Čeho si na JIP nejvíce ceníte a s čím jste spokojen/a“, na který respondenti odpověděli „Čistota“ a „Kvalitní technické vybavení“. Podle mého názoru je důležitým faktorem, který pozitivně ovlivňuje hodnocení respondentů fakt, že CHIR JIP 1 se nachází v nově postavené moderní budově s novým vybavením, které vhodným způsobem doplňuje harmonické prostředí. Tato skutečnost je ještě umocněna tím, že je zde pacient obklopen mnoha moderními zdravotnickými přístroji. V neposlední řadě ovlivňuje vnímání prostředí relativně vysoká četnost úklidu, který se na tomto oddělení provádí nejméně třikrát denně, což je pacienty vnímáno jako časté.

Hypotéza č. 2 předpokládala, že minimálně 40% respondentů bude během pobytu na CHIR JIP1 vadit úroveň hluku.

Hodnocením hluku se zabývaly otázky č.7 a 23. Na otázku č. 7: „Hluk z přístrojů a provozu JIP je přijatelný“, odpovědělo kladně 27 respondentů (67,5%). Jako nepřijatelný uvedlo hluk ve své odpovědi 7 respondentů (17,5%). Na otázku č. 23: „V noci je na JIP dostatečné ticho“, odpovědělo kladně 26 respondentů (65%) a záporně 10 respondentů (25%).

Z výše uvedených informací vyplývá, že 13 ze 40 oslovených respondentů bylo během svého pobytu na JIP rušeno hlukem, což odpovídá 32,5% respondentů. Tímto se nepotvrdila hypotéza č. 2.

Při porovnání hodnocení jednotlivými respondenty je jasné, že hluk na JIP vadil více ženám než mužům. Porovnání dle věku respondentů již není tak jednoznačné, protože hlukem z přístrojů byli rušeni zejména respondenti z nejmladší věkové kategorie, zatímco noční hluk více vadil střední věkové kategorii. Při porovnání dle délky hospitalizace jednotlivých respondentů na JIP, bylo vyhodnoceno, že hluk spíše vadil respondentům, kteří na JIP pobývali kratší čas, a to 3 – 5 dnů. Všeobecně lze také říci, že hluk z přístrojů respondentům nevadil tolik, jako hluk v noci. Pro přehlednost je úroveň tolerance hluku respondentů podle jednotlivých kategorií popsána v tabulce č. 12.

	Pohlaví		Věk			Délka hospitalizace na JIP			
	ženy	muži	18 - 40 let	41 - 60 let	61 let a více	3 - 5 dnů	6 - 8 dnů	9 a více dnů	nevím*
vadil hluk z přístrojů	20%	15%	28,60%	23,10%	10%	27,30%	14,30%	0%	0%
vadil hluk v noci	25%	25%	28,60%	38,50%	15%	31,8%	28,6%	0%	100%
celkově vadil hluk	30%	35%	42,86%	46,15%	20%	45,45%	28,57%	0%	100%

Tabulka č.12 Četnost pacientů, které na JIP rušil hluk, dle jednotlivých kategorií

* údaj v této kategorii neodpovídá skutečnosti vzhledem k faktu, že v této kategorii je zastoupen pouze jeden respondent

Hodnocení stresorů prostředí dopadlo v práci Černé, L. (2008) poměrně jednoznačně, a to: „Až neuvěřitelně jednoznačně se všichni dotazovaní klienti shodli na jednom hlavním stresoru, a tím byl **nadměrný hluk**, ať již z alarmujících přístrojů, klimatizace, neohleduplného hlasitého povídání sestřiček během noci či nařikání ostatních pacientů.” (Černá, L., 2008, s.66) Z tohoto jednoznačně vyplývá velmi obdobné vnímání hluku respondenty dotázanými Černou, L.stejně jako respondenty v našem šetření.

V dotazníkovém šetření byla hypotéza č. 2 ohodnocena 2,08 body (směrodatná odchylka 1,32; medián 1), což po přepočtení dle dotazníku PHEQIs odpovídá hodnotě 2,93. Ve studii dle dotazníku PHEQIs došli její autoři k výslednému hodnocení 3,11, což znamená, že úroveň hluku v portugalských budovách je pacienty vnímána lépe než v naší nemocnici. Lepší hodnocení portugalských nemocnic může být ovlivněno faktem, že portugalská studie probíhala na standardním oddělení, zatímco respondenti z této práce hodnotili prostředí JIP.

Ze zkušeností mohu říci, že vnímání hluku způsobeného provozem JIP, ostatními pacienty či nepřiměřeným hlukem pocházejícím od ošetrovatelského personálu je výrazným rušivým faktorem, který negativně ovlivňuje pacientovo vnímání v průběhu jeho pobytu na JIP. Pro tento názor svědčí i komentář k dotazu: „Co Vás na JIP nejvíce obtěžuje, s čím nejste spokojen/a”, kde znovu celkem 10 respondentů zopakovalo nespokojenost s hlukem, konkrétně s hlukem „od personálu”, „při příjmu pacientů”, „hlavně první 2 dny po operaci”. Vlivem hluku byl rušen i spánek respondentů a to celkem v 8 případech. Třináct respondentů udávalo, že je v noci rušil hluk přístrojů na

jejich boxu. V poslední položce dotazníku, kde se respondent mohl volně vyjádřit k pobytu na JIP, jeden respondent taktéž zopakoval, že „V době když jsem byl na JIP přijat a po operaci mi nebylo dobře připadalo mi, že je tam ve dne hrozný hluk (bouchání, hlasitý hovor)”.

Hluk je na JIP častým problémem, který lze do určité míry ovlivnit tichým, šetrným a ohleduplným plněním svých povinností, zvláště pak dodržováním nočního klidu, pokud to momentální podmínky na JIP umožňují. V tomto ohledu je velmi důležitá uvědomělost ošetřujícího personálu, který i přesto, že je v noci v plném pracovním nasazení, musí respektovat nutnost zachování tichého a klidného prostředí během nočního klidu pacientů. Ostatní faktory jako je hluk pocházející z přístrojů a provozu JIP či hluk pocházející od ostatních pacientů je hůře ovlivnitelný, přesto by měla být snaha personálu jej co nejvíce minimalizovat např. včasným vypínáním alarmů či vědomím předcházením spuštění alarmu u předvídatelných situací. Přesto, že hypotéza č. 2 potvrzena nebyla, procento respondentů negativně vnímajících úroveň hluku na CHIR JIP 1 je vysoké.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že minimálně 30% respondentů bude během pobytu na CHIR JIP 1 vadit světlo v noci.

Hodnocením světla na JIP se zabývala otázka č. 22: „Světlo v noci na JIP mi nevadí“. Kladně na tuto otázku odpovědělo 23 respondentů (57,5%) a zápornou odpověď označilo celkem 9 respondentů (22,5%).

Z výše uvedených informací vyplývá, že 9 ze 40 respondentů není spokojeno s úrovní rušivého nočního světla na JIP, což odpovídá 22,5% respondentů. Toto nepotvrdilo hypotézu č. 3, i když rozdíl v hypotéze a zjištěných informacích není značný.

Dle získaných informací lze konstatovat, že respondenti, které noční světlo nejvíce obtěžovalo byli ve věku 18 – 40 let. Naopak respondentům hospitalizovaným na JIP 6 – 8 dnů noční světlo nevadilo vůbec. Tento výsledek je ale dle mého názoru spíše náhodný a neodpovídá výskytu v běžné praxi, což může být dáno nižším počtem respondentů v této bakalářské práci. Pro přehlednost je úroveň tolerance světla podle jednotlivých kategorií popsána v tabulce č.13.

	Pohlaví		Věk			Délka hospitalizace na JIP			
	ženy	muži	18 - 40 let%	41 - 60 let%	61 let a více	3 - 5 dnů	6 - 8 dnů	9 a více dnů	Nevím*
vadilo světlo v noci	20%	25%	57,14%	15,38%	15%	22,72%	0%	20%	100%

Tabulka č.13 Četnost pacientů, které na JIP rušilo světlo, dle jednotlivých kategorií

* údaj v této kategorii neodpovídá skutečnosti vzhledem k faktu, že v této kategorii je zastoupen pouze jeden respondent

Současně lze ze získaných informací říci, že u 9 respondentů, kterým vadilo světlo, vadil hluk zároveň 4 respondentům. Z tohoto lze říci, že téměř polovina respondentů byla rušena světlem i hlukem zároveň, což je výsledek, který dle mého názoru odpovídá zkušenosti z praxe.

Ve své práci Černá, L. (2008) zmiňuje pouze tolik, že světlo během noci je nepřiměřené, což mělo negativní dopad na pohodu jednoho respondenta. Tento názor byl sice ojedinělý, avšak s respondenty našeho šetření se tento názorově shoduje.

Hypotézu č. 3 lze porovnat se studií dle dotazníku PHEQIs. V prostředí CHIR JIP 1 bylo světlo ohodnoceno 2,33 body (směrodatná odchylka 1,49; medián 2), což ukazuje na horší toleranci rušivého světla než rušivého hluku u dotazovaných respondentů. Dle dotazníku PHEQIs autoři došli k výslednému hodnoticímu číslu 3,12, což dokazuje přijatelnou toleranci osvětlení v hodnocených budovách. Po přepočtení výsledku z našeho šetření dostaneme bodovou hodnotu 2,68, což znovu dokládá nižší spokojenost s úrovní rušivého světla u námi dotazovaných pacientů než u respondentů z portugalské nemocnice.

Z vlastních zkušeností mohu konstatovat, že světlo je významným rušivým faktorem pacientů, a to nejen v nočních hodinách. Negativní prožívání míry světla dokazují i názory pacientů, které v 15 případech (37,5%) hodnotí světlo jako důvod špatného spánku a dokonce 17 respondentů (42,5%) udalo jako významný rušivý element světlo z chodby v nočních hodinách. Mimo to také jeden z pacientů uvedl, že mu vadilo „ostré světlo na stropě pokoje při vizitách ve dne“, což také není v praxi ojedinělý názor.

Na našem oddělení CHIR JIP 1 je neodmyslitelnou součástí nočního klidu snižování úrovně osvětlení. Zhruba po 22. hodině se snižuje intenzita osvětlení na boxech pacientů a o půlnoci se zhasíná centrální světlo z chodby, které je pacienty

nejhůře tolerováno. Takový průběh nočního klidu je ale možný pouze s přihlédnutím k aktuální situaci na oddělení. V průběhu celé noci jsou na JIP rozsvícena pomocná světla, která ošetřujícím personálu zajišťují vhodné pracovní podmínky, pacientům vyžadujícím vyšší dohled zajišťují bezpečnost a přesto svým světlem neruší noční klid pacientů.

Doména č. 3 Prožívání hospitalizace na oddělení intenzivní péče. Do této domény spadají hypotézy č. 4, 5, 6, 7 a 8.

Hypotéza č. 4 předpokládala, že u více než 75% dotazovaných respondentů bude jejich bolest během hospitalizace na CHIR JIP 1 dostatečně léčena.

Dostatečnou léčbou bolesti u dotazovaných respondentů se v dotazníku zabývala otázka č. 8: „Moje bolest je dostatečně léčena“, na kterou 37 ze 40 respondentů odpovědělo souhlasně (92,5%). Nikdo z dotazovaných respondentů neodpověděl nesouhlasně (0%).

Podle získaných informací lze konstatovat, že 37 respondentů, což odpovídá 92,5%, mělo dostatečně léčenou bolest a pouze 3 respondenti, což odpovídá 7,5%, se neuměli k bolesti vyjádřit. Špatně léčenou bolest neudával nikdo z respondentů. Hypotéza č. 4 tedy byla jednoznačně potvrzena.

Respondenti, kteří nebyli schopni popsat adekvátnost léčby své bolesti nebyli vyhraněni v žádné z demografických kategorií.

V práci Černé, L. (2008) byla bolest respondenty zařazena mezi jeden z důležitých stresorů, který výrazně ovlivňoval respondenty během jejich pobytu na JIP. Blíže není problematika bolesti v této práci zpracována.

Z výsledků práce Mervartové, P. (2006) vyšlo, že bolest během svého pobytu na chirurgické JIP prožívalo celkem 67,9% respondentů. Blížší údaje ohledně léčby bolesti zde taktéž nebyly zmíněny.

A konečně v práci Leibnerové, J. (2010), je popsáno, že 85% respondentů ohodnotilo léčbu své bolesti za účinnou, což se blíží námi zjištěným hodnotám.

Hypotéza zabývající se dostatečnou léčbou bolesti byla respondenty ohodnocena na 1,33 bodů (směrodatná odchylka 0,61; medián 1). Získané informace nelze porovnat se studií PHEQIs, protože se touto problematikou nezabývala.

Ze své praxe mohou říci, že vnímání a tolerance bolesti a s ní související léčba je velmi individuální. Léčit bolest lze farmakologicky podáváním analgetik nebo nefarmakologicky např. za využití chladu či změny pacientovy polohy. V neposlední

řadě může pacientovo vnímání bolesti ovlivnit odpoutání pacientovy pozornosti od bolesti např. sledováním televize či poslechem rádia. Dostatečně tlumená bolest má pro pacienty význam nejen v jejich celkové pohodě, ale dle studií je prokázán negativní vliv bolesti např. na hojení ran. Bolest pacientů hospitalizovaných na CHIR JIP 1 je v pravidelných intervalech hodnocena pomocí VAS (vizuální analogové škály) v rozmezí 0 – 4. Udává-li pacient bolest vyžadující analgetickou léčbu, je s časovým odstupem VAS znovu přehodnoceno a vše je zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace. O celkově dobré léčbě bolesti na oddělení vypovídají údaje tohoto šetření.

Hypotéza č. 5 předpokládala, že minimálně 25% respondentů během svého pobytu na CHIR JIP 1 mělo problémy se spánkem.

Na kvalitu spánku se dotazovala otázka č. 24: „Během hospitalizace na JIP dobře spím“. Dle výsledků šetření bylo s kvalitou svého spánku na JIP spokojeno 21 z celkového počtu 40 respondentů (52,5%) a nespokojeno s úrovní spánku bylo celkem 12 dotazovaných respondentů (30%).

Dle výše uvedeného hodnocení otázky č. 24 lze říci, že vzhledem k tomu, že 12 ze 40 respondentů nebylo spokojeno s kvalitou svého spánku na JIP, což odpovídá 30% respondentů, byla hypotéza č. 5 potvrzena.

Jednotlivé údaje o pacientech, kterým se na JIP špatně spalo jsou pro přehlednost popsány v tabulce č. 14, ze které vyplývá, že mladší respondenti spali hůře než respondenti vyšších věkových kategorií. Výrazně více bylo také respondentů, kteří na JIP špatně spali a byli zde hospitalizováni 6 – 8 dnů. Není znám důvod, proč tyto kategorie respondentů měly se spánkem větší potíže. Z praxe bych za pacienty ohrožené špatným spánkem považovala spíše pacienty ve vyšší věkové kategorii. Možnost bližšího hodnocení špatného spánku bylo porovnání spánku s negativním vnímáním hluku a světla a s kvalitou lůžka, na kterém byli respondenti uloženi. Z celkového počtu 12 respondentů, kteří udávali nespokojenost se spánkem, bylo zároveň 6 respondentů (50%) také nespokojeno s úrovní hluku na JIP, 4 respondenti (33,33%) byli zároveň nespokojeni s úrovní světla v noci a celkem 3 respondenti (25%) nebyli spokojeni s kvalitou lůžka, na kterém byli uloženi.

	Pohlaví		Věk			Délka hospitalizace na JIP			
	ženy	muži	18 - 40 let%	41 - 60 let%	61 let a více	3 - 5 dnů	6 - 8 dnů	9 a více dnů	Nevím*
špatně se spalo	35%	25%	42,86%	30,77%	25%	22,73%	57,14%	30%	0%

Tabulka č.14 Četnost pacientů, kterým se na JIP špatně spalo, dle jednotlivých kategorií

* údaj v této kategorii neodpovídá skutečnosti vzhledem k faktu, že v této kategorii je zastoupen pouze jeden respondent

Mervartová, P. (2006) ve své práci konstatuje, že obtíže se spánkem na JIP nejsou častým problémem. Trpěli-li respondenti poruchou spánku, bylo to nejčastěji z důvodu nevyhovujícího lůžka a rušivého světla a hluku. Dále zde jako doplňující informaci uvádí, že na JIP je respektován noční klid, což je velmi důležité pro komfort pacientů a jejich dobrý spánek. Z našeho šetření ale vyplývá, že celkem 30% respondentů na JIP spalo špatně, což poukazuje na poměrně častý výskyt a rozhodně bych toto zjištění nehodnotila jako pozitivní.

Kvalita spánku dotazovaných respondentů byla v průměru ohodnocena bodovým ohodnocením 2,73 (směrodatná odchylka 1,34). S dotazníkem PHEQIs není možno tuto hypotézu porovnat, protože otázky týkající se spánku pacientů nebyly předmětem jejího bádání.

Že je spánek, a zvláště pak spánek v noci, velmi důležitý k dobré fyzické i psychické pohodě pacientů, čímž napomáhá k jejich uzdravení, je obecně známo. Na JIP ale mívá mnoho pacientů obtíže se spánkem, a to z mnoha různých příčin. Nejčastěji udávaným důvodem špatného spánku u našich respondentů bylo rušivé světlo. Dalšími často uváděnými příčinami bylo přemýšlení o své nemoci, napojení na přístroje, nevyhovující teplota okolí, bolest či nepříjemný pocit ze spánku v cizím prostředí. K optimalizaci spánku pacientů je důležité pacienta přes den dostatečně aktivizovat, a to samozřejmě s přihlédnutím k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Pokud pacient celý den pospává, v noci již nemůže znovu usnout, dochází k tzv. inverzi spánku. Taková noc je potom pacienty vnímána jako velmi dlouhá a celkově negativně prožívaná. Pacient během probdělé noci často přemýšlí o svých problémech, což mu ubírá na jeho celkové psychické pohodě. Další možností, jak pacientům usnadnit jejich usínání a klidný spánek, je dodržování nočního klidu s přihlédnutím k aktuálním možnostem oddělení, tzn., přivezou-li pacienta v závažném zdravotním stavu, je pochopitelné, že i v

noci bude na JIP světlo a hluk. Ne vždy však takováto situace nastane, v tom případě by ošetřujícím personálem měl být noční klid striktně dodržován.

Hypotéza č. 6 předpokládala, že minimálně 70% respondentů bude spokojeno s dostatkem soukromí během hospitalizace na CHIR JIP 1.

Dostatečná míra soukromí byla hodnocena v otázkách č. 15 a 16. Kladně na otázku č. 15: „Při vyšetřování lékařem mám dostatek soukromí“ odpovědělo 34 respondentů (85%) a záporně na tuto otázku odpověděl pouze 1 dotázaný (2,5%). Na otázku č. 16: „Mám dostatek soukromí při provádění hygienické péče“ souhlasně odpovědělo 34 respondentů (85%) a nesouhlasně odpověděli 4 respondenti (10%).

Z výše uvedených údajů lze jednoznačně říci, že celkem 33 ze 40 respondentů bylo během hospitalizace na CHIR JIP 1 spokojeno s mírou soukromí při vyšetřování lékařem či provádění hygienické péče, což odpovídá 82,5%. Výsledek tedy potvrdil hypotézu č. 6.

	Pohlaví		Věk			Délka hospitalizace na JIP			
	ženy	muži	18 - 40 let	41 - 60 let	61 let a více	3 - 5 dnů	6 - 8 dnů	9 a více dnů	nevím*
spokojení s mírou soukromí při vyšetřování lékařem	75%	95%	42,86%	92,30%	95%	86,36%	71,43%	90%	100%
spokojení s mírou soukromí při hygienické péče	80%	90%	42,86%	92,30%	95%	81,82%	85,71%	90%	100%
celkově spokojeni s mírou soukromí	75%	90%	42,86%	84,62%	95%	81,82%	71,43%	90%	100%

Tabulka č.15 Četnost pacientů, kteří byli spokojeni s mírou soukromí na JIP, dle jednotlivých kategorií

* údaj v této kategorii neodpovídá skutečnosti vzhledem k faktu, že v této kategorii je zastoupen pouze jeden respondent

Ze zjištěných informací lze říci, že nejvyšší spokojenost s mírou soukromí v průběhu hospitalizace na JIP měli muži, zatímco jednoznačně nejméně spokojeni byli

respondenti ve věku 18 – 40 let. Konkrétní údaje o jednotlivých kategoriích jsou zpracovány v tabulce č. 15.

Podle šetření Černé, L. (2008) lze říci, že všichni respondenti poukazovali na ztrátu soukromí, což jednotně vnímali jako nepříjemné. Na druhou stranu pro ně ztráta soukromí nebyla výrazným stresorem, ale něčím, co k hospitalizaci neodmyslitelně patří. V této práci byla zvláště hodnocena intimita, na jejímž zachování se opět respondenti shodli.

V práci Červenkové, J. (2010) se uvádí, že pro respondenty je větším narušením soukromí nedostatek informací o prováděných činnostech nebo zasahování do soukromých věcí pacienta, konkrétně je zde uvedeno otevírání nočních stolků bez svolení pacienta. Z ošetrovatelských činností, které významným způsobem narušují soukromí respondentů, je provádění hygienické péče na lůžku. Toto zjištění již nebylo autorkou dále komentováno v diskusi její práce. Autorka zde pouze zmiňuje, „že nevhodné odhalení jim také vadí, ale vědí, že jinak to nejde.“ (Červenková, J., 2010, s.109)

Ve třetí ze zde uváděných prací Mervartová, P. (2006) říká, že vnímání celkové hygienické péče pacienta na lůžku není respondenty negativně vnímáno, což bylo pro samotnou autorku velkým překvapením. Lze tedy říci, že výsledky našeho šetření a výsledky výše zmíněných bakalářských prací se shodují ve spokojenosti dotazovaných respondentů s mírou soukromí během jejich hospitalizace v nemocničním zařízení.

Námi zjištěná míra spokojenosti se soukromím byla respondenty hodnocena 1,62 body (směrodatná odchylka 0,89; medián 1), což odpovídá velmi dobrému hodnocení. Podle dotazníku PHEQIs bylo soukromí hodnoceno číslem 2,47, což odpovídá spíše nižšímu hodnocení soukromí. Po přepočtení námi získaných dat vychází bodová hodnota na 3,39, což vypovídá o tom, že respondenti hospitalizovaní na CHIR JIP 1 byli mnohem více spokojeni s dostatkem soukromí během hospitalizace než pacienti z portugalské nemocnice.

Ze své praxe mohu říci, že narušení soukromí pacientů během jejich hospitalizace na JIP není ze strany jich samotných nijak zvláště negativně vnímáno, což je podle mého názoru do jisté míry ovlivněno systémem uspořádání jednotlivých boxů na CHIR JIP 1 a na straně druhé k tomu přispívá šetrný přístup personálu, který si je vědom negativního vlivu studu na pacienty. Mimo to je také v nemocničních zařízeních všeobecně stud prožíván s vyšší mírou tolerance než v běžném životě, a to zvláště u starších pacientů. U mladších pacientů se občas setkáváme s nižší tolerancí

narušeného soukromí, a to nejčastěji při vyprazdňování na lůžku. Snížení negativního vlivu studu na pacienty lze minimalizovat šetrným přístupem ošetrovatelského personálu, který bere ohledy na stud pacientů a snaží se, aby nepříjemné pocity pacientů byly co nejslabší. Ke snížení nepříjemných pocitů může napomoci například použití mobilní zástěny, která pacientovi umožňuje vytvořit vyšší stupeň soukromí. Pohled pacientů na soukromí je do značné míry ovlivněn i aktuálním zdravotním stavem konkrétního pacienta.

Hypotéza č. 7 předpokládala, že maximálně 20% respondentů si bude v průběhu hospitalizace na CHIR JIP 1 uvědomovat přítomnost živých či děsivých snů a blouznění.

Za účelem zhodnocení této hypotézy byly v dotazníku položeny otázky č. 20 a 21. Na otázku č. 20: „Prožívám nebo jsem prožíval/a živé či děsivé sny“ uvedlo kladnou odpověď celkem 18 respondentů (45%) a zápornou odpověď uvedlo 14 respondentů (35%). Na otázku č. 21: „Uvědomuji si, že jsem blouznil/a“ kladně odpovědělo 10 respondentů (25%) a záporně odpovědělo 14 respondentů (35%).

Ze získaných informací lze konstatovat, že celkem 19 respondentů ze 40 dotázaných si během pobytu na CHIR JIP 1 uvědomovalo, že blouznilo a mělo živé či děsivé sny, což odpovídá 47,5% respondentů, čímž se potvrdila hypotéza č. 7.

	Pohlaví		Věk			Délka hospitalizace na JIP			
	ženy	muži	18 - 40 let	41 - 60 let	61 let a více	3 - 5 dnů	6 - 8 dnů	9 a více dnů	nevím*
měli živé či děsivé sny	40%	50%	14,29%	46,15%	55%	36,36%	42,86%	70%	0%
uvědomovali si, že blouznili	30%	20%	14,29%	23,08%	30%	22,73%	28,57%	30%	0%
měli živé či děsivé sny i si uvědomovali, že blouznili	25%	20%	14,29%	15,38%	30%	18,18%	28,57%	30%	0%

Tabulka č.16 Četnost pacientů, kteří během hospitalizace na JIP měli nepříjemné prožitky, dle jednotlivých kategorií

* údaj v této kategorii neodpovídá skutečnosti vzhledem k faktu, že v této kategorii je zastoupen pouze jeden respondent

Zjištěné informace potvrdily naši domněnku, že čím byl respondent starší nebo čím delší čas pobýval na JIP, tím byl u něho výskyt živých či děsivých snů a uvědomování si pocitů blouznění četnější. Celkově lze také říci, že výskyt živých či děsivých snů byl četnější než respondentem si uvědomované blouznění. Hodnocení četnosti výskytu živých či děsivých snů a blouznění podle pohlaví respondentů, jejich věku a délky dosavadního pobytu na JIP je předmětem tabulky č. 16.

Průměrné bodové hodnocení otázek z hypotézy č. 5 bylo 3,13 (směrodatná odchylka 1,64; medián 1) Toto hodnocení nelze porovnat s žádnou z již zmíněných prací, neboť informace o prožívání živých či děsivých snů a pocitů blouznění nebylo předmětem jejich šetření, ani žádné jiné publikované práce.

Z vlastní zkušenosti mohu říci, že i prožívání živých či děsivých snů i blouznění je zčásti ovlivněno věkem respondentů i délkou jejich hospitalizace na JIP, což se plně shoduje s údaji zjištěnými v dotazníkovém šetření. Délka pobytu na JIP nepřímo poukazuje na závažnost stavu pacienta, což může být jedním z faktorů přispívajícím k blouznění a prožívání nepříjemných snů. Dalším faktorem, který negativně ovlivňuje prožívání pacientů během hospitalizace na JIP, je samo prostředí, které negativně působí např. zvýšeným hlukem či nadmírou světla, a to zejména v noci, což má za následek obtížné rozlišení mezi dnem a nocí. Dále bych zde jako možné příčiny negativních prožitků na JIP uvedla vytržení pacientů z jejich domácího prostředí, což bývá zejména staršími pacienty hůře tolerováno a dále pak neznalost aktuálního času.

Hypotéza č.8 předpokládala, že minimálně 60% respondentů bude během pobytu na CHIR JIP 1 prožívat strach o svůj život.

Odpověď na tuto hypotézu obsahovala otázka č. 9: „Prožívám nebo prožíval/a jsem strach o svůj život“, na kterou souhlasně odpovědělo 27 respondentů (67,5%) a pouze 4 respondenti (10%) s tímto tvrzením nesouhlasili.

Z výše uvedeného lze říci, že 27 ze 40 respondentů prožívalo strach o svůj život, což odpovídá 67,5% respondentů a potvrzuje tak hypotézu č. 8.

Při porovnání jednotlivých kategorií respondentů dojdeme k závěru, že strach o svůj život prožívaly mnohem častěji ženy než muži a u hodnocení z věkového hlediska vyšlo najevo, že respondenti ve věkové kategorii 41 – 60 let měli naopak nejnižší výskyt strachu o svůj život. Pro přehlednost jsou údaje o strachu o život našich respondentů uvedeny v tabulce č. 17. Z výsledků šetření také vyplývá, že ze 27 respondentů, kteří měli strach o svůj vlastní život, mělo přesto 24 respondentů během

svého pobytu na JIP pocit bezpečí, který byl i ostatními dotazovanými respondenty vnímán kladně.

	Pohlaví		Věk			Délka hospitalizace na JIP			
	ženy	muži	18 - 40 let	41 - 60 let	61 let a více	3 - 5 dnů	6 - 8 dnů	9 a více dnů	nevím*
měl/a jsem strach s svůj život	85%	50%	85,71%	46,15%	75%	68,18%	71,43%	60%	100%

Tabulka č.17 Četnost respondentů, kteří měli v průběhu pobytu na JIP strach o svůj život, dle jednotlivých kategorií

* údaj v této kategorii neodpovídá skutečnosti vzhledem k faktu, že v této kategorii je zastoupen pouze jeden respondent

Z dostupné české literatury ovšem můžeme námi zjištěné informace porovnat s prací Mervatrové, P. (2006), která uvádí, že byla překvapena nízkou četností respondentů uvádějících strach o svůj život. Výše zjištěné informace jsou překvapivé a neodpovídají informacím v našem šetření.

Průměrné hodnocení hypotézy č. 8 je 2,03 (směrodatná odchylka 1,26; medián 2). Tuto hypotézu nelze porovnat s výsledky dle dotazníku PHEQIs, vzhledem k tomu, že se jimi výše zmíněný dotazník nezabýval.

Strach o svůj život je přirozenou fází prožívání nemoci a záleží na každém pacientovi, jakým způsobem se s ním dokáže vyrovnat. Aspekty ovlivňující pacientův strach o svůj život jsou především druh a závažnost onemocnění a charakterové vlastnosti jedince. Na JIP je strach o život bezesporu častým jevem vzhledem k hospitalizaci pacientů ve velmi vážném zdravotním stavu, jejichž léčba bývá náročná, za použití množství lékařských přístrojů, pomůcek i personálu. Z vlastní zkušenosti vím, že tomuto strachu nelze zabránit, ale šetrným přístupem ošetřujícího personálu jej lze snížit. Ochota pomoci, umění komunikovat a dostatek času v tomto hrají důležitou roli. Během hovoru s pacientem je kromě milého, chápavého a vstřícného přístupu důležité dát pacientům vždy naději, a to ať naději na uzdravení nebo naději na důstojné prožití zbytku života. Tyto zdánlivé maličkosti jsou pro samotné pacienty nesmírně důležité, z pohledu pacientů mnohdy důležitější než lékařem ordinovaná léčba.

Doména č. 4 Kvalita poskytované péče a ošetrovatelského personálu. Do této domény náleží hypotézy č. 9 a 10.

Hypotéza č. 9 předpokládala, že minimálně 75% respondentů bude od lékařů a ostatního ošetrovatelského personálu dostatečně a srozumitelně informováno o svém zdravotním stavu i o prováděných postupech.

Dostatkem a srozumitelností podávaných informací se v dotazníku zabývaly otázky č. 11, 12, 13 a 14. Na otázku č. 11: „Od lékaře mám dostatek informací o svém zdravotním stavu“ odpovědělo 32 respondentů (80%) kladně a 4 respondenti (10%) záporně. Na otázku č. 12: „Informace od lékařů jsou srozumitelné“ odpovědělo 35 respondentů (87,5%) kladně a 2 respondenti (5%) záporně. Na otázku č. 13: „Od ošetrovatelského personálu mám dostatek informací o prováděných ošetrovatelských postupech“ odpovědělo všech 40 respondentů (100%) kladně. Záporně neodpověděl žádný respondent. Na otázku č. 14: „Informace od ošetrovatelského personálu jsou srozumitelné“ odpovědělo opět všech 40 respondentů (100%) kladně a žádný respondent neodpověděl záporně.

Ze získaných informací je možno konstatovat, že celkem 31 dotázaných z celkového počtu 40 respondentů mělo dostatek srozumitelných informací od lékařů i ošetrovatelského personálu, což odpovídá 77,5% respondentů. Tímto byla potvrzena hypotéza č. 9.

Vzhledem ke kladnému hodnocení podávaných informací není již dále hodnocení rozděleno podle pohlaví, věku a délky hospitalizace. Při porovnání jednotlivých odpovědí však lze zjistit, že respondenti, kteří byli nejčastěji nespokojeni s četností podávaných informací od lékařů byli muži ve věku nad 61 let a respondenti, kteří byli na JIP hospitalizováni 9 a více dnů.

V práci Černá, L. (2008) uvádí, že pacienti hospitalizovaní na JIP byli dostatečně informováni a v případě absence některých informací se nebáli zeptat, což mělo pozitivní vliv na jejich psychickou pohodu. Výše zmíněný komentář je velmi podobný zjištění, které vyplynulo z našeho dotazníkového šetření.

Mervartová, P. (2006) píše, že 92,6% jí oslovených respondentů bylo spokojeno s mírou své informovanosti od lékařů a pouze 7,6% respondentů spokojeno nebylo. Dále se autorka zamýšlí nad otázkou, zda respondenti vždy sdělovaným informacím rozuměli, což již ovšem nebylo dále v její práci upřesněno. Výsledek našeho šetření ukázal, že respondenti byli o něco méně spokojeni s četností lékařem sdělovaných informací (80%), ale také že byli spokojeni se srozumitelností těchto informací (87,5%).

Získané výsledky hypotézy č. 9 lze prezentovat průměrným bodovým ohodnocením 1,36 (směrodatná odchylka 0,68; medián 1). Tyto informace bohužel nelze porovnat s výsledky dotazníkového šetření PHEQIs vzhledem k tomu, že výše zmíněný dotazník se touto otázkou nezabýval.

Z vlastní zkušenosti mohu říct, že jsem nezaznamenala rozdíl mezi podáváním informací ženám a mužům. U pacientů starších je třeba sdělovat informace s přihlédnutím k možnostem pacienta. Nespokojenost pacientů s mírou podávaných informací může souviset s delší dobou hospitalizace na JIP, během níž se zdravotní stav pacienta výrazně zlepšil, což má logicky za následek nižší četnost lékařem podávaných informací, což někteří pacienti vnímají jako nedostatečný zájem lékařů o svoji osobu.

Za dobu své praxe jsem se setkala s mnoha přístupy podávání informací pacientům, a to pozitivními i negativními. Informace o zdravotním stavu jsou přitom pro pacienty jedním z nejdůležitějších aspektů k dosažení jejich psychické pohody. Na sdělování informací by si zdravotnický personál měl vždy vyčlenit dostatek času, což je velký problém, který výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu poskytovaných informací. Informace podávané ošetřovatelským personálem jsou pro pacienty většinou lépe srozumitelné, což je dáno častějším kontaktem ošetřovatelského personálu s pacientem a charakterem podávaných informací. Lékařem sdělované informace obsahují odborné informace o pacientově zdravotním stavu, plánovaných vyšetřeních či prognózách, což bývá pro mnoho pacientů méně srozumitelné, a to i přes snahu lékařů co nejvíce přiblížit styl podávaných informací laikům bez zdravotnického vzdělání.

Hypotéza č. 10 předpokládala, že minimálně 85% respondentů bude spokojeno s přístupem ošetřovatelského personálu a s úrovní poskytované péče na CHIR JIP 1.

Hodnocením úrovně poskytované péče a přístupu ošetřovatelského personálu se zabývaly otázky č. 10 a 19. Na otázku č. 10: „Přístup ošetřujícího personálu je pečlivý a laskavý“ odpovědělo kladně všech 40 respondentů (100%). Na otázku č. 19: „Dostává se mi péče na vysoké odborné úrovni“ odpovědělo kladně 36 dotázaných (90%) a záporně neodpověděl nikdo z dotázaných (0%).

Z výše uvedeného vyplývá, že 36 ze 40 respondentů bylo spokojeno s úrovní poskytované péče a s přístupem ošetřujícího personálu, což odpovídá 93,3% respondentů, čímž byla potvrzena hypotéza č.10.

Respondenti z šetření Černé, L. (2008) byli naprosto spokojeni s přístupem ošetřovatelského personálu. Nikdo z dotázaných neměl žádnou špatnou zkušenost s přístupem personálu.

Podle výsledků Mervartové, P. (2006) taktéž vyplývá, že respondenti byli s ošetřujícím personálem velmi spokojeni, což dle jejich slov dokládá vysokou kvalitu personálu na JIP. Výsledky obou šetření se shodují s vyhodnocením našeho šetření.

S údaji studie využívající dotazník PHEQIs lze porovnat pouze část hypotézy č. 10, a to část zabývající se pečlivým a laskavým přístupem ošetřujícího personálu. Z výsledků naší práce lze konstatovat, že přístup ošetřujícího personálu je hodnocen číslem 1,16 (směrodatná odchylka 0,45; medián 1), což je velmi dobré hodnocení respondenty. Dle respondentů pracujících s dotazníkem PHEQIs je úroveň ošetřujícího personálu 2,97, což lze ohodnotit pouze jako lehce nadprůměrné hodnocení. Po přepočtu námi získaného hodnocení dojdeme k bodovému ohodnocení 3,95, což je velmi dobré hodnocení přístupu ošetřujícího personálu, na jehož základě můžeme říci, že respondenti na CHIR JIP 1 jsou s personálem výrazně spokojenější než respondenti z portugalské nemocnice.

Z praxe mohu říci, že úroveň přístupu ošetřujícího personálu k pacientům je velmi individuální. Je zde kladen velký důraz na empatii, komunikaci s pacientem, na trpělivost při vyjadřování potřeb samotným pacientem a v neposlední řadě také ochotou personálu věnovat pacientům více času než je nezbytně nutné ke splnění úkonů prováděných u pacienta. Z výsledků šetření je patrná velmi vysoká spokojenost respondentů s kvalitou a úrovní péče na CHIR JIP 1, což samozřejmě není jednotný názor všech pacientů hospitalizovaných na naší JIP. Pravdou ale je, že slova chvály a spokojenosti s personálem CHIR JIP 1 jsou v převaze nad nespokojeností pacientů.

Závěr

Lékařská a ošetrovatelská péče o pacienty je odstupňována podle zdravotního stavu pacientů a naléhavosti zajištění jejich potřeb. Případy, kdy je zdravotní stav pacienta závažný, se řeší hospitalizací. Čím je stav pacienta závažnější, tím větší péče mu musí být poskytnuta. Tato práce se soustředila na pacienty hospitalizované na JIP. Většina ošetrovatelských a lékařských výzkumů se zajímá o kvalitu péče poskytovanou těmto pacientům. Mnohem méně výzkumů se zabývá tím, jak tito pacienti vnímají, prožívají a hodnotí specifické prostředí na jednotce intenzivní péče, v němž musí trávit někdy i řadu dní.

Cílem teoretické části bylo charakterizovat pojem jednotka intenzivní péče a připomenout, že požadavky na provoz jednotek intenzivní péče jsou přesně stanoveny legislativou České republiky, a to leckdy ve velmi jednoznačných formulacích, v mnohém zabíhajících až do nejmenších detailů.

Z dostupné literatury je známo, že prostředí intenzivní péče až překvapivě velkou měrou ovlivňuje hospitalizované pacienty i jejich blízké, kteří je na těchto odděleních navštěvují. Z nejvýznamnějších aspektů je třeba zmínit vliv rušivého hluku, vliv nadměrného osvětlení, a to zejména v nočních hodinách, a v neposlední řadě také vliv mikroklimatických podmínek odrážející vliv tepla a chladu. Za zmínku stojí pozitivní psychologický vliv esteticky upraveného prostředí a možnosti pacientů alespoň částečně ovlivňovat dění kolem sebe, který je důležitým aspektem psychické pohody pacientů.

Okrajově v této práci byly zmíněny potřeby pacientů, zvláště pak u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče, ze kterých byly vybrány tři nejvýznamnější: potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a jistoty a konečně potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti.

Empirická část této práce prezentuje výsledky dotazníkového šetření, jež bylo provedeno na souboru 40 respondentů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče chirurgické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Výsledky šetření odrážejí názory pacientů týkající se jejich hospitalizace na této jednotce intenzivní péče.

Výsledky empirické části se týkají pacientem vnímaného prostředí intenzivní péče. Zatímco s čistotou a vzhledem prostředí byli respondenti téměř jednoznačně spokojeni, s mírou rušivého hluku a nadměrného nočního osvětlení byli respondenti

spíše nespokojeni. Celá jedna třetina respondentů byla během svého pobytu na jednotce intenzivní péče rušena hlukem, nejčastěji pocházejícím z lékařských přístrojů, jimiž byli respondenti obklopeni; v noci také hlasitým hovorem personálu. Téměř čtvrtina respondentů byla nespokojena s přemírou osvětlení na jednotce intenzivní péče, a to zejména v nočních hodinách, kdy jednoznačným rušivým činitelem bylo světlo pocházející z osvětlení chodby. To bylo nepříjemně vnímané i přesto, že se toto světlo o půlnoci zhasíná, aby byl dodržen noční režim pacientů. Přizpůsobení podmínek nočnímu režimu pacientů je vždy podmíněno aktuálním děním na intenzivní péči.

Nejvíce zatěžujícím faktorem v prostředí jednotky intenzivní péče očima dotázaných pacientů byl strach o svůj vlastní život, který udávaly téměř dvě třetiny dotázaných. O něco méně (tj. necelá polovina respondentů) uvedla, že během svého pobytu na jednotce intenzivní péče prožívala živé či děsivé sny nebo si uvědomovala, že blouznila. Se svým spánkem během hospitalizace na jednotce intenzivní péče nebyla spokojena celá třetina respondentů, a to zejména z důvodu rušivého světla a přemýšlení o své nemoci.

Naproti tomu k faktorům, které byly respondenty kladně hodnoceny, patřila absence bolesti, která byla u všech respondentů jednoznačně dostatečně léčena, a také zajištění dostatečného soukromí při vyšetřování i při provádění ošetrovatelské péče.

Přístup ošetrovatelského personálu ve vztahu k pacientům byl téměř všemi respondenty hodnocen kladně. S mírou informovanosti od personálu byly spokojeny tři čtvrtiny respondentů.

Z výše uvedeného lze říci, že ačkoliv je hospitalizace na jednotkách intenzivní péče pro pacienty jistě velmi stresovou a náročnou situací, nebylo její prožívání samotnými respondenty hodnoceno nijak výrazně negativním způsobem.

Anotace

Autor:	Lucie Šaldová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Pacientovo vnímání prostředí intenzivní péče
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	91 + 8 stran příloh
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	hospitalizace, jednotka intenzivní péče, vliv prostředí, rušivé faktory, vnímání prostředí, ošetrovatelský personál, dotazník PHEQIs

Bakalářská práce nabízí souhrnný pohled na specifika jednotky intenzivní péče a legislativní požadavky na její provoz. Práce studuje pacientovo vnímání prostředí na jednotce intenzivní péče a pojednává o fyzikálních aspektech zatěžujících hospitalizované pacienty. Jde zejména o světlo, hluk a mikroklimatické podmínky.

V empirické části je popsán výzkum provedený metodou dotazníkového šetření u souboru 40 pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče chirurgické kliniky, Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Práce mapuje vnímání, prožívání a hodnocení vlivu prostředí intenzivní péče na hospitalizované pacienty. Výsledkem práce bylo zjištění, že ačkoliv se ve specifickém prostředí intenzivní péče vyskytuje mnoho rušivých aspektů, většina dotázaných pacientů byla s průběhem svého pobytu na intenzivní péči spíše spokojena. Získané informace budou sloužit jako podklad pro zlepšení podmínek na této jednotce intenzivní péče.

This bachelor thesis offers a comprehensive view of the specifics of the intensive care unit and legislative requirements for its operation. The thesis studies patients' perception of the environment in the ICU and discusses burdensome physical aspects of hospitalized patients; especially light, noise and microclimate conditions.

The empirical part describes the research conducted by questionnaire to the group of 40 patients hospitalized in the Intensive Care Unit Department of Surgery,

University Hospital in Hradec Králové. The thesis reflects perception, experience and assessment of environmental effects of intensive care unit on hospitalized patients, and the result of the thesis was the finding that although there are a lot of disturbing aspects in the specific environment of intensive care units, majority of surveyed patients were satisfied during their stay at intensive care units. The information obtained will serve as a basis for improving the conditions at the intensive care unit.

Použitá literatura a prameny

Monografie:

BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované vydání Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vydání Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

DVOŘÁKOVÁ, Z. a kolektiv, *Řízení lidských zdrojů*. 1. vydání Praha: C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-347-9.

GULLO, A., BESSO, J., LUMB, P., D., WILLIAMS, G., F., *Intensive and Critical Care Medicine*. Milan (Italy): Springer, 2009. e-ISBN 978-88-470-1436-7.

KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z., *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vydání Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.

KÖSTER, H., *Dynamika denního osvětlení*. 1. vydání Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3049-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. vydání Praha: Grada, 2002, 3. dotisk 2006. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J., *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vydání Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1673-9.

SCHOTT, H., *Kronika medicíny*. české vydání Praha: Fortuna Print, 1994. ISBN 80-85873-16-8.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kolektiv, *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et al., *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-203-X.

ŠRÁMOVÁ, H. a kolektiv, *Nozokomiální nákazy*. 3. vydání Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-286-5.

VAŠINA, L., *Komparativní psychologie*. 1. vydání Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2847-6.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv, *Velký lékařský slovník*. 8. vydání Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.

ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kolektiv, *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Články z časopisů:

ANDRADE, C., LIMA, M.L., FORNARA, F., BONAIUTO, M., Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 2012, vol. 32, no. 2, s. 97-111. ISSN 0272-4944.

HUISMAN, E.R.C.M., MORALES, E., HOOF van J., KORT, H.S.M., Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 2012, vol. 58, no. 1, s. 70-80. ISSN 0360-1323.

ŠKRLA, P., Transformace nemocničního prostředí - globální trend. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2 příloha., s. 4-5. ISSN 1210-0404.

Kvalifikační práce:

ČERNÁ, L., *Stresory působící na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních*. [online]. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce (Bc.), Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z <https://wstag.jcu.cz/portal/prohlizeni/index.jsp> [15. 02. 2014].

ČERVENKOVÁ, J., *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?* [online]. Zlín, 2010. Bakalářská práce (Bc.), Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z <https://dspace.k.utb.cz/handle/10563/14224> [15. 02. 2014].

LEIBNEROVÁ, J., *Spokojenost pacientů s léčbou akutní pooperační bolesti*. [online]. Hradec Králové, 2010. Bakalářská práce (Bc.), Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Dostupné z https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/85676/7438068/?q=%7B%22_searchform_search%22%3A%22spokojenost%22%2C%22_searchform_butsearch%22%3A%22Vyhledat%22%2C%22_facetform_facets_workType%22%3A%5B%22BP%22%5D%2C%22_facetform_facets_faculty%22%3A%5B%221150%22%5D%2C%22PNzzpSearchListbasic%22%3A1%7D&lang=cs [15. 02. 2014].

MERVARTOVÁ, P., *Potřeby člověka hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče*. [online]. Hradec Králové, 2006. Bakalářská práce (Bc.), Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Dostupné z https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/35996/7438047/?q=%7B%22_searchform_search%22%3A%22jip%22%2C%22_searchform_butsearch%22%3A%22Vyhledat%22%2C%22_facetform_facets_workType%22%3A%5B%22BP%22%5D%2C%22_facetform_facets_faculty%22%3A%5B%221150%22%5D%2C%22PNzzpSearchListbasic%22%3A1%7D&lang=cs [15. 02. 2014].

Legislativní dokumenty:

ČESKO. Vláda. Nařízení vlády č. 272 ze dne 24. srpna 2011 o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2011, částka 97. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vláda. Nařízení vlády č. 31 ze dne 11. ledna 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2010, částka 10. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vláda. Nařízení vlády č. 93 ze dne 29. února 2012, kterým se mění nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění nařízení vlády č. 68/2010 Sb. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2012, částka 37. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 287 ze dne 5. září 2013, kterou se mění vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2013, částka 109. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 306 ze dne 12. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2012, částka 109. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2012, částka 36. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 602 ze dne 18. 12. 2006, kterou se mění vyhláška č. 137/2004 Sb., o hygienických požadavcích na stravovací služby a o zásadách osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2006, částka 189. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 6 ze dne 16.12.2002, kterou se stanoví hygienické limity chemických, fyzikálních a biologických ukazatelů pro vnitřní prostředí pobytových místností některých staveb. In: *Sbírka zákonů*, Česká republika. 2003, částka 4. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Parlament. Zákon č. 31 ze dne 27. ledna 2011, kterým se mění zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*, České republiky. 2011, částka 11. ISSN 1211-1244.

Internetové zdroje:

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/doporuceni_7644_2922_29.html, [Pět základních situací pro hygienu rukou\[1\]](#) (PDF, 334Kb) [18.3.2014].

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Věstník č. 5 ze dne 29. června 2012, *Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče*. [online]. Česká republika. 2012, částka 5. Dostupný také z WWW: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html. [12. 3. 2014]

ČESKO. Ministerstvo životního prostředí. *Metodické doporučení k nakládání s odpady ze zdravotnictví*. [online]. 2007. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/puda/legislativa_odpady/MD_odpady_zdravotnictvi.pdf [19.3.2014].

ČVUT Praha - Fakulta biomedicínského inženýrství: *Emersonova cena za výzkum umělé plicní ventilace*. [online]. Dostupné z <http://www.fbmi.cvut.cz/vyzkum/oceni/emersonova-cena> [24. 03. 2014].

KOHOUTOVÁ, V., *HACCP - systém kritických bodů, záruka zdravotní bezpečnosti potravin*. [online]. Dostupné z <http://www.haccp.name/haccp/index.php> [10.3.2014].

MATHAUSEROVÁ, Z., *Mikroklimatické podmínky vnitřního prostředí pracovišť*. [online]. Státní zdravotní ústav Praha, 2007. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/mikroklimaticke-podminky-vnitriho-prostredi-pracovist> [17.3. 2014].

MATOUŠEK, J., *Vliv světla a osvětlení na člověka*. [online]. Dostupné z <http://www.tzb-info.cz/1794-vliv-svetla-a-osvetleni-na-cloveka> [18.1.2014].

VANDASOVÁ, Z., *Zdravotní účinky hluku*. [online]. Státní zdravotní ústav Praha, 2007. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/zdravotni-ucinky-hluku> [24.1.2014].

Seznam zkratek

GCS	Glasgow Coma Scale
CHIR JIP 1	chirurgická klinika, jednotka intenzivní péče 1
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
PHEQIs	Perceived Hospital Environment Quality Indicators
VAS	Vizuální analogová škála

Seznam obrázků

Obrázek č.1	Železné plíce v r. 1952 v Los Angeles při epidemii poliomyelitídy.....	11
Obrázek č.2	Asistovaná lázeň (foto: L. Šaldová).....	17
Obrázek č.3	Box pro pacienty (foto: L. Šaldová)	18
Obrázek č.4	Kuchyňka pro pacienty (foto: L. Šaldová).....	22
Obrázek č.5	Schéma činností vyžadujících hygienickou dezinfekci rukou	25
Obrázek č.6	Pyramida potřeb dle A. H. Maslowa (Kelnarová, J.a kolektiv, 2009)....	30

Seznam tabulek

Tabulka č.1	Legislativa související s provozem jednotek intenzivní péče	16
Tabulka č.2	Vybavení na jednotkách intenzivní péče dle stupně intenzivity	19
Tabulka č.3	Personální zabezpečení jednotek intenzivní péče	20
Tabulka č.4	Základní statistické údaje u odpovědí pacientů na jednotlivé dotazníkové položky.	44
Tabulka č.5	Základní statistické údaje jednotlivých domén	44
Tabulka č.6	Variety odpovědí specifikující noční rušení světlem s četností jejich výskytu	57
Tabulka č.7	Variety odpovědí specifikující noční rušení hlukem s četností jejich výskytu	57
Tabulka č.8	Variety odpovědí specifikující důvod špatného spánku s četností jejich výskytu	58
Tabulka č.9	Faktory obtěžující respondenty na JIP s četností jejich výskytu.....	58
Tabulka č.10	Faktory s nimiž byli respondenti na JIP spokojena s četností jejich výskytu	59
Tabulka č.11	Doplňující informace respondentů ohledně pobytu na JIP	59
Tabulka č.12	Četnost pacientů, které na JIP rušil hluk, dle jednotlivých kategorií.....	63
Tabulka č.13	Četnost pacientů, které na JIP rušilo světlo, dle jednotlivých kategorií .	65
Tabulka č.14	Četnost pacientů, kterým se na JIP špatně spalo, dle jednotlivých kategorií.....	68
Tabulka č.15	Četnost pacientů, kteří byli spokojeni s mírou soukromí na JIP, dle jednotlivých kategorií.....	69
Tabulka č.16	Četnost pacientů, kteří během hospitalizace na JIP měli nepříjemné prožitky, dle jednotlivých kategorií	71
Tabulka č.17	Četnost respondentů, kteří měli v průběhu pobytu na JIP strach o svůj život, dle jednotlivých kategorií.....	73

Seznam grafů

Graf č.1	Pohlaví respondentů.....	45
Graf č.2	Věk respondentů	45
Graf č.3	Jak dlouho jste hospitalizovaný na JIP?	46
Graf č.4	Prostředí JIP na mě působí dobře.	46
Graf č.5	Čistota prostředí je výborná.	47
Graf č.6	Mé lůžko na JIP je pohodlné.....	47
Graf č.7	Hluk z přístrojů a provozu JIP je přijatelný.....	48
Graf č.8	Moje bolest je dostatečně léčena.	48
Graf č.9	Prožívám nebo prožíval/a jsem strach o svůj život.....	49
Graf č.10	Přístup ošetřujícího personálu je pečlivý a laskavý.	49
Graf č.11	Od lékaře mám dostatek informací o svém zdravotním stavu.....	50
Graf č.12	Informace od lékařů jsou srozumitelné.....	50
Graf č.13	Od ošetřovatelského personálu mám dostatek informací o prováděných ošetřovatelských postupech.	51
Graf č.14	Informace od ošetřovatelského personálu jsou srozumitelné.	51
Graf č.15	Při vyšetřování lékařem mám dostatek soukromí.....	52
Graf č.16	Mám dostatek soukromí při provádění hygienické péče.	52
Graf č.17	Návštěvy mých blízkých mi během pobytu na JIP pomáhají.	53
Graf č.18	Během pobytu na JIP mám pocit bezpečí.....	53
Graf č.19	Dostává se mi péče na vysoké odborné úrovni.	54
Graf č.20	Prožívám nebo jsem prožíval/a živé či děsivé sny.	54
Graf č.21	Uvědomuji si, že jsem blouznil/a.....	55
Graf č.22	Světlo v noci na JIP mi nevádí.....	55
Graf č.23	V noci je na JIP dostatečné ticho.	56
Graf č.24	Během hospitalizace na JIP dobře spím.	56
Graf č.25	Teplota okolí je vyhovující.....	57

Seznam příloh

- Příloha č. 1** Žádost o povolení výzkumného šetření ve FNHK na oddělení jednotky intenzivní péče chirurgické kliniky (CHIR JIP 1)
- Příloha č. 2** Dotazník Pacientovo vnímání prostředí na Jednotce intenzivní péče
- Příloha č. 3** PHEQIs scales ítems
- Příloha č. 4** Orientační hladiny zvuků

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

v Hradci Králové 25.10.2013

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve FNHK na oddělení jednotky intenzivní péče chirurgické kliniky (CHIR JIP 1)

Vážená paní Vaňková,

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce. Toto šetření bych chtěla provádět ve FNHK na chirurgické klinice na jednotce intenzivní péče (JIP 1).

Jmenuji se Lucie Šaldová, narozena 5.5.1978 a jsem posluchačkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit pacientovo vnímání prostředí intenzivní péče a zamyslet se nad možnostmi zkvalitnění tohoto prostředí a ovlivnění jeho vnímání pacienty.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Lucie Šaldová
Medkova 1311
500 02 Hradec Králové
saldoval@lfhk.cuni.cz

vedoucí práce
prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc.
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Mares@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 30. 10. 2011

Podpis a razítko



Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Pacientovo vnímání prostředí na Jednotce intenzivní péče

Lucie Šaldová, studentka Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Vážená paní, vážený pane,

během Vaší léčby jste léčen/a na jednotce intenzivní péče. Protože si uvědomujeme, že toto prostředí bývá pacienty ne vždy dobře vnímáno, chceme Vás požádat o vyplnění dotazníku, který zjišťuje, jak vnímáte prostředí na jednotce intenzivní péče Vy. Získané informace budou sloužit jako podklad pro zlepšení podmínek na jednotkách intenzivní péče. Dotazník je **anonymní**, nebojte se odpovídat podle toho, co si skutečně myslíte. Za Vaši spolupráci předem děkujeme.

Pokyny pro vyplňování dotazníku

Zakroužkujte vždy **jen jednu** odpověď. Pokud chcete změnit svoji odpověď, škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

- | | | | |
|---|----------------|----------------|-------------------------------|
| 1. Pohlaví: | A) žena | B) muž | |
| 2. Věk: | A) 18 – 40 let | B) 41 – 60 let | C) 61 let a více |
| 3. Jak dlouho jste hospitalizován/a na JIP? | A) 3 – 5 dnů | B) 6 – 8 dnů | C) 9 a více dní D) nevím |

Všechny následující otázky se týkají Vašeho pobytu na Jednotce intenzivní péče (**JIP**).

Otázka	souhla- sím	spíše souhla- sím	těžko řící	spíše nesouhla- sím	nesouhla- sím	nemohu posoudit
	1	2	3	4	5	N
4. Prostředí JIP na mě působí dobře.	1	2	3	4	5	N
5. Čistota prostředí je výborná.	1	2	3	4	5	N
6. Mé lůžko na JIP je pohodlné.	1	2	3	4	5	N
7. Hluk z přístrojů a provozu JIP je přijatelný.	1	2	3	4	5	N
8. Moje bolest je dostatečně léčena.	1	2	3	4	5	N
9. Prožívám nebo prožíval/a jsem strach o svůj život.	1	2	3	4	5	N
10. Přístup ošetřujícího personálu je pečlivý a laskavý.	1	2	3	4	5	N
11. Od lékaře mám dostatek informací o mém zdravotním stavu.	1	2	3	4	5	N

12. Informace od lékařů jsou srozumitelné.	1	2	3	4	5	N
13. Od ošetrovatelského personálu mám dostatek informací o prováděných ošetrovatelských postupech.	1	2	3	4	5	N
14. Informace od ošetrovatelského personálu jsou srozumitelné.	1	2	3	4	5	N
15. Při vyšetřování lékařem mám dostatek soukromí.	1	2	3	4	5	N
16. Mám dostatek soukromí při provádění hygienické péče.	1	2	3	4	5	N
17. Návštěvy mých příbuzných a blízkých mi během pobytu na JIP pomáhají.	1	2	3	4	5	N
18. Během pobytu na JIP mám pocit bezpečí.	1	2	3	4	5	N
19. Dostává se mi péče na vysoké odborné úrovni.	1	2	3	4	5	N
20. Prožívám nebo jsem prožíval/a živé či děsivé sny.	1	2	3	4	5	N
21. Uvědomuji si, že jsem blouznil/a.	1	2	3	4	5	N
22. Světlo v noci na JIP mi nevadí.	1	2	3	4	5	N
23. V noci je na JIP dostatečné ticho.	1	2	3	4	5	N
24. Během hospitalizace na JIP dobře spím.	1	2	3	4	5	N
25. Teplota okolí je vyhovující.	1	2	3	4	5	N

Dále u nabízených variant odpovědí můžete zakroužkovat **více než jednu odpověď**.

Pokud Vám v noci vadí světlo, upřesněte jaké:

- A) osvětlení na mém boxu (pokoji)
- B) světlo z přístrojů na mém boxu (pokoji)
- C) světlo z chodby
- D) osvětlení používané při práci personálu
- E) jiné světlo.....

Pokud Vás v noci ruší hluk, upřesněte jaký:

- A) hluk z přístrojů na mém boxu (pokoji)
- B) hluk vzniklý při ošetřování jiných pacientů
- C) hluk pocházející z hlučného hovoru personálu

D) jiný hluk.....

Pokud v noci špatně spíte, uveďte proč:

- A) vadí mi světlo
- B) vadí mi hluk
- C) vadí mi nevyhovující teplota okolí
- D) vadí mi bolest
- E) vadí mi napojení na přístroje
- F) vadí mi cizí prostředí
- G) protože přemýšlím o mé nemoci
- H) jiné

Napište, co Vás na JIP nejvíce obtěžuje, s čím nejste spokojen/a.

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

Napište, čeho si na JIP nejvíce ceníte, s čím jste spokojen/a.

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

Pokud chcete, napište nám, co Vás zajímá nebo co byste nám ještě chtěl/a sdělit o Vašem pobytu na JIP.

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

Děkujeme Vám za spolupráci a prosíme, projděte ještě jednou celý dotazník, zda jste nezapomněl/a někde zakroužkovat svoji odpověď.

PHEQIs scales' items
EXTERNAL SPACE SCALE
<i>Upkeep & care</i>
(External hospital area) is not very clean
(External hospital area) is well-kept
(In the external hospital area) paths and sidewalks are in good condition
Many hospital buildings are in poor condition
Hospital entrance is welcoming
<i>Orientation</i>
In this hospital it is easy to find care units and services you are looking for
(In the external hospital area) there are plenty of signposts to find your way
(In the external hospital area) it is difficult to find your way around
(In the external hospital area) signposting is unclear
<i>Green spaces</i>
(In the external hospital area) there are nice trees
(In the external hospital area) there are green spaces where you can relax or meet people
(In the external hospital area) there is a lack of well-kept green spaces
(In the external hospital area) there is a lack of green spaces with benches to sit
<i>Building aesthetics</i>
From the outside, hospital buildings are nice
From the outside, the colours of the hospital buildings are unpleasant
From the outside, the shapes of the hospital buildings are unpleasant
CARE UNIT & IN-/OUT-PATIENT SCALE
<i>Spatial-ephysical comfort</i>
(In this in-patient/waiting area) furnishings are in poor condition
(In this in-patient/waiting area) furnishings are in good condition
(In this in-patient/waiting area) the quality of furnishings is good
(In this in-patient/waiting area) furnishings are unpleasant
(In this in-patient/waiting area) walls, floors and ceilings are in poor condition
(In this in-patient/waiting area) walls, floors and ceilings have nice colours
(In this in-patient/waiting area) walls, floors and ceilings are well-kept

(In this in-patient/waiting area) walls, floors and ceilings are unpleasant
This care unit's entrance is welcoming
It (the in-patient/waiting area) is clean
(In this in-patient/waiting area) windows are dirty
(In this in-patient/waiting area) seats are uncomfortable
(In this in-patient room/waiting area) the number of beds/the number of places to sit (chairs/sofas) is appropriate
(In this in-patient/waiting area) temperature is inadequate (too hot or too cold)
(In this in-patient/waiting area) the air exchange from outside is adequate
(In this in-patient/waiting area) air humidity is adequate (neither too wet nor too dry)
(In this in-patient/waiting area) the air is unbreathable
In this care unit there is a lack of well-equipped waiting or lounge rooms/This waiting area is well-equipped (chairs, tables, TV, newspapers, magazines, etc.)
<i>Orientation</i>
It is easy to recognize the entrance of this care unit
(In this care unit) there are few signposts to help find your way around
(In this care unit) there are few signposts to help find your way around
(In this care unit) it is difficult to find your way around
(In this care unit) information points are badly located
(In this care unit) you can easily find information points
(This in-patient/waiting area) is clearly defined
<i>Quietness</i>
(In this care unit) there is enough quietness
(In this care unit) you can hear dins and screams
(In this care unit) there is not much noise
(In this care unit) it is too chaotic
<i>Views & lighting</i>
This in-patient/waiting area is large enough
(In this in-patient/waiting area) the intensity of artificial lighting is satisfactory
(This in-patient/waiting area) does not get enough sunlight
This in-patient/waiting area has large windows
(In this in-patient/waiting area) you can see green spaces from the windows
(This in-patient/waiting area) needs more windows

(In this in-patient/waiting area) the view from the windows has little interest
SOCIALFUNCTIONAL FEATURES SCALE
<i>Care for social and organizational relationship</i>
(In this care unit) people receive a nice welcome from staff
(In this care unit) doctors are generally not very understanding toward patients
(In this care unit) nurses are generally not very understanding toward patients
(In this care unit) operational assistants are generally not very understanding toward patients
(In this care unit) medical visits are satisfactory for patients
(In this care unit) doctors generally provide poor information on medical examinations, therapies and interventions
(In this care unit) there is a good cooperative atmosphere among staff members
This care unit is poorly organized
(In this care unit) it is clear who you must ask for information
(In this care unit) there are too many strict rules which limit people's freedom
<i>Privacy</i>
(In this care unit) you feel watched
(In this care unit) people are generally nonintrusive
This care unit is often too crowded
(In this care unit) people gossip too much
(In this care unit) people can create their own personal space
(In this care unit) you can talk to staff about delicate issues without being overheard by others
It is easy for patients to identify the name, surname and function of the staff members

Příloha č. 4

Orientační hladiny zvuků

dB.	Příklad hlasitosti
0	práh slyšení
10	šustění listí
20	šeptání, tichá ulice
40	normální hovor
50	normální hlasitost rádia
70	křik, rušná ulice
90	automobilové signály
110	pneumatické kladivo na kovu
120	hluk letadla ze vzdálenosti 4km
130	práh bolesti