

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Vladimíra Macháčková

**Řízení kvality programu podpory zdraví u specifických skupin
pacientů**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 22. června 2012

Bc. Vladimíra Macháčková

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Petrovi Vrzáčkovi za jeho profesionální a vstřícnou podporu během přípravy a tvorby diplomové práce a paní Mgr. Blance Tolarové Ph.D., za její pomoc s přípravou výzkumné části.

Na dalším místě bych chtěla poděkovat managementu Nemocnice Pelhřimov, hlavně náměstkyni ošetrovatelské péče paní Mgr. Jitce Dejmkové, za možnost spoluúčasti na tvorbě postupů a zavádění programu zvyšování kvality ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov.

Zvláštní poděkování patří rodině, která mě celou dobu podporovala a povzbuzovala.

Obsah

Abstrakt.....	7
Klíčová slova	7
Abstract.....	8
Key words	8
1. Úvod.....	9
2. Teoretická část	12
2.1. Pojem zdraví	12
2.1.1. Faktory ovlivňující zdraví podle WHO	12
2.1.2. Podpora zdraví	14
2.1.3. Programy podpory zdraví	15
2.1.4. Politika podpory zdraví České republiky (ČR).....	16
2.1.4.1. Škola podporující zdraví v ČR.....	18
2.1.4.2. Národní síť zdravých měst ČR	19
2.1.4.3. Síť nemocnic podporujících zdraví.....	20
2.1.4.4. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 (Kvalita života ve stáří).....	22
2.1.5. Legislativa.....	23
2.2. Chronická onemocnění a faktory, které je ovlivňují.....	24
2.2.1. Riziková nepřenosná onemocnění	24
2.2.1.1. Kardiovaskulární onemocnění	24
2.2.1.2. Chronická respirační onemocnění	27
2.2.1.3. Metabolická onemocnění	28
2.2.1.4. Rakovina	29
2.2.2. Rizikové faktory ovlivňující zdraví	30

2.2.2.1.	Kouření	30
2.2.2.2.	Alkohol	31
2.2.2.3.	Obezita, stravovací návyky, nedostatek fyzické aktivity.....	32
2.3.	Kvalita zdravotní péče	34
2.3.1.	Definice kvality zdravotní péče	34
2.3.2.	Historie kvality zdravotní péče	35
2.3.3.	Základní pojmy kvality	36
2.3.4.	Kvalita versus jakost	37
2.3.5.	Dimenze kvality	38
2.3.6.	Dělení kvality podle způsobu měření dat	40
2.3.6.1.	Sběr dat	40
2.3.7.	Nástroje pro řízení a plánování kvality	41
2.3.8.	Zlepšování kvality (jakosti) – model PDCA.....	43
2.3.9.	Organizace podílející se na hodnocení kvality zdravotnických zařízení v České republice.....	43
2.3.9.1.	Spojená akreditační komise ČR, o. p. s. (SAK).....	44
2.3.9.2.	Mezinárodní akreditační komise - Joint Commission International Accreditation (JCIA).....	47
2.3.9.3.	Mezinárodní organizace pro normalizaci - International Organization for Standardization (ISO).....	48
2.4.	Kvalita zdravotní péče jako výsledek řízení procesu změny	50
3.	Praktická část	57
3.1.	Cíl práce a charakteristika organizace	57
3.2.	Definice výzkumného problému, formulace výzkumných otázek a hypotéz	58
3.3.	Metodologie	59
3.3.1.	Charakteristika zkoumaného vzorku	60

3.4.	Výsledky šetření	61
3.4.1.	Grafické znázornění dat	63
3.5.	Doporučení vedoucí ke změně kvality podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení 87	
4.	Závěr	95
	Seznam použité literatury:	97
	Seznam příloh	102

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá řízením programu podpory zdraví v nemocničním zařízení, jehož význam v současné době stále vzrůstá.

V teoretické části se snaží zmapovat podporu zdraví v celkovém kontextu, nastínit některé programy podporující zdraví probíhající v České republice a specifikovat nejčastější nepřenosná chronická onemocnění a rizikové faktory, které je ovlivňují. Závěr teoretické části se zabývá kvalitou zdravotní péče, nástroji pro řízení a plánování kvality a kvalitou jako výsledku procesu řízení změny.

Praktická část analyzuje data z dotazníkového šetření pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Pelhřimov s ischemickou chorobou srdeční. Výsledky ukázaly na ochotu pacientů změnit svůj životní styl, ale i na velkou skupinu pacientů, kteří nepřemýšleli o změně svého životního stylu, ale mající zájem o informace, které se týkající změn jejich životních návyků od lékařů. Jedná se o pacienty s nadváhou nebo obezitou a s délkou trvání onemocnění do 1 roku. Úroveň poskytovaných informací v Nemocnici Pelhřimov je na velmi vysoké úrovni a doporučení, která zdravotnických personál pacientům navrhuje, jsou pro ně realizovatelná.

Závěr práce navrhuje doporučení, jak doplnit sběr dat během vstupních rozhovorů s pacienty a jak vést proces podpory zdraví během pobytu ve zdravotnickém zařízení a při propuštění.

Klíčová slova

Podpora zdraví, programy podpory zdraví, rizikové faktory, kvalita, ischemická choroba srdeční, pacient, edukace.

Abstract

This diploma thesis with the management of health support program in a hospital, because of increasing interest in relevance of health support nowadays.

Theoretical section attempts to map out health support in global context and also outline some health support programs, which are in progress in Czech Republic today. Another goal is to specify the most frequent noncommunicable chronic diseases and their risk factors. The last part of theoretical section deals with quality of health care, implementation of quality management and quality planning and also highlights quality as a result of modification of management process.

Practical section analyzes data from questionnaire survey, collected from in-patients with ischemic heart disease in The Hospital Pelhřimov. Results show, that patients wanted to change their life style. There is also a big group of patients, who don't think of changes of their habits. But this group is interested in informations about changes of their life style. The informations are provided by physicians. As for this group, group consists of patients with overweight or obesity, and patients who are suffering from their disease less than one year. Level of provided information in The Hospital Pelhřimov is very high. Patients are able to realise recommendations, which personal of the hospital afford.

The final part of the thesis proposes recommendations, how to complete data collection acquired from entrance interviews and how to lead health support process during hospitalisation and release.

Key words

health support, health support programs, risk factors, quality, ischemic heart disease, patient, education

1. Úvod

Podpora zdraví a přístup ke změně životního stylu je široce diskutovaným tématem u odborné i laické veřejnosti. Stárnutí populace a zvyšující se množství civilizačních chorob nutí představitele vlád ke změně politiky zdravotní péče. Záštitu nad programy podpory zdraví převzala Světová zdravotnické organizace a v 90. letech 20. století rozšířil své programy Regionální úřad pro Evropu na nemocniční zařízení. Vznikem programu Zdraví pro všechny v 21. století byla zvolena cesta ochrany a rozvoje zdraví lidí po celý jejich život.

Podpora zdraví ve zdravotnických zařízeních je jedním z programů zaměřených na zvyšování kvality poskytované péče. Zvýšený výskyt chronických onemocnění vyžaduje nejen diagnostickou a terapeutickou péči, ale i pomoc pacientům, kteří chtějí změnit svůj životní styl. Souvislosti mezi kouřením, nadměrným užíváním alkoholu, nesprávnou výživou a nedostatkem pohybových aktivit pacientů s kardiovaskulárními onemocněními, chronickými respiračními onemocněními, metabolickými onemocněními a rakovinou jsou potvrzeny mnohými studiemi prováděnými nejen Světovou zdravotnickou organizací, ale i jednotlivými odbornými společnostmi.

Pro management nemocnic z toho vyplývá potřeba doplnit spektrum své péče o preventivní programy a změnu vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a veřejností. Výsledkem budou nejen spokojení pacienti, ale hlavně změna životních hodnot a zdraví obyvatelstva a snížení ekonomické nákladnosti zdravotnických služeb.

V nemocničním zařízení poskytujícím akutní léčebnou péči pracuji více než 20 let. Rozsah poskytované péče, technické možnosti a vzdělání zdravotnického personálu jsou naprosto nesrovnatelné s minulostí. To samé lze říci o struktuře pacientů a jejich hlavních a přidružených onemocněních. Hospitalizovaní pacienti si však málokdy uvědomují, že za vznikem jejich onemocnění často stojí jejich životní návyky, jídelníček nebo nedostatek pohybu. Víím, že v době akutního onemocnění nebo při zhoršení chronického onemocnění jsou tito pacienti ochotni slíbit jakoukoliv změnu svého životního stylu a přístupu k nemoci, avšak po odeznění akutní fáze tyto sliby opouštějí. Na druhou stranu připouštím, že sami pacienti často dostávají od zdravotnického personálu pouze povrchní, všeobecné informace a doporučení.

Cílem mé diplomové práce jsou možnosti podpory zdraví ve společnosti, zmapování rizikových faktorů a očekávání specifických skupin pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Pelhřimov a následná doporučení možných změn vedoucích ke zkvalitnění zdravotní péče a života pacientů.

Teoretická část práce je zaměřena na podporu zdraví obecně, politiku podpory zdraví, faktory ovlivňující zdraví, chronická onemocnění související s životním stylem a management kvality zdravotní péče.

Praktická část popisuje provedený výzkum týkající se rizikových faktorů hospitalizovaných pacientů s ischemickou chorobou srdeční v Nemocnici Pelhřimov a zjištění, do jaké míry jsou chronicky nemocní pacienti ochotni měnit svůj životní styl, jak je informuje zdravotnický personál a jak těm motivovaným může pomoci zdravotnické zařízení. Na začátku výzkumu jsem zvolila tyto hypotézy.

- ✚ Očekávám, že většina pacientů s ischemickou chorobou srdeční nechce měnit svůj životní styl, nicméně očekávají od zdravotnických pracovníků informace o možnostech změny životního stylu.
- ✚ Zdravotnický personál Nemocnice Pelhřimov poskytuje během hospitalizací většině pacientů s ischemickou chorobou srdeční doporučení týkající se změn v jejich životním stylu a pro většinu pacientů jsou tato opatření realizovatelná. Edukační rozhovory probíhají v prostředí a čase pro pacienty uspokojivém.
- ✚ Většina pacientů si pamatuje minimálně dvě doporučení, které jim zdravotnický personál poskytl.
- ✚ Pacienti s ischemickou chorobou srdeční jsou více nekuřáky a mají vyšší index tělesné hmotnosti než ostatní hospitalizovaní pacienti v Nemocnici Pelhřimov.

K ověření hypotéz jsem si zvolila formu kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

Metodou kvantitativního výzkumu je dotazníkové šetření prováděné u pacientů s ischemickou chorobou srdeční v hlavní nebo vedlejší diagnóze hospitalizovanými v Nemocnici Pelhřimov na interním a chirurgickém oddělení a oddělení dlouhodobé rehabilitační péče.

Kvalitativní část reprezentují zdokumentované odpovědi ze strukturovaných rozhovorů, které provádějí lékaři ortopedického oddělení. Data jsou zapisována lékaři

do elektronického hospitalizačního programu Akord během vstupního rozhovoru mezi lékařem a pacientem, během příjmu k hospitalizaci a následně vytištěna do chorobopisů jednotlivých pacientů.

Závěr diplomové práce obsahuje doporučení ke změně vedení procesů v oblasti podpory zdraví v Nemocnici Pelhřimov.

2. Teoretická část

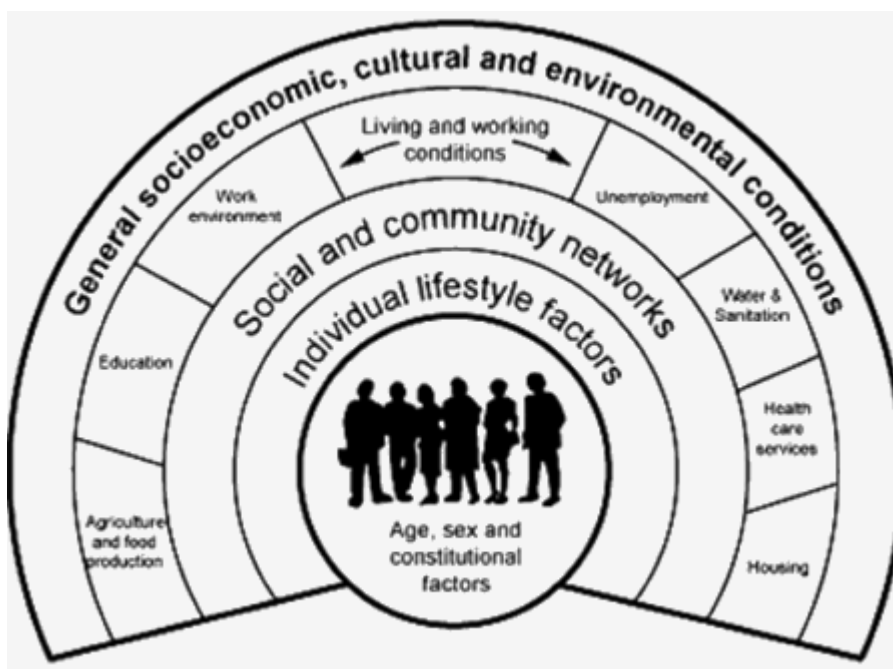
2.1. Pojem zdraví

Mluvíme-li o podpoře zdraví, prevenci nebo léčbě nemocí, je nutné znát, co zdraví je nebo co se za něj považuje. Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody“ (6, str. 63). Tato definice zdraví byla přijata na Mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku v roce 1946 a od roku 1948 oficiálně uvedena v platnost, spolu se založením Světové zdravotnické organizace (WHO). Současně byly definovány hlavní strategické záměry WHO, které se týkaly podpory zdravé životosprávy a eliminace rizik ovlivňujících zdraví, snižování úmrtnosti a nemocnosti u chudších a sociálně slabších skupin obyvatelstva, rozvoje zdravotnických systémů s ohledem na solidaritu s ostatními a tvorbu zdravotnických strategií spolupracujících se všemi odvětvími ve společnosti (40). Definice zdraví byla během let mnohokrát připomínkována. Byla jí vyčítána nedostatečná objektivnost a pouze subjektivní hodnocení, nedostatek etických rozměrů nebo nedostatečná měřitelnost pojmu „pohoda“. Proto byla v programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 v roce 1977 přijata doplňující charakteristika zdraví o dodatek na „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (6, str. 64). V praxi to znamenalo nejen se dobře cítit a být bez nemoci, ale být součástí společenského systému, vytvářet hodnoty a vést plnohodnotný život. V současnosti je to vyjádření holistického pohledu na jedince a přístupu ke zdraví. K dalšímu rozšíření definice zdraví došlo během přijetí programu Zdraví pro všechny v 21. století, kdy je zdraví formulováno jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pociťované úrovně zdraví“ (6, str. 64).

2.1.1. Faktory ovlivňující zdraví podle WHO

Definované zdraví nestojí nikdy samostatně jako soubor vlastností, schopností nebo vnímání pocitů. Vnímání úrovně zdraví ovlivňuje mnoho vnitřních i vnějších faktorů a tyto faktory jsou zpětně ovlivňovány kvalitou zdraví. Bylo by však mylné předpokládat, že problematika zdraví se nachází pouze v oblasti zdravotnictví. A. Šteřlová uvádí, že 30%

zdraví ovlivňují sociální a ekonomické faktory, 40% životní styl, 10% životní prostředí, 10% genetické dispozice jedinců a pouze 10% poskytované zdravotnické služby (42). Čísla dokládají, že kvalita životního prostředí a vliv genetických dispozic se na kvalitě zdraví podílejí poměrně malými procenty a naproti tomu životní styl má podstatné místo. Realita je však odlišná. Podíváme-li se do médií a tisku, často nacházíme informace o zhoršujícím se životním prostředí, oteplování planety a zvětšující se ozónové díře nebo výzkumu nových genetických informací lidstva. V množství dat se ztrácí nebo chybí informace o tom, že zdraví bude mít každý takové, jak se o něj bude starat a jak s ním bude nakládat. Obrázek č. 1 zobrazuje hlavní faktory zdraví podle Dahlgrena a Whiteheada z roku 1991, kdy věk, pohlaví a genetické vlastnosti jsou pevně určeny, naproti tomu socioekonomické, kulturní a životní podmínky a vlivy závisí na jednotlivci.



Obrázek č. 1: Politiky a strategie podpory sociální spravedlnosti v oblasti zdravotní péče.

Zdroj: http://www.habitatcorp.com/what_is_hia/what_is_health.html převzato z G. Dahlgren and M. Whitehead, Policies and strategies to promote social equity in health, Institute of Futures Studies, Stockholm, 1991

2.1.2. Podpora zdraví

Termín podpora zdraví (health promotion) se poprvé objevuje v polovině 80. let 20. století a reagoval na narůstající nespokojenost se zdravotní péčí. Ta vyžadovala stále vyšší objemy finančních prostředků, které se vydávaly na narůstající počty pacientů s chronickými onemocněními souvisejícími s jejich životním stylem a s nízkou účinností zdravotní výchovy (7). Je však nutné rozlišovat mezi termíny „podpora zdraví“ a „prevence onemocnění“. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že podpora zdraví je proces, který lidem umožňuje zlepšovat své zdraví, zatímco prevencí rozumíme pouze jednotlivá opatření zaměřená na předcházení vzniku onemocnění, zastavení postupu onemocnění nebo mírnění následků (57).





V roce 1986 se konala v kanadské Ottawě mezinárodní konference, kde se podpora zdraví stala hlavním tématem velkého sympózia. Její závěry byly formulovány v tzv. Ottawské chartě podpory zdraví a vymezují podporu zdraví jako „proces, usnadňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinanty svého zdraví a tak zlepšovat svůj zdravotní stav“ (21).

V Ottawě byly formulovány tři základní předpoklady podpory zdraví, a to:

1. Zdraví je základem sociálního, ekonomického a osobního rozvoje.
2. Podpora zdraví usiluje o rovnost ve zdraví a kontrolu faktorů, které zdraví ovlivňují.
3. Rezort zdravotnictví je prostředníkem různých zájmů ve prospěch zdraví, ale za zdraví plně neodpovídá.

K tomu, aby mohly být předpoklady realizovány, bylo nutné vytvořit jednotlivé strategie.

Mezi pět základních patří:

-  tvorba politiky reflektující zdraví
-  tvorba prostředí příznivého pro zdraví
-  podpora komunitních aktivit posilujících zdraví
-  rozvoj osobních dovedností posilujících zdraví

- ✚ zaměření zdravotních služeb na primární péči a na zdravotní potenciál lidí a populace (22)

Od doby vzniku Ottawské charty uplynulo již 26 let a vezmeme-li každou strategii základních pilířů podpory zdraví, najdeme naprostou aktuálnost a naléhavost i pro dnešní dobu. Prvky strategií se zaměřují nejen na jedince, ale hlavně na celé systémy národních politik, které se mají přesunout z oblasti „pouhé“ léčby onemocnění do oblasti předcházení nemocí a péče o vlastní zdraví. Ottawská charta podpory zdraví nastartovala proces celosvětové změny pohledu na nemoc a jejího vnímání. Následné konference, ať již pořádané pod záštitou WHO nebo jiných sdružení, vždy nesly část těchto myšlenek a strategií.

2.1.3. Programy podpory zdraví

Představitelé členských zemí WHO se však již předtím snažili vytvořit vizi a programy podpory zdraví, do kterých by byly včleněny determinanty ovlivňující kvalitu zdraví. Na Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1977 a následně na konferenci v Alma-Atě v roce 1978 se zrodila vize Zdraví pro všechny, která se zaměřila na veřejnou zdravotní politiku a na konkrétní procesy směřující k rozvoji podpory zdraví. Byly vytvořeny hlavní priority zdraví a deset cílů pro první dvě desetiletí 21. století. Myšlenky vize byly dále rozvíjeny a pomáhaly při vytváření národních a regionálních strategií. V roce 1991 byl přijat Regionální akční plán a na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na obnovené verzi strategie nazvané „Zdraví pro všechny v 21. století“. Jelikož se každý region potýkal a často stále potýká s odlišnými problémy na svých územích, nebylo možné jednotlivá doporučení sjednotit. Proto se zástupci regionů dohodli na vytvoření vlastních, dílčích programů. Evropský region si vytvořil program, jehož stálým záměrem je dosažení plného zdravotního potenciálu všeho obyvatelstva žijícího na jeho území. Program má dva cíle - ochranu a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život a snížení výskytu hlavních nemocí a úrazů Jeho záměry vychází ze tří základních etických hodnot:

- ✚ pojetí zdraví jako základního etického práva
- ✚ uplatnění principů spravedlnosti a solidarity ve vztahu ke zdraví mezi jednotlivými zeměmi a skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí

- ✚ účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství, institucí, organizací a rezortů na rozvoji zdraví

K realizaci programu mají přispívat čtyři základní postupy – meziresortní strategie a 21 konkrétních cílů pro realizaci záměru. Výsledkem programu Zdraví pro všechny v 21. století by mělo být v Evropě za 20 let zlepšení zdraví obyvatelstva např. snížením úmrtnosti na nádorová onemocnění o 15%, na nemoci srdce a cév o 30% a počty úmrtí na úrazy alespoň o 50% (22).

Jednotlivé implementace programu, jeho cílů a konkrétních činností, jsou plně v kompetenci jednotlivých států, regionálních oblastí nebo měst.

2.1.4. Politika podpory zdraví České republiky (ČR)

Politika podpory zdraví v České republice je součástí společné politiky Evropské unie (EU). Kompetence Evropské unie v oblasti veřejného zdraví popisuje článek 168 Smlouvy o fungování EU a její činnost se zaměřuje na zlepšování zdraví, předcházení nemocem a odstraňování příčin ohrožení tělesného a duševního zdraví. Jednotlivým členským zemím však ponechává kompetence vytvořit si vlastní zdravotní politiku, organizaci zdravotnictví a poskytování péče, včetně rozdělování zdrojů (28). Obecně lze říci, že bojovat proti nemocem je možné dvěma způsoby. A to buď formou léčby onemocnění, u kterých se již vyskytly příznaky nebo předcházením nemocí tzv. prevencí a podporou zdraví. V době, kdy náklady zdravotnického systému ČR, ale i ostatních zemí EU neustále narůstají a stav zdraví obyvatelstva nekoreluje s vynaloženými prostředky, je podpora preventivních programů nejvhodnější cestou pro budoucnost. Politika zdraví, řízená představiteli státu, musí zrcadlit tyto skutečnosti a reagovat na ně. V současném evropském zdravotnictví je 70 až 80 % prostředků používáno k léčbě chorob a zbývající část, tedy pouze 20 až 30 %, je určena na preventivní činnosti (9).

Vláda České republiky ve svém usnesení z roku 2002 (64) schválila Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století, a tím se připojila k 21 cílům Evropského regionu (Příloha č. 1). Záštitu nad programem má Ministerstvo zdravotnictví, které ve spolupráci s ostatními rezorty vypracovalo soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Program je rozdělen na jednotlivé dílčí cíle a aktivity, které mají dopomoci

ke splnění úkolů, včetně odpovědnosti členů, a na frekvenci kontrol. Program je uceleným dokumentem, který spojuje zdánlivě nespojitelné části života populace do jednoho celku. Jako příklad lze uvést problém nezaměstnanosti a chudoby, který může vést ke zvýšení konzumace alkoholických nápojů a cigaret, sociálnímu vyčlenění a následnému snížení imunity jedinců a vzniku nových onemocnění (29).

Jednou z možných cest aktivního zapojování občana do péče o vlastní zdraví, by mohla být finanční motivace jedinců. Ať již formou bonusů pro jedince, kteří přestali kouřit nebo nekouří nebo nižší sazbou při výběru pojistného u lidí, kteří dokáží, že se aktivně zapojují do projektů aktivního zdraví. Jak by však dokazování aktivit bylo objektivní a kolik času a lidských zdrojů by si vyžádalo, jsou otázky k zamyšlení.

Další, mnohem účinnější formou, je způsob regulativ národní politiky ČR. V období více než 20let bylo vytvořeno mnoho návrhů, plánů a strategií, které souvisely s programy politických stran. Otázka financování a poskytování zdravotní péče byla a je velmi oblíbeným tématem předvolebních kampaní. Střídáním levicových a pravicových stran ve vedení státu a časté výměny funkce ministra zdravotnictví mnohokrát způsobily zmar mnohých koncepčních strategií vytvořených odborníky v oblasti zdravotnictví, které přesahovaly rámce jednoho volebního období. Avšak i přes všechny tyto obtíže byly vytvořeny mnohé vládní programy, které posunují vývoj českého zdravotnictví. Mezi účinná regulativa státu související s podporou zdraví je stanovení minimální věkové hranice prodávání alkoholických nápojů a cigaret, omezení marketingu v oblasti cigaret nebo tvorba marketingových programů zaměřených na stravovací návyky a pohybové aktivity.

Neméně důležitou aktivitou státu je podpora organizací, zabývajících se rozvojem technologií, vyhodnocujících zdravotní data jedinců v době, kdy nemají objektivní ani subjektivní příznaky. Takto diagnostikovaná onemocnění v jejich nejranější fázi umožní vyléčení nebo zpomalení procesu rozvoje nemocí.

V následující části bych ráda uvedla některé programy podpory zdraví probíhající v současnosti v České republice.

2.1.4.1. Škola podporující zdraví v ČR

Výchova dětí v rodinách a ve školských zařízeních patří v dlouhodobém horizontu k nejdůležitějším činnostem, které ovlivňují život dospělé populace. Za posledních dvacet let se mezi laiky, ale i pedagogickými pracovníky často hovoří o změně životních aktivit školáků. Dlouho to však byla tvrzení jednotlivců či skupin bez podložených dat.

V období od října 2001 do června 2002 proběhla v 35 zemích Evropy a severní Ameriky rozsáhlá studie (Health behaviour in school - aged children study), která zjišťovala úroveň zdravotního chování školáků ve věku 11, 13 a 15 let. Studie se zúčastnilo více než 162 tisíc školáků a byla rozdělena do několika oblastí mapujících faktory, které ovlivňují zdraví (kouření, užívání alkoholu, první zkušenost s drogou, fyzické aktivity, podíl sedavých činností za den, stravovací návyky, častost zranění, vnímání zdravotní pohody, péče o chrup, šikana, tělesná hmotnost a první sexuální zkušenosti). Výsledky výzkumu potvrdily častá teoretická tvrzení o změně životních aktivit školáků z aktivní do pasivní roviny. Příkladem jsou zjištění, která uvádějí, že 25% dětí sleduje TV více než 4 hodiny ve všední den a dokonce necelých 50% 13 a 15letých více než 4 hodiny o víkendu. Alarmující jsou i informace týkající se konzumace alkoholu nebo kouření. 17,5% 15letých školáků uvedlo, že kouří každý den (51).

Výsledky této studie vedly k zintenzivnění zájmu odborníků, ale i politických činitelů o programy dětí školního věku a mladistvých. Na regionální úrovni patří k nejucelenějším program Škola podporující zdraví, který je součástí celoevropské národní sítě. Garanty se staly Světová zdravotnická organizace, Rada Evropy a Komise Evropské unie. Školy, které se do tohoto programu zapojily (v současné době tvoří Národní síť 96 mateřských škol, 112 základních škol, 6 středních škol a 7 speciálních a praktických škol ČR), se snaží směřovat všechny své činnosti k tomu, aby si žáci osvojili odpovědnost za své zdraví již v útlém věku. Samotný program se zaměřuje na sedm základních životních kompetencí, které žáci a pedagogové mají zvládnout během školní docházky. Mezi tyto kompetence patří:

- ✚ porozumění holistickému pojetí zdraví, pojmům podpory zdraví a prevence nemocí
- ✚ uvědomění si, že zdraví je prioritou, která souvisí nejen se zdravím každého jedince, ale i zdravím druhých lidí, společnosti a přírody

- ✚ znalost a dovednost řešení problémů, plánování životních rozhodnutí, osobního rozvoje a celoživotního vzdělávání
- ✚ odpovědnost za vlastní chování a způsob života, který ovlivňuje zdraví a snižuje rizika
- ✚ posilování psychické odolnosti tím, že žáci a učitelé zvládají stresové momenty a dokáží odolávat negativním vlivům a škodlivým závislostem
- ✚ ovládnutí dovednosti komunikace a spolupráce nejen ve škole, ale i v rodině, na pracovišti nebo na veřejnosti
- ✚ aktivní účast na tvorbě podmínek a prostředí pro zdraví všech (39)

Ve školách to pak znamená takovou výuku, která vytváří mezi pedagogy a žáky přátelskou atmosféru, vzájemný respekt a důvěru. Výuku v prostředí, které umožňuje otevřenou komunikaci s žáky i rodiči a motivující hodnocení žáků.

Možnosti škol a pedagogických pracovníků jsou však mnohem širší. Učitelé ve školách nejsou jediní, kdo mohou během školní docházky ovlivňovat žáky. Již mnoho let navštěvují školská zařízení lidé z různých poraden. Dlouholetá a nejvíce efektivní je spolupráce s poradnami pro drogově závislé. Konzultanti si často do škol s sebou přivádí bývalé konzumenty drog a autentičnost jejich vyprávění a strastí osloví žáky mnohem více než výukový program naplánovaný pedagogy. Dalšími, kdo navštěvují školy, jsou zaměstnanci záchranné služby nebo Červeného kříže, kteří vyučují postupy v kardiopulmonální resuscitaci. Kdo však ovlivňuje studenty v jejich životním stylu, stravovacích návycích nebo pohybových aktivitách? Škola přenáší odpovědnost na rodiče a rodiče na školu. Zde se otvírá prostor pro zdravotnické pracovníky. Jejich praktické zkušenosti s onemocněními, rizikovým chováním mladistvých, nebo následky úrazů, nadměrného užívání alkoholu či drog osloví mnohem více mladých, než samotní pedagogové vyučující podle učebnic či skript.

2.1.4.2. Národní síť zdravých měst ČR

Dalším z programů v oblasti podpory zdraví probíhajícím na úrovni regionů a měst je komunitní program WHO Národní síť zdravých měst. V současné době je do něj zapojeno 100 členů s vlivem na 2233 měst a obcí ČR různých velikostí, malými vesnicemi počínaje

a celými kraji konče. Celkem působí na 3,734 miliónu obyvatel (30). Jejich činnosti se zaměřují na vytváření programů podporujících zdravý životní styl v regionech, podporu pohybových aktivit, nabídku služeb podporujících zdraví nebo organizování setkání s poskytovateli služeb. Jednotlivá města pak podle metodiky formulují své strategické plány, vytváří vlastní indikátory pro zlepšení kvality a pravidelně je vyhodnocují. Velkou pomocí při jejich realizaci je využívání grantů, které pomáhají pokrýt finanční zdroje. Kraj Vysočina, ve kterém žiji, je členem Národní sítě zdravých měst od roku 2003 a patří mezi velmi aktivní členy.

Zájem o programy Národní sítě zdravých měst je podle výše uvedených údajů značný. Je zajímavé hledat důvody proč! Určitě sem patří zájem představitelů měst a regionů o své občany. Dalším důvodem je zviditelnění málo známých míst a možnost turistického, kulturního a podnikatelského rozvoje. Podle mého názoru, je však jedním z důvodů také velká soudržnost obyvatel, hlavně menších měst a obcí, která přetrvává v České republice po dlouhá desetiletí. Vliv skoro padesátileté socialistické minulosti naší země, kdy společné brigády pro zlepšení života měst a sídlišť spojené s kulturními akcemi stmelovaly obyvatele všech věkových skupin, je patrný hlavně u starší generace dodnes. Mnohdy jsou tito lidé aktivnější než generace mladých. Možná právě proto, by bylo vhodné zaměřit aktivity programů na velmi mladé skupiny občanů, kteří by jejich využíváním dlouhodobě ovlivňovali životní styl své a dalších generací.

2.1.4.3. Sít nemocnic podporujících zdraví

Vnímání postavení nemocnic jako poskytovatelů zdravotní péče je historicky ovlivněno jejich rolí. Zpočátku bylo posláním zařízení zdravotní péče hlavně mírnění utrpení a sociální pomoc, později léčba příznaků onemocnění. Teprve v posledních desetiletích se zájem pozvolna přesunuje do oblasti předcházení vzniku nemocí. Přitom zdravotnická zařízení jsou jedním z nejstěžejnějších míst, kde je možné provádět činnosti podporující zdraví a to z několika důvodů:

- ✚ jsou jediným místem, kde je zdraví jednoznačně vyjádřeným cílem
- ✚ mají znalosti o determinantech zdraví, jaké nemají žádné jiné instituce
- ✚ oslovují mnoho lidí (klienty, návštěvníky, zaměstnance)
- ✚ mají mezi lidmi vysokou společenskou prestiž

- ✚ vytvářejí příležitosti pro zahájení změny životního stylu – jejich klienti jsou obvykle otevřenější a přístupnější k potřebám změn
- ✚ mají řadu kompetencí v oblasti vzdělávání a sdílení informací týkajících se zdraví
- ✚ při správné organizaci představují značný potenciál pro snížení vyhnutelných rizik z řad pacientů i personálu
- ✚ jsou ekonomickými subjekty s výrazným vlivem na další rezorty (57)

Vývoj medicínských oborů a aplikace nových diagnostických a léčebných technologií sice prodloužily délku života, ale zároveň zvýšily počty pacientů s chronickými onemocněními. Tito pacienti vyžadují kromě léčebných intervencí podporu, aby se mohli se svou chorobou vyrovnat. Zároveň potřebují odborné vedení při změně svého životního stylu a pomoc při plnění požadavků nových léčebných režimů. Vlastní zkušenost s onemocněním vede často pacienty k mnohem intenzivnější změně způsobu vlastního života. Na konci 90. let 20. století vznikla za podpory Světové zdravotnické organizace Mezinárodní síť nemocnic podporující zdraví s centrem v Kodani. Jejím cílem je sdružovat nemocnice a zdravotnické služby a pomoci jim vyhledávat a zavádět aktivity, které by měly v oblasti kvality zdraví co největší přínos pro pacienty i zaměstnance. Mezi její činnosti patří pomoc při vyhledání aktivit, které by zkvalitnily péči, zkrátily dobu hospitalizace, snížily počty komplikací a mortality nebo snížily náklady. Česká republika se do této sítě zapojila v roce 2003 vstupem původně čtyř zdravotnických zařízení (26). Nyní je členy této sítě 15 zařízení a další se na vstup připravují. Od ledna 2012 probíhá nový dvouletý Recognition Project v sedmi nemocnicích České republiky, zaměřený na implementaci podpory zdraví podle vlastních akčních plánů (27). Podmínkou vstupu nemocnic do tohoto projektu je mimo dobrovolnosti i garance tzv. Nekuřácké nemocnice. V praxi to znamená úplný zákaz kouření v areálu nemocnice nebo stanovení míst, kde je možné kouření bez ohrožení ostatních pacientů a zaměstnanců. Základem protikuřácké kampaně jsou informace, že i pasivní kouření je zdraví škodlivé. Pro management nemocnic z toho mimo jiné, vyplývá nařídit zákaz prodeje tabákových výrobků v prostorách zařízení.

2.1.4.4. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 (Kvalita života ve stáří)

Zvyšující se podíl starých občanů, jejich zdravotní stav a kvalita života byly důvodem vzniku Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Tento program, jehož garantem je Ministerstvo práce a sociálních věcí, obsahuje základní principy a strategické priority, které vedou ke zvýšení kvality života ve stáří. Je složen z pěti hlavních oblastí mapujících současný stav seniorské generace, z kterých následně vychází jednotlivé dílčí cíle, zodpovědnost a spoluúčast rezortů za jejich plnění.

Prioritami programu kvality života ve stáří jsou:

1. Aktivní stárnutí.
2. Prostředí a společnost, která je ke stáří vstřícná.
3. Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří.
4. Podpora rodiny a pečovatелů.
5. Podpora spoluúčasti na životě ve společnosti a ochrana lidských práv seniorů (25).

Cíle programu jsou dlouhodobé, a aby bylo možné je naplnit, je nutná spolupráce státních i nestátních neziskových organizací, církevních institucí nebo vzdělávacích center. Program však nelze plnit pouze oficiálními body a požadavky. Dílčí cíle programu by měly vycházet z nejnižší, regionální úrovně, to znamená přímo od zařízení pracujících se seniory nebo přímo od seniorů a měly by vést k prohloubení vztahů mezi vládním sektorem a jednotlivými samosprávami. Důležité a nezanedbatelné je povědomí veřejnosti o existenci programu, jeho prioritách a cílech. Každý z nás totiž jednou bude ve věku seniorů a vše, co v současnosti sami vykonáváme, přispívá ke kvalitnější budoucnosti našeho vlastního stáří.

Další programy podporující zdraví a probíhající v současné době jsou:

- ✚ Druhý akční program společenství EU) v oblasti zdraví 2008 – 2013 (36).
- ✚ Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014.
- ✚ Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007-2017.

Národní program řešení problematiky HIV/AIDS.

Tak jako u předešlých programů i tyto programy tvoří část popisnou, která mapuje současný stav cílových skupin, a následně stanovují cíle a intervence k jejich plnění (63).

Na výše uvedených programech jsem se pokusila popsat některé ucelené koncepce společnosti a státu spojené s podporou zdraví, které v současné době probíhají. Je to však jen střípek činností, které jsou realizovány. Budoucí aktivity a programy podporující zdraví musí stále více ovlivňovat všechny věkové kategorie obyvatelstva a ukazovat jedinou možnou cestu k vytváření vlastního potenciálu zdraví a to – uvědomění si zdraví jako jedinečné a ničím nenahraditelné devizy.

2.1.5. Legislativa

Na to, aby všechny programy mohly být uskutečňovány, musí být v souladu s právními normami a platnou legislativou. Podle Listiny základních práv a svobod článku 31 má „každý právo na ochranu zdraví“ (65). Bohužel, Listina neukládá povinnost každému občanu se o toto zdraví náležitě starat. Právní normy s ohledem na prevenci a podporu zdraví však existovaly již v minulém režimu.

Dnes již neplatný zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu (66), popisoval zdravotní výchovu v oddíle II § 14 takto „úkoly ve zdravotní výchově obyvatelstva plní všechna zdravotnická zařízení a jejich zdravotničtí pracovníci v těsné spolupráci s rodinou, školou, hospodářskými organizacemi a občanskými sdruženími jako nedílnou součást své každodenní činnosti“. Tento zákon platil přes čtyřicet let a nařizoval zdravotnickým zařízením povinnost ovlivňovat zdravotní stav svých pacientů ve smyslu prevence onemocnění. Nezapomínal ani na související determinanty zdraví, jako je spolupráce s rodinou nebo školou.

S platností od 1. 4. 2012 tento zákon nahradil zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (67), který v části zákonných ustanovení § 2 oddílu 4 stanoví „zdravotní péči jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu a preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky“. Zde je velmi důležitá pasáž o „předcházení a odhalení nemoci“. Obě slova specifikují jasné vyjádření oblasti podpory

zdraví v zákonu, podle kterého vzniká zdravotnickým zařízením povinnost činnosti podpory zdraví realizovat. Současně vyšla vyhláška 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, která jasně standardem 2. 7. nařizuje zdravotnickým zařízením vytvoření plánu činností, který bude zaměřený na základní oblasti podpory zdraví a prevence nemocí zejména v závislosti na tabáku, alkoholu a jiných návykových látkách (64).

2.2. Chronická onemocnění a faktory, které je ovlivňují

Nyní bych se ve své práci ráda zaměřila na nejčastější nepřenosná onemocnění a rizikové faktory, které je ovlivňují. Je to hlavně z důvodu, že nepřenosná onemocnění lze správnými intervencemi ovlivnit ve směru jejich vzniku a závažnosti.

Statistická data ukazují, že se nepřenosná onemocnění podílí na 63% všech úmrtí na světě a každý rok na ně umírá 9 miliónů lidí ve věku do 60 let. Toto číslo je velké, a proto se představitelé Světové zdravotnické organizace, ale i přední odborníci mnoha oborů snaží stále hledat související faktory rizik onemocnění, která by tato čísla zlepšila. Mezi čtyři nejzávažnější onemocnění patří kardiovaskulární, chronicko respirační a metabolická onemocnění a rakovina. Mezi nejzávažnější ohrožující faktory pak kouření, nezdravá strava, nedostatek fyzické aktivity a škodlivá konzumace alkoholu (54). Následná léčba a sociální vyřazení jedinců s těmito onemocněními stojí velké finanční náklady a tyto prostředky pak chybí na léčbu jiných závažných nemocí, prevenci nebo podporu zdraví. To je jedním z hlavních důvodů, proč vlády a jednotlivé regiony podporují výzkumné projekty zabývající se vyhledáváním souvislostí mezi rizikovými faktory a vznikem onemocnění.

2.2.1. Riziková nepřenosná onemocnění

2.2.1.1. Kardiovaskulární onemocnění

K nejpočetnějším onemocněním ve skupině nepřenosných onemocnění patří kardiovaskulární nemoci.

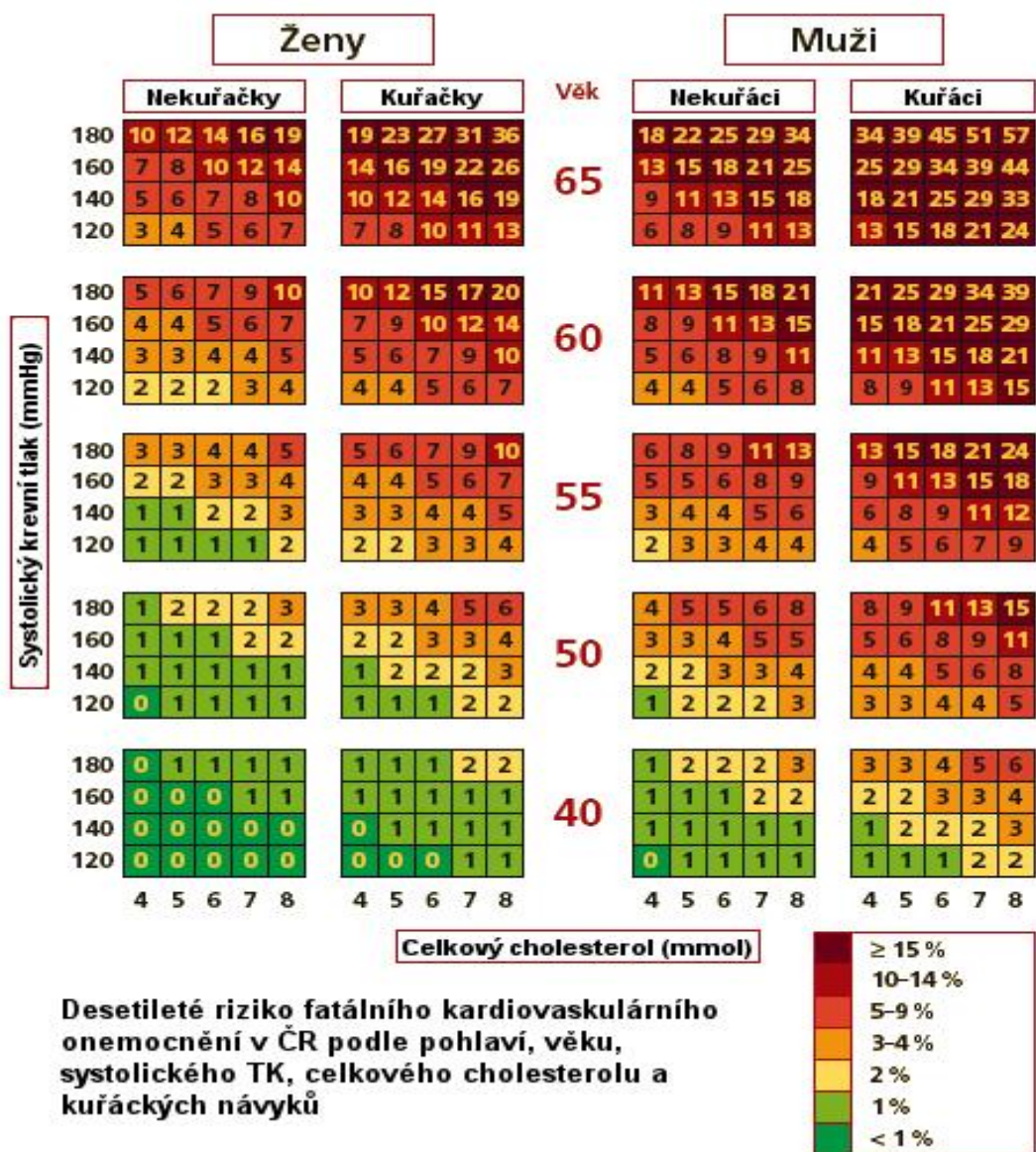
Kardiovaskulární onemocnění je souhrnný název různých onemocnění postihujících srdce a cévní systém jedinců. Příčinou onemocnění je ukládání aterosklerotických plátů

na stěnách cév, které snižují průtok krve a zmenšují jejich elasticitu. Následkem může být buď částečný, nebo úplný uzávěr cévy a při pokračující nedokrevnosti její nekróza. Do skupiny kardiovaskulárních onemocnění patří ischemická choroba srdeční ve formě infarktu myokardu nebo s příznaky angíny pectoris, ateroskleróza tepen nebo cévní mozková příhoda. Na vzniku a závažnosti jednotlivých onemocnění se podílí mnoho faktorů. Mezi hlavní patří vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, diabetes, kouření, obezita, stres, genetické vlivy, nadměrné užívání alkoholu, věk a pohlaví.

Již v 70. letech 20. století byla Světovou zdravotnickou organizací provedena první randomizovaná studie v 5 státech Evropy, která zjišťovala souvislost mezi rizikovými faktory (vysoký cholesterol, kouření, nedostatek pohybu, obezita a vysoký krevní tlak) u mužů ve věku 40-59 let s vysokým rizikovým skórem koronárního onemocnění. Studie byla prováděna po dobu pěti let a sledovala dvě skupiny jedinců. U první skupiny byla prováděna edukace v oblastech kouření, tělesného cvičení, snížení hladiny cholesterolu a krevního tlaku. Druhá skupina byla sledována pouze kontrolními měřeními bez jakékoliv intervence. Výsledky následně ukázaly snížení rizika ICHS o více než 10% a u vysoce rizikových mužů dokonce o 19,4% u první skupiny edukovaných pacientů (15). Tato rozsáhlá studie ukázala na jasný význam preventivních opatření a na smysl, proč se jimi zabývat.

Z dat, která jsou statisticky zpracována, a která bylo možno získat, vyplývá, že v roce 2008 bylo ve světě 48% úmrtí z nepřenositelných onemocnění právě na kardiovaskulární onemocnění (50). Číslo je to velké a určitě nezahrnuje úmrtí v zemích třetího světa, kde lze informace velmi obtížně získat. I v České republice jsou kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčinou předčasných úmrtí, a i když se jejich počet od 80. let stále snižuje, v evropském měřítku patří naše republika k zemím s nejvyšší úmrtností. Mortalita v České republice v roce 2008 byla na kardiovaskulární onemocnění a diabetes u mužů 315 a u žen 203 případů v přepočtu na sto tisíc obyvatel. Naproti tomu ve Francii zemřelo při stejném přepočtu obyvatel na kardiovaskulární onemocnění a diabetes pouze 128 mužů a 69 žen, což je u žen skoro 3x méně a u mužů 2x méně. Naše země se může porovnávat pouze se státy bývalého východního bloku jako je Polsko. Hůře jsou na tom jen Pobaltské republiky nebo Maďarsko. Tyto výsledky jsou nelichotivé a nutí představitele naší vlády a odborných společností k tvorbě efektivnějších postupů, diagnostice a léčbě onemocnění (50).

Na to, aby se však s preventivními programy mohlo začít pracovat, je nutné identifikovat rizikové osoby, které ještě nemají příznaky kardiovaskulárních onemocnění nebo jsou jejich příznaky nepříliš závažné. Několik našich předních odborných společností vytvořilo pracovní skupinu a výsledkem její činnosti bylo vytvoření publikace Společného doporučení prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Cílem je tzv. odhad rizika kardiovaskulárního onemocnění v průběhu následujících 10 let. Toto riziko vyhodnocuje přítomnost a závažnost hlavních známých rizikových faktorů u pacientů a umožňuje zahájení intervencí souvisejících se změnami životního stylu eventuelně farmakoterapie. Intervence doporučení upravily i původní modely postupů a doporučení od různých odborných společností. V předchozích obdobích se sledovala hlavně rizika týkající se srdečních obtíží a jednotlivých příznaků. Dnešní trend je vyhledávání rizik kardiovaskulárních, tedy rizik zahrnujících celý cévní systém. Tabulka č. 1 ukazuje odhad míry rizika a práce s ní je velmi jednoduchá. Nejdříve lékař zvolí část tabulky identifikující pohlaví, kuřácké zvyklosti a věk sledovaného. Následně vyhledá políčko, které je nejbližší hodnotám systolického tlaku a cholesterolu. A pak provede porovnání barvy políčka s barvou v legendě a tím se určí úroveň rizika. Porovnáním jednotlivých částí tabulky odspoda nahoru lze zjistit účinky dlouhodobého působení rizikových faktorů v průběhu života. Doporučení kardiologických společností navíc specifikuje skupiny pacientů, u kterých je riziko kardiovaskulárních onemocnění vyšší než udává tabulka. Myslím si, že je na škodu, že pacienti sami nemají o tabulce tušení a že by si při její dostupnosti sami mohli zjistit, zda jsou v ohrožení a přizpůsobit tomuto zjištění své životní zvyklosti (12).



Tabulka č. 1: Tabulka kardiovaskulárního rizika podle projektu SCORE pro českou populaci.

Zdroj: <http://www.athero.cz/cze/odkazy-a-zdroje/vypocet-rizika.php?page=tabulky-rizika-podle-projektu-SCORE>

2.2.1.2. Chronická respirační onemocnění

Dalšími onemocněními souvisejícími s životním stylem a přinášejícími řadu obtíží pacientům jsou chronická respirační onemocnění. Patří k nim astma bronchiální, chronická

obstrukční plicní nemoc (CHOPN), plicní hypertenze, respirační alergie a nemoci plic související s výkonem povolání. Podle zveřejněných odhadů WHO v roce 2004 trpělo na světě 235 miliónů lidí astmatem, 64 miliónů lidí CHOPN a milióny lidí alergickými rýmami. Světová zdravotnická organizace dokonce uvádí předpoklad, že se chronická obstrukční pulmonální choroba stane do roku 2030 třetí nejčastější příčinou úmrtí na světě. Mezi hlavní rizikové faktory opět patří kouření tabáku, různé alergeny, čistota ovzduší a výkon povolání v prašném nebo chemicky znečištěném prostředí (52, 53).

Data předpovídající budoucí stav respiračních onemocnění jsou varující. A proto je snaha o vytváření nových programů na podporu zdraví, které by zamezily jejich vyplnění. Hlavní zájem by měl být zaměřen na chudé státy světa, kde životní a pracovní prostředí stojí na periferii zájmu vlád. Bez ekonomické, technologické a materiální pomoci bohatších států není naděje, že dojde k jejich změně a zlepšení. Pokud se bude v těchto zemích dále vyskytovat chudoba, válečné konflikty a negramotnost, je zcela nemožné požadovat po jejich obyvatelích, aby svůj zájem zaměřili na prevenci onemocnění snížením užívání tabáku, alkoholu a změnou životního stylu nebo na ochranu ovzduší. Jednou z cest je změna postoje bohatých zemí světa například USA a Číny (státy s nejvyšším hrubým domácím produktem na jednoho obyvatele) k vlastnímu i celosvětovému životnímu prostředí. Realizace by byla možná formou zákazu vypouštění kontaminovaných plynů do ovzduší, omezením finanční a materiální podpory vojenským režimům nebo spoluprací při restrukturalizaci hospodářsky chudých států k dosažení jejich soběstačnosti. Není to úkol jednoduchý, ale pokud naše planeta má být domovem dalším mladým generacím, je to jediný správný směr.

2.2.1.3. Metabolická onemocnění

Metabolická onemocnění jsou onemocnění, která vznikají v důsledku poruch látkové přeměny, tvorby nebo ukládání určitých látek v organismu. Tyto látky jsou nezbytné pro fyziologické činnosti organismu a jejich nedostatek nebo nadbytek vede k poškození funkce orgánů nebo systémů. Mezi nejčastější onemocnění patří diabetes melitus. Mezi další se řadí např. hyperlipoproteinemie, dna nebo osteoporóza. Příčiny jejich vzniku nejsou vždy jednoznačně známé, ale na vzniku se podílí rizikové faktory, jako jsou stravovací návyky, obezita, nedostatek pohybu nebo kouření.

Diabetes melitus neboli úplavice cukrová je chronické onemocnění projevující se poruchou metabolismu cukrů. Rozlišuje se na dva typy – diabetes melitus I. typu a diabetes melitus II. typu. I. typ je způsoben absolutním nedostatkem insulinu vyvolaný postižením buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. Tento typ je častější u dětí a jeho léčba je založena na doplňování insulinu vnější cestou. Druhý typ, diabetes melitus II. typu, je způsoben nedostatečným využitím vlastního insulinu k fungování organismu. Tento typ je léčen dietou a perorálními preparáty. Dříve byl nazýván jako stařecký diabetes. Bohužel, v dnešní době přibývá případů, kdy diabetes II. typu postihuje mladé osoby a děti. Chronicita a délka onemocnění zvyšují počty komplikací, sem patří diabetické poškození cév ledvin, cév sítnice oka, neuropatie postihující nervový systém nebo angiopatie postihující systém cévní.

Ve světě je přitom 346 miliónů lidí, kteří onemocněli cukrovkou, a podle odhadů na vysoký krevní cukr zemřelo v roce 2004 dokonce 3,4 miliónu lidí. Předpoklad Světové zdravotnické organizace je, že se počet těchto úmrtí v letech 2005 – 2030 zdvojnásobí (47).

V zemích evropského regionu není vývoj onemocnění diabetem odlišný. V některých členských státech Evropy se cukrovka vyskytuje až u 10 - 12% populace. Tento nárůst je silně ovlivněn rostoucími počty osob s nadváhou a obezitou. Dalšími příčinami jejich vzniku je nedostatek fyzické aktivity, kouření a nezdravá strava. Zpětně tyto rizikové faktory přispívají ke vzniku ostatních nepřenositelných nemocí (kardiovaskulární a chronická respirační onemocnění a rakovina). Proto se tato čtyři onemocnění stala prioritami mezinárodních preventivních programů veřejného zdraví (48).

2.2.1.4. Rakovina

Poslední skupinou patřící k nepřenositelným onemocněním jsou nemocní s rakovinou. Podle statistik z roku 2010 umírá na rakovinu 7,6 miliónů lidí na světě každý rok a odhad do roku 2030 je dokonce 17 miliónů lidí (59). V Evropě je pak rakovina příčinou 20% ze všech úmrtí a je hned na druhém místě po kardiovaskulárních onemocněních (46).

Programy boje proti rakovině mají 4 složky, a to prevenci (včasně odhalení), diagnostiku a léčbu a v neposlední řadě paliativní péči. Přitom až 40% případů tohoto onemocnění lze předejít prevencí zaměřenou na rizikové faktory jako je kouření, obezita, užívání alkoholu, snížení expozice nadměrnému slunečnímu záření a změnou životního

stylu. Nejčastějším onemocněním u mužů v Evropě je právě rakovina plic často spojená s kuřáctvím a u žen rakovina prsu (58). Následná léčba jednotlivých typů rakoviny je pak jednou z nejnákladnějších léčebných intervencí. Přitom často stačí změnit svoje životní hodnoty, vnímání vlastního zdraví a pokusit se je uvést do praxe. Bohužel, mnoho lidí se k tomu odhodlá až ve chvíli, kdy je jim onemocnění diagnostikováno se všemi negativními následky.

2.2.2. Rizikové faktory ovlivňující zdraví

Po přečtení předešlých kapitol je vidět stále se opakující faktory, které přispívají ke vzniku závažných onemocnění. Patří sem kouření, konzumace alkoholových nápojů, obezita, nezdravé stravovací návyky a nedostatek pohybu. V následujících kapitolách bych ráda o každém z nich něco uvedla.

2.2.2.1. Kouření

Historie tabáku v Evropě se datuje do 15. století objevením Ameriky Kryštofem Kolumbem. Nikotin, který se během kouření tabáku uvolňuje, ovlivňuje centrální nervovou soustavu a činnost některých dalších orgánů. Urychluje srdeční činnost, krevní tlak a aktivizuje metabolismus a duševní činnost. To vše se děje procesy, které začínají na specifických receptorech uložených v mozku a následně zvýšením hladiny dopaminu. Pro jedince kouření přináší pocit pohody, uvolnění a zklidnění. Bohužel, nikotin se z organismu také velmi rychle vylučuje a u receptorů dochází při dlouhodobém užívání k jejich přeměně a vede k nutnosti zvýšení dávky nikotinu pro navození stavu pohody. Tím vzniká závislost. Pro tyto pocitové stavy se inhalace nikotinu stala jednou z nejoblíbenějších drog naší doby. Výzkumné práce mapující rizikovost kouření však varují. Do současnosti bylo v tabákovém kouří nebo během hoření zjištěno přes šedesát látek s karcinogenními účinky. Již v roce 1950 byl publikován první odborný článek dávající tento zlozvyk do souvislosti s rakovinou plic. Není to však jen rakovina plic. Kouření urychluje vznik aterosklerózy – kornatění tepen, je doloženo, že má negativní vliv na vývoj plodu v těhotenství nebo zvýšení rizika astmatu u dětí. Každoročně zemře na následky kouření ve světě 4,8 miliónů lidí a odhad do roku 2020 je dokonce 10 miliónů (33). Proto Světová zdravotnická organizace iniciovala vznik Rámcové úmluvy o kontrole tabáku, ke které se v červnu 2003 připojila i Česká republika. Tato úmluva zavazuje země

na celém světě k činnostem, které povedou ke snížení výskytu onemocnění a úmrtí souvisejících s kouřením. Její obsah současně popisuje hlavní kroky, které je nutné přijmout k zastavení tabákové epidemie. Vláda ČR k tomu přijala následná opatření (34):

- ✚ povinné nápisy na krabičkách cigaret
- ✚ omezení dostupnosti tabákových výrobků – zákaz jejich prodeje osobám mladším 18 let, prodej pouze v prodejnách podle zvláštního právního předpisu
- ✚ zákaz kouření: na veřejných místech, v prostředcích veřejné dopravy, v prostorách škol, zdravotnických zařízeních, v uzavřených zábavních prostorách
- ✚ prostory vyhrazené pro kuřáky musí jejich provozovatel zjevně označit viditelným nápisem „Prostor vyhrazený pro kouření“

Některé země dokonce zakázaly kouření ve všech restauračních zařízeních nebo na ně razantně zvýšily daně. Hlavní úsilí by se však mělo soustředit na prevenci v období dospívání, kdy závislost na tabákových výrobcích vzniká ať již z důvodu začlenění do party vrstevníků, pocitu dospělosti nebo neexistence jiných aktivit a zájmů.

2.2.2.2. Alkohol

Alkohol zná lidstvo tisíce let. Původně byl vyráběn ze zkvašeného zrní, z medu, z kukuřice nebo hroznového vína. Často byl využíván léčebně jako analgetikum na potlačení bolesti, avšak hlavním důvodem jeho užívání jsou jeho excitační účinky při užívání menších dávek. Hranice mezi příležitostným pitím a závislostí je však velmi individuální. Je dokázáno, že pravděpodobnost vzniku závislosti u dětí je při pravidelné konzumaci mnohem vyšší než u dospělých.

V Evropě se alkohol podílí každý rok na téměř každém desátém případě onemocnění či předčasném úmrtí a ze 490 miliónů lidí Evropské unie je více než 23 miliónů závislých na alkoholu. Projekt Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách prováděný v České republice u dětí do 13 let uvádí, že svou první sklenici piva vypilo 73 % dětí, první sklenici vína 59,7 % a první sklenku destilátu okusilo již 38 % českých školáků (35). Čísla

jsou to vysoká a lze se jen domnívat, zda příčinnou je postoj české populace ke konzumaci alkoholu. Mnozí totiž alkohol nepovažují za drogu a příležitostné pití dětí a dospělých za nebezpečné. Doktor Popov z oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze uvádí, že každý Čech vypije 10 litrů stoprocentního alkoholu za rok. Přitom průměr ve světě je 6,13 litru (14). Tak jako kouření i nadměrná konzumace alkoholu závažně poškozuje zdraví a souvisí se vznikem kardiovaskulárních nemocí nebo rakoviny prsu.

Samotná prevence musí vycházet z politik jednotlivých zemí. Může to být formou omezení prodeje alkoholu mladistvím, omezení nebo zákaz řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu nebo regulace reklamy alkoholových nápojů a výchovou v rodinách.

2.2.2.3. Obezita, stravovací návyky, nedostatek fyzické aktivity

Změna životního stylu, preference životních hodnot a vnímání vlastního zdraví se za posledních třicet let výrazně změnily. Změny výrobních technologií, dopravní dostupnost a stále se zvyšující životní tempo vedly k omezení fyzických aktivit jedinců, urychlení a zjednodušení stravovacích návyků, sedavému způsobu života a následkem toho k velkému nárůstu lidí s nadváhou a obezitou. Odhaduje se, že 150 minut mírné fyzické aktivity každý týden může vést ke snížení rizika ischemické choroby srdeční přibližně o 30%, cukrovky o 27% a rizika rakoviny prsu a rakoviny tlustého střeva dokonce o 21-25% (49, 56).

Světová zdravotnická organizace na svých stránkách uvádí, že v období 1980 až 2008 se celosvětově prevalence obezity téměř zdvojnásobila, v některých zemích Evropy dokonce ztrojnásobila a tempo křivky jejího růstu se stále zvyšuje. V roce 2008 byl uveden předpoklad, že více než 50% dospělého obyvatelstva má nadváhu a 23% žen a 20% mužů je obézních. Obezita se tak stala jedním z největších problémů veřejného zdraví v 21. století. Kromě objektivních a subjektivních potíží, které nadváha jedincům způsobuje, je nutné vidět i její podíl na riziku vzniku kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky nebo rakoviny. Z pohledu sociálního je nadváha často spojena s nízkým sebevědomím, s neúspěchy ve škole a zaměstnání nebo s posměchem okolí a sociální izolací. Další nepřehlédnutelnou oblastí, kterou obezita způsobuje z pohledu zdravotních obtíží, je její finanční nákladnost. Obezita totiž navyšuje náklady na zdravotní péči o 2 – 8% (49, 55).

Přitom často stačí změnit stravovací návyky a vyvarovat se nejčastějších chyb při příjmu potravin. Nejčastějšími nedostatky ve výživě jsou:

- ✚ nadměrný příjem energie
- ✚ nadměrná spotřeba masa a zejména masných výrobků (zejména uzenin)
- ✚ malé zastoupení ryb
- ✚ malá spotřeba nízkotučných mléčných výrobků
- ✚ nízká spotřeba zeleniny
- ✚ nízká spotřeba ovoce
- ✚ vysoká spotřeba sladkostí a slazených nápojů
- ✚ vysoká spotřeba smažených pokrmů (fast food)
- ✚ nadměrná spotřeba soli

Změna jídelníčku zahrnující omezení živočišných tuků, jednoduchých sacharidů, doplnění jídelníčku o vlákninu, ovoce a zeleninu a dostatek tekutin je často pouhou ochotou každého jedince něco změnit a stojí minimum nákladů.

Představitelé Světové zdravotnické organizace v Evropě proto v roce 2006 schválili vznik tzv. Evropské charty proti obezitě, která poskytuje jednotlivým členským zemím pomoc a doporučení, jak v boji proti obezitě postupovat a jak zamezit dalšímu nárůstu počtu obézních lidí (Příloha č. 2).

Ministerstvo zdravotnictví ČR v rámci Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví vydalo příručku výživových opatření „10 kroků k pevnému zdraví“, které se snaží podat jednoduché informace a doporučení, která shrnují zapamatovatelným způsobem rizikové i protektivní efekty stravy.

V této části diplomové práce jsem se pokusila zmapovat jednotlivá onemocnění, která vznikají na základě našeho životního stylu. Jedině znalost těchto dat a čísel přesvědčí jedince a společnost o nutnosti změn v podpoře a vnímání zdraví. Je to cesta dlouhá a pro mnohé obtížná, ale je to cesta jediná, kterou se můžeme dát. Finanční ani lidské zdroje nejsou neomezené a jejich vyčerpání může vést ke zhroucení systémů péče a ohrožení zdraví populace.

2.3. Kvalita zdravotní péče

Programy podpory zdraví uvedené v první části, mohou přinášet výsledky pouze za předpokladu, že budou kvalitně řízeny. Chceme-li ovlivňovat a provádět změnu míry rizika vzniku některých onemocnění, je třeba znát pojmy jako je kvalita poskytované péče, její dimenze, dělení, nástroje pro řízení, plánování, zlepšování a ověřování kvality. Procesy řízení kvality jsou samozřejmostí v průmyslu, v zemědělství nebo v bankovníctví, ale pokud se jedná o zdravotní péči, většina si pod pojem kvalita představí pouze kvalitu léčebných postupů. Vlastní léčebné postupy však nemohou fungovat dostatečně, pokud organizace nemá nastaveny procesy jejich řízení. Na léčbě se totiž nepodílí pouze zdravotnický personál, ale i pracovníci zajišťující stravu pacientům, lůžkoviny, prostředí splňující hygienické normy, vytápění a mnohé další. Teprve organizace, která se těmito činnostmi zabývá jako celkem, je garantem bezpečné a fungující zdravotní služby.

2.3.1. Definice kvality zdravotní péče

Existuje mnoho definic kvality vytvořených v různých časových obdobích, avšak většina autorů se shoduje v tom, že definovat kvalitu je velmi obtížné (3, 10).

Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“ (11, str. 19).

Avedin Donabedian ji definoval jako „takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“ (3, str. 77).

Jiří Madar nazývá kvalitou (jakostí) „celkový soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby“ (10, str. 30).

David Marx ze Spojené akreditační komise ji ve svých přednáškách jednoduše definuje jako: „Dělat správné věci správným způsobem“.

Poslední definici vnímám osobně jako výstižnější, protože jednoduchým způsobem propojuje požadavky na kvalitu všech účastníků procesu zdravotní péče. Z pohledu uživatele dokládá garantovaná kvalita pacientovi jistotu, že vše je v jeho péči definováno, kontrolováno a prováděno v nejvyšší možné úrovni. Pro zdravotnické zařízení tato věta

znamená nastavení takových procesů péče, které minimalizují riziko selhání a z pohledu plátce je poskytovaná péče ekonomicky dosažitelná v co největší kvalitě.

2.3.2. Historie kvality zdravotní péče

První zmínky o kvalitě zdravotní péče lze zaznamenat již okolo roku 1780 před naším letopočtem v Chammurabiho zákoníku vytesaném v Babylónské říši. Ten stanovoval, že jestliže chirurg udělá chirurgický zákrok svobodnému muži a následně mu způsobí smrt nebo mu svým zákrokem zničí zrak, bude mu utnuta horní končetina v oblasti předloktí. I když se to v dnešní době může zdát příliš přísné, již tenkrát byla definována kvalita byť v negativním pojetí. V zákoníku je totiž uveden předpokládaný výsledek péče, odpovědnost za pochybení včetně sankcí a stanovení rozsahu pro koho je péče určena (3).

Další prameny, které vymezují kvalitu péče, lze najít ve 4. století před naším letopočtem v době života řeckého lékaře Hippokrata. Opomeneme-li neshody mezi historiky, kdy Hippokrates žil a zda ve skutečnosti svou „Hippokratovu přísahu“ napsal, již v této době, je kvalita specifikací standardu. Uvádí se zde, komu je péče určena (ženy, muži, svobodní, otroci), rozsah kompetencí (nepodám nikomu smrtící látku) a specializace lékaře (ustoupím ve prospěch těch, kteří se touto prací zabývají). Dokonce je možné najít část zabývající se preventivní činností, a to slovním spojením „budu je chránit před poškozením“ (5, str. 30, 31).

Za zakladatele holistického vnímání kvality zdravotní péče je považován americký profesor veřejného zdravotnictví Avedin Donabedian. Vzrůstající počet zdravotnických služeb, nárůst technologií ve zdravotnictví a zvyšující se podíl finančních prostředků ve Spojených státech, vedly jeho a představitele vlády v USA v 70. letech 20. století k vytvoření metodologie vyhodnocování kvality a spotřeby zdravotnické péče. Postupně se tato metodologie přenesla i do Evropy a koncem 80. let byla v některých vyspělých zemích Evropy dokonce začleněna do zdravotnického zákonodárství. V roce 1985 se stal program zajišťování kvality jedním z 38 cílů evropského programu Zdraví pro všechny do roku 2000 Světové zdravotnické organizace. Cíle programu vedly země k zavádění metod a opatření k systematickému monitorování kvality péče o nemocné, vyhodnocování diagnostických a terapeutických opatření, definování standardů a zavádění do praxe. Jedním z dalších úkolů pak bylo zajištění pre a postgraduálního vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků v souvislosti s kvalitou péče (3, 4).

Hodnocení kvality zdravotní péče v Československu před rokem 1989 bylo sice odlišné, ale přesto existovalo. Ať již formou sledování proočkovanosti nebo sledováním kojenecké úmrtnosti. V zákoně 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu § 69 se psalo, že „ministerstvo zdravotnictví řeší v souladu s výsledky vědeckého poznání a s potřebami společnosti zásadní otázky zdravotní politiky, stanoví koncepci a vytyčuje hlavní směry rozvoje zdravotnictví a dbá o jejich zabezpečování. Pečuje o rozvoj lékařské vědy a o výzkumnou činnost v oboru zdravotnictví; zabezpečuje pohotové převádění výsledků vědy do praxe tak, aby zdravotní péče byla poskytována na nejvyšší dosažitelné úrovni“. Po roce 1989 se naše země vydaly na cestu zvyšování kvality srovnatelnou s vyspělými západními zeměmi a tato snaha pokračuje do dnešních dnů. Do tvorby standardů se zapojily nejen jednotlivé profesní organizace, ale i Ministerstvo zdravotnictví (18).

2.3.3. Základní pojmy kvality

Při měření kvality se nejčastěji podle Donabediana rozlišují tři pojmy – prvek, kritérium a standard.

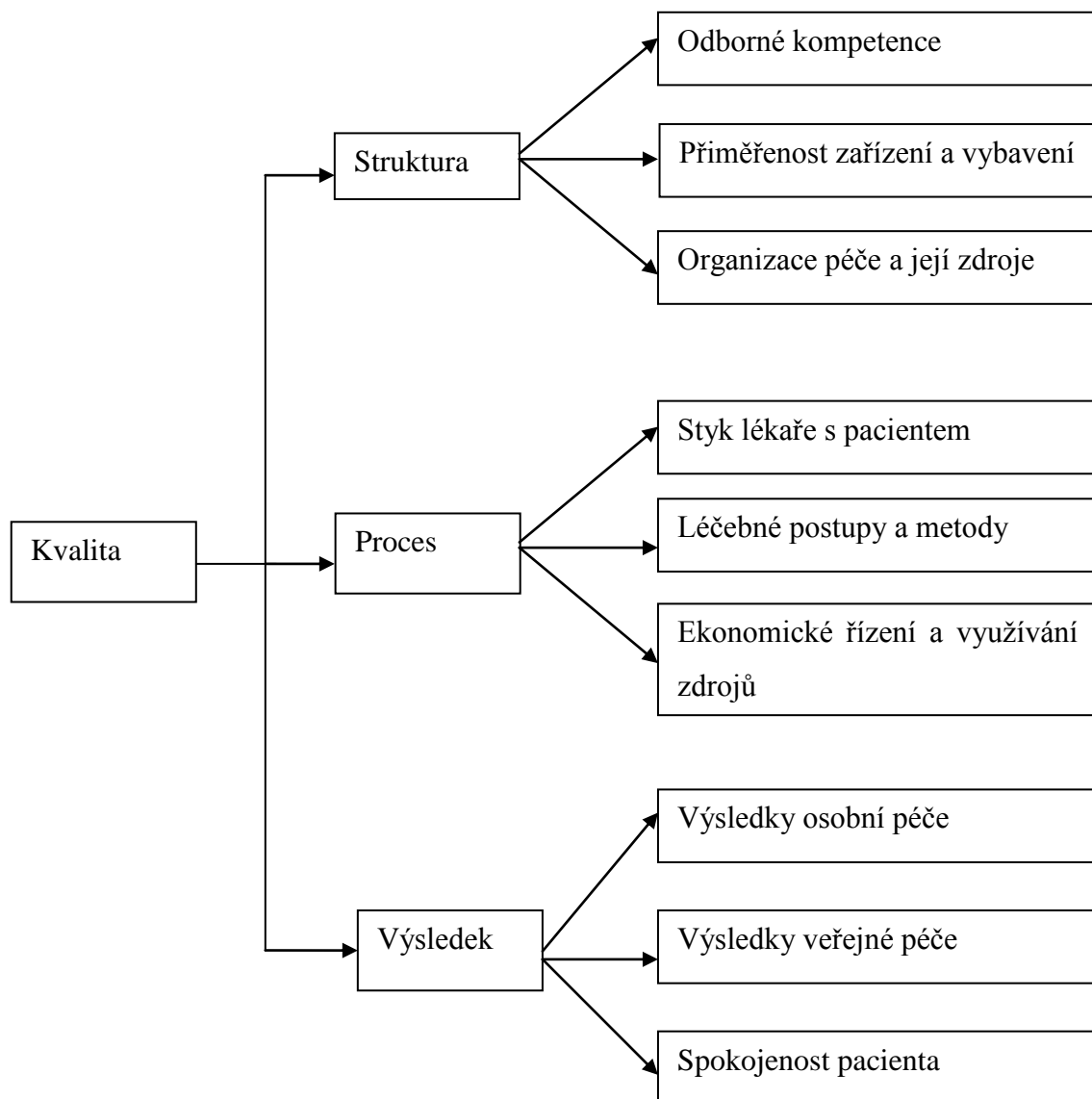
Pojmem prvek se označuje porucha zdraví nebo zdravotní péče.

Kritériem jasně definovaná část nemoci, která musí být měřitelná, buď z pohledu struktury, procesu nebo výsledku a má vztah ke kvalitě. Podle toho se rozlišují kritéria na strukturální, procesualní a výsledková. Graf č. 1 ukazuje prvky zajišťování kvality péče podle Donebiana.

Standard je popsán a měřitelné kritérium péče.

Standardem lze nazvat přesně popsáný postup péče, léčby, ošetřování, ale i řízení, které v určité době zajišťuje pro určitou oblast definovanou kvalitou (3).

Samotné standardy tvoří často jednotlivé odborné společnosti a formou benchmarkingu porovnávají poskytovanou péči.



Graf č. 1: Prvky zajišťování kvality péče

Zdroj: Gladkij I., Heger L., Strnad L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*

2.3.4. Kvalita versus jakost

Pojmy kvalita a jakost se v publikacích používají buď v různém významu, nebo jako synonyma.

Definice československé normy popisuje jakost jako „celkový soubor znaků, které ovlivňují schopnost uspokojit stanovené a předpokládané potřeby“ (59). Někteří překladatelé norem však překládají anglické slovo quality slovem jakost a kvalitu považují za obecný pojem (24). V našich zdravotnických zařízeních jsou nejčastěji standardy kvality používány pro zdravotnickou část a normy jakosti pro doprovodné a nezdravotnické služby (laboratoře, lékárny).

2.3.5. Dimenze kvality

Kvalitu poskytované péče lze rozdělit z několika hledisek:

- ✚ na kvalitu očima klienta
- ✚ na kvalitu očima zdravotnického personálu
- ✚ na kvalitu z pohledu řízení

Kvalita očima pacienta se často tvoří po proběhlé návštěvě zdravotnického zařízení nebo lékaře. Pacienti vnímají buď spokojenost, nebo nespokojenost, nebo pocit zklamání, a to vše často tvoří jejich celkový všeobecný úsudek o poskytované péči.

V polovině 80. let dvacátého století se této problematice věnoval Pickerův institut, který hledal všeobecné dimenze kvality podílející se na konečném pocitu z poskytované péče z pohledu pacienta. Jeho výsledky pak měly sloužit zdravotnickým zařízením ke zviditelnění a konkurenceschopnosti na trhu služeb. Na začátku výzkumu byly položeny čtyři obecné otázky:

- Co pacienti chtějí?
- Co oceňují a čeho si váží?
- Co pomáhá a co brání schopnosti pacientů zvládat zdravotní problémy?
- Jaké části zdravotní péče jsou pro pacienty a jejich rodiny nejdůležitější?

Výsledkem šetření bylo vymezení osmi dimenzí kvality, které nejvíce ovlivňují pacienty. (Příloha č. 3)

1. Přijetí pacienta do nemocnice (zdravotnického zařízení).

2. Respekt, ohled, úcta k pacientovi.
3. Koordinace a integrace péče o pacienta.
4. Informace, komunikace s pacientem.
5. Tělesné pohodlí pacienta.
6. Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta.
7. Zapojení rodiny a blízkých pacienta.
8. Propouštění a pokračování léčby pacienta.

Použitá metodika byla natolik jednoduchá, že se rychle rozšířila mimo hranice země a postupně se stala neformálním mezinárodním standardem (19).

Další pohled na kvalitu poskytované péče je ze strany profesionálů – zdravotnických pracovníků. Ten je ovlivňován léčebnými a technickými možnostmi, které jim organizace nabízí. Ať se to týká možností vykonávat specializované operační, diagnostické nebo terapeutické výkony bez limitujících finančních omezení nebo možnosti dalšího vzdělávání ve své specializaci, včetně zahraničních pobytů a stáží. Nelze opominout ani dostatečné finanční ohodnocení za vykonanou práci. V naší republice je toto téma velmi aktuální a často bohužel jako jediné prezentované. Mezi další motivy patří pochvala a uznání od vedení a vrcholného managementu nebo ocenění externími auditory. K faktorům, které nepřímo ovlivňují kvalitu poskytované péče, patří postavení zdravotnických pracovníků ve společnosti, zájem pacientů o své zdraví a hodnocení práce zdravotníků samotnými pacienty (1).

Kvalita z pohledu řízení zahrnuje poskytování co nejkvalitnější zdravotní péče, co nejefektivnějším způsobem a zároveň nejekonomičtěji. Již v tomto spojení je vidět mnoho rozporů. Nejkvalitnější péče z pohledu poskytovatele je často tou nejnákladnější péčí a nejekonomičtější péče v očích pacientů může vypadat jako péče méně kvalitní. Efektivita péče je zas ovlivňována např. demografickými vlivy, jako je stárnutí populace nebo zvyšujícím se podílem psychosomatických onemocnění. V současnosti je léčba zaměřena převážně na fyzické příznaky onemocnění, ale málokdy je brán důraz na příčiny psychické nebo sociální. Proto se stává, že po ukončení léčby a propuštění pacienta do domácího prostředí, se pacient zanedlouho vrací zpět s příznaky, s kterými byl již hospitalizován a

požaduje následnou rehospitalizaci. Řešením je holistický pohled zdravotníků na pacienta a tvorba procesních standardů zaměřených nejen na poskytovanou péči, ale i oblasti podpory zdraví a prevence.

2.3.6. Dělení kvality podle způsobu měření dat

Každá činnost, kterou je třeba zefektivnit, se musí nejprve vyhodnotit. Tato hodnocení lze provádět pouze na podkladě měřitelných a standardizovaných dat. To platí i pro zdravotnické služby. Rozlišují se dva způsoby měření dat.

Kvalitativní - vycházející z hodnot jedinců a jejich hierarchií při posuzování důležitosti.

Kvantitativní - používající kvantitativních (statistických) dat měření. Sem patří např. množství reoperací, nozokomiálních nákaz, pádů, dekubitů apod.

2.3.6.1. Sběr dat

V České republice se shromažďováním dat z oblasti zdravotní péče zabývají dvě instituce - Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a Český statistický úřad. Dohromady každoročně vydávají tzv. Zdravotnickou ročenku, která podává ucelené informace o zdravotnictví v České republice. Obsahuje údaje z oblastí demografických, ekonomických, výsledky zdravotního stavu obyvatelstva, sítě a činností zdravotnických zařízení a pracovníků, vzdělávání nebo výsledky mezinárodního srovnání vybraných ukazatelů. Je rozdělena do tabulek, ve který jsou aktuální údaje doplněny o data z minulých období, aby bylo možno vyhodnocovat trendy ve vývoji zdravotního stavu obyvatelstva (44). Jednotlivé kraje si pak vydávají vlastní ročenky, které slouží jako indikátor kvality pro jejich řízené organizace.

Z důvodu potřeby srovnávání dat týkajících se specifických onemocnění vznikly na popud jednotlivých odborných společností tzv. Národní zdravotní registry. Tyto registry pomáhají srovnávat data vybraných onemocnění a intervencí a monitorovat trendy v poskytování zdravotní péče nejen mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními v ČR, ale i v Evropském regionu a ve světě. Patří sem např. Národní kardiochirurgický registr, Národní onkologický registr, Národní registr asistované reprodukce, Národní registr

kardiovaskulárních intervencí, potratů, rodiček nebo osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů (43).

Další data je možné čerpat z různých randomizovaných a klinických studií, která provádějí samotné odborné společnosti nebo farmaceutické firmy a jsou publikována v odborných časopisech nebo knihách. Odborná sympozia, konference společností nebo regionální setkání jsou dalším důležitým zdrojem informací.

2.3.7. Nástroje pro řízení a plánování kvality

Výsledky z registrů a statistických institucí následně slouží pro řízení a plánování kvality ve zdravotnických zařízeních. J. Madar popisuje sedm základních nástrojů managementu (10).

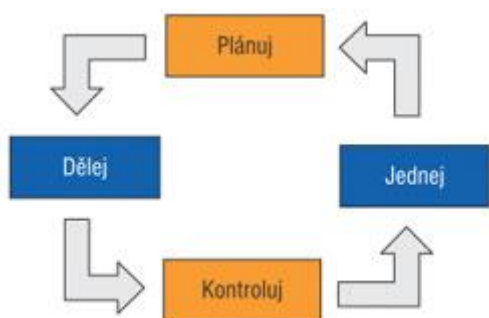
- 1) Vývojový – postupový diagram, který graficky zobrazuje návaznost a posloupnost procesů, pracovníků a klientů včetně problémových oblastí. Jako příklad lze uvést proces od diagnostiky onemocnění až po operační výkon: Identifikace chorobného stavu klienta → rozhodnutí o vykonání operačního zákroku → objednání klienta na zákrok → předoperační vyšetření u privátního lékaře → nástup klienta k hospitalizaci → identifikace klienta → edukace klienta zdravotnickým personálem → bezprostřední příprava k operačnímu výkonu včetně předanestetické části → stranová záměna → kompetence operátora, anesteziologa → minimalizace příčin selhání během provádění operačního výkonu.
- 2) Diagram příčin a následků (Ishikawův diagram) popisující příčiny určitého následku ve všech kategoriích, které se na výsledku (službě) podílejí. V oblasti zdravotnictví se může jednat např. o špatně se hojící ránu po operačním zákroku = následek a jeho možné příčiny – nekompetentnost lékaře provést výkon, nedodržení hygienických norem, nedostatečná připravenost pacienta k operačnímu výkonu, nevhodně zvolený materiál během výkonu, nevhodná pooperační péče a další. Vždy je třeba najít, co největší množství možných příčin a vyhledat ty, které se týkají nejen jednotlivce, ale hlavně celého systému.
- 3) Formuláře a tabulky pro sběr údajů. Tyto zdroje slouží k systematickému shromažďování údajů organizace, trendech týkajících se kvality a dat sloužících ke zlepšování výsledků. Mohou mít papírovou i elektronickou formu. Musí však

být jednoznačné a přehledné. Ve zdravotnických zařízeních se nejčastěji sledují počty nozokomiálních nákaz, ošetrovací dny v přepočtu na jednoho pacienta, počty operací a reoperací, pády nebo dekubity. Data sledovaná na národní úrovni následně slouží formou benchmarkingu k srovnávání jednotlivých zdravotnických zařízení. Úskalími tohoto sledování je někdy odlišný výklad metodiky sledování z důvodu subjektivního posuzování dat.

- 4) Paretův diagram byl pojmenován po italském ekonomovi V. Paretovi, který zjistil, že 80% bohatství je rozděleno mezi 20% obyvatel. J. M. Juran tento závěr převedl do oblasti řízení jakosti a zformuloval ho takto: „většina problémů s jakostí je způsobena pouze malým podílem činitelů, které se na nich podílejí – 80% následků je způsobeno 20% příčin“ (10, str. 38). Pokud se provede analýza příčin následků a vyberou se z ní nejzávažnější a nejčastější činitelé, dosáhne se maximálního zlepšení kvality. Jako příklad lze uvést sledování dekubitů. Pokud každé pracoviště organizace bude vyplňovat data týkající se místa vzniku, lokalizace, stupně a uložení dekubitů, lze následnou analýzou zjistit pracoviště, kde dekubity vznikají nejčastěji, nejčetnější lokalizace a stupně poškození. Následným Ishikawovým diagramem se pak provede výčet příčin vzniku, kam lze zařadit nevhodné antidekubitární matrace, otlaky při dlouhých operačních výkonech, nedostatečně prováděná rehabilitace. Výsledkem je odstranění nejfrekventovanějších příčin v procesech prevence a léčby a následný úbytek počtu dekubitů nebo jejich nižší stupeň výskytu.
- 5) Histogram je sloupcový graf znázorňující četnost určitého jevu v určitém intervalu. Vlastní analýza pak spočívá ve vlastním vyhodnocení tvaru histogramu (20).
- 6) Bodový diagram se používá, jestliže organizace chce zjistit vztahy mezi dvěma proměnnými. Hodnoty se nanášejí na souřadnice a bodově označí. Rozložení bodů se následně hodnotí ve vztahových rovinách.
- 7) Regulační diagram umožňuje odlišit různorodost procesů vyvolaných zvláštními příčinami od různorodosti procesů vyvolaných náhodnými příčinami. Lze s ním zjistit stabilitu nebo nestabilitu procesů v určitých fázích.

2.3.8. Zlepšování kvality (jakosti) – model PDCA

Zvyšování kvality je vždy proces a pouze provázanost jednotlivých kroků může garantovat výsledek. Metodou postupného zlepšování kvality služeb nebo výrobků, která je složena ze čtyř fází činností neustále se opakujících, je model PDCA (plan → do → check → act) neboli Demingův cyklus. Je nazýván podle amerického doktora matematiky a fyziky W. E. Deminga.



Obrázek č. 2: Demingův cyklus (PDCA cyklus) pro postupné zlepšování kvality formou opakovaného provádění čtyř základních činností

Zdroj: <http://www.systemonline.cz/clanky/deminguv-cyklus-pdca.htm>

Tento cyklus představuje jednoduchou metodu zlepšování s univerzálním použitím. Model se využívá v mnoha mezinárodních výrobních normách, ale i při kontinuálním zlepšování systému managementu služeb.

2.3.9. Organizace podílející se na hodnocení kvality zdravotnických zařízení v České republice

Rostoucí společenský tlak na potřebu kvality a bezpečí ve zdravotnictví, hledání nástrojů a zajištění kvality péče a struktura poskytovatelů s různým rozsahem péče, vedou zdravotnická zařízení k hledání externích organizací, které by jim metodicky pomohly se zaváděním vlastní kvality. Jednou z nich je Spojená akreditační komise.

2.3.9.1. Spojená akreditační komise ČR, o. p. s. (SAK)

Spojená akreditační komise vznikla v roce 1998 jako zájmové sdružení právnických osob a jejími zakladateli byly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. V návaznosti na založení této komise vznikla v roce 2000 tzv. Rada pro kvalitu ve zdravotnictví na Ministerstvu zdravotnictví ČR (16). Posláním SAK je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Její činnost však není akreditována v Evropské unii.

Hlavní prostředky pro naplňování jejího poslání jsou (38):

- ✚ vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky
- ✚ pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky dle typů zdravotnických zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto
- ✚ organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů
- ✚ vydávání publikací (v klasické i elektronické podobě) zaměřených na zvyšování kvality péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí
- ✚ spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví
- ✚ podíl na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty
- ✚ vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačního procesu

Před více než dvanácti lety vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR prvních padesát akreditačních standardů a v roce 2005 pak SAK vydala k jejich plnění metodiku. Zájem zdravotnických zařízení byl velký a pomohl zmapovat úroveň kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče v jejich vlastních zařízeních. V roce 2009 byla tato metodika rozšířena o 24 standardů na stávajících 74 s upravenými indikátory, které se týkají 10 okruhů činnosti.

Okruhy národních akreditačních standardů:

- ✚ I. Standardy řízení kvality a bezpečí
- ✚ II. Standardy diagnostické péče
- ✚ III. Standardy péče o pacienty
- ✚ IV. Standardy kontinuity zdravotní péče
- ✚ V. Standardy dodržování práv pacientů
- ✚ VI. Standardy podmínek poskytované péče
- ✚ VII. Standardy managementu
- ✚ VIII. Standardy řízení lidských zdrojů
- ✚ IX. Standardy pro sběr a zpracování informací
- ✚ X. Standardy protiepidemiologických opatření (38)

Z důvodu specifčnosti některých zařízení rozšířila Spojená akreditační komise v roce 2009 svou metodiku o zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče a v roce 2010 začaly platit Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení.

Účelem standardů je doložitelné hodnocení kvality a bezpečí péče a zavedení, rozvoj a kontrola programů zvyšování kvality.

Zavádění projektu kvality v organizaci podle Spojené akreditační komise

Na následujícím místě bych ráda nastínila kroky, které je nutné provést během zavádění projektu kvality podle SAK.

✚ Základní předpoklady

Základním předpokladem pro vznik Projektu kvality v jakékoliv organizaci je zájem zřizovatele nebo majitele zdravotnického zařízení. Jejich hlavním cílem musí být nejen zefektivnění ekonomiky organizace, ale především zájem o poskytování kvalitních zdravotnických služeb. Projekt kvality organizace pak vychází z poslání a vize, kterou si organizace vytvořila. Kvalitou se v tomto případě myslí vznik takových mechanismů péče a chodu organizace, které jsou měřitelné a jejichž výsledky lze v dlouhodobém měřítku

zlepšovat. Nikdy však nelze opomenout finanční nákladnost, kterou v počátečních stádiích projekt stojí a většina organizací si hradí sama.

Zvolení manažera kvality a sestavení týmu

Po schválení Programu kvality vedením organizace je nutné provést výběr manažera kvality. Jeho volba by měla vycházet ze vzdělání, organizačních a řídicích schopností a ze zájmu jedince o zlepšení kvality v organizaci.

Manažer kvality si následně po dohodě s vedením organizace zvolí realizační tým. Zástupci týmu ve zdravotnické organizaci by měli být minimálně z těchto oblastí:

- Zástupce z vrcholného managementu
- Zástupci lékařů
- Zástupci nelékařských zdravotnických pracovníků
- Zástupce ekonomického úseku a personalista
- Zástupce technického úseku spolu se členem úseku informačních technologií
- Vedoucí interní auditor

Podle velikosti organizace mohou zástupci jednotlivých skupin vytvořit vlastní oddělené týmy pracovníků, které budou tvořit a implementovat standardy v praxi.

Vznik dokumentů

Během prvních setkání týmu pro kvalitu je nutné stanovit členění organizačních řídicích aktů a postupy vzniku řízených dokumentů, připomínková řízení, ověřování, schvalování dokumentů, následné implementace do praxe, kontrolní činnosti a systémy aktualizace nebo rušení dokumentů.

Vznik základní směrnice se všemi popsanými postupy bude úkolem manažera kvality spolu s vedením nemocnice.

Kontrolní činnost

Kontrolní činnost je jednou z nejdůležitějších oblastí procesu zavádění standardů a kvality v organizaci. Dělí se na namátkovou, která se provádí při vzniku nežádoucích událostí nebo na průběžnou. Ta je prováděna formou interních plánovaných auditů. Plány auditů by měly být dostupné všem zaměstnancům. Hlavním důvodem provádění auditů

není zjišťování osob provádějící nekvalitní péči, ale odstraňování nedostatků jako celku, vyhledávání systémových chyb a motivace pracovníků.

Audity provádí jmenovaní auditoři, kteří se dělí do dvou skupin – interní a externí. Interní auditoři jsou proškolení zaměstnanci organizace, kteří pomáhají svojí činností vyhodnocovat a zlepšovat aktuální procesy a postupy. Výstupy jejich práce poskytují informace pouze vlastní organizaci.

Externí auditoři jsou v projektu zavádění kvality Spojenou akreditační komisí auditovanými spolupracovníky SAK, kteří prověřují plnění pravidel, která si organizace nastavila se standardy SAK a platnou legislativou. Činnost komisařů vychází ze studia procesů, dokumentace (otevřené i uzavřené), rozhovorů a pozorování zaměstnanců a pacientů. Výstupem je pak udělení nebo neudělení Certifikátu o akreditaci.

Rizika zavádění procesu akreditace

Mezi největší rizika akreditace vždy patří odpor zaměstnanců ke změnám. Akreditace jsou vydávány zdravotnickým zařízením na dobu tří let a následná reakreditace počítá se zdokonalením procesů, zkvalitněním služeb, sledováním trendů a zaváděním nových metod řízení kvality. Pro zaměstnance je to proces vyčerpávající a nikdy nekončící a pocit vítězství po obhájení certifikátu je často vystřídán pocity frustrace a únavy. Záleží pak na vedoucích pracovnících, včetně nejvyššího vedení, jak dokáží personál motivovat a opět začlenit do procesu.

Výsledkem je zvýšení kvality poskytované péče, vyšší bezpečnost pro pacienty a doložitelnost kvality služeb zdravotnického zařízení.

Bohužel, do dnešního dne zůstává stále diskutovanou a nerealizovanou otázkou zvýšení úhrady za péči od zdravotních pojišťoven v těch organizacích, které deklarují bezpečnost poskytované péče.

2.3.9.2. Mezinárodní akreditační komise - Joint Commission International Accreditation (JCIA)

Mezinárodní akreditační komise ČR je další organizací, zabývající se hodnocením kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Vznikla v roce 1998 a je dceřinou společností americké Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

(JCAHO). Tato nezávislá nezisková organizace vznikla v roce 1951 v USA a po celou dobu se snaží vytvořit kritéria pro hodnocení úrovně a kvality poskytované péče v nemocnicích. V současné době hodnotí více než 15000 zdravotnických zařízení ve Spojených státech amerických podle 500 ukazatelů (16). V roce 1999 vydala JCIA mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy dělí na dvě skupiny. Na standardy zaměřené na potřeby pacientů a na standardy týkající se funkce zdravotnického zařízení jako instituce (10). Tak jako u Spojené akreditační komise je i zde Certifikát kvality JCIA udělován na 3 roky a za toto období musí organizace prohloubit kvalitu svých procesů a výsledky dokázat u následné reakreditace.

Rozšířené standardy JCI zahrnují následující kapitoly (31):

1. Dostupnost a kontinuita péče.
2. Práva pacientů a jejich blízkých.
3. Diagnostická péče.
4. Terapeutická péče.
5. Anesteziologická a chirurgická péče.
6. Skladování, předepisování a podávání léčiv.
7. Edukace pacientů a jejich blízkých.
8. Kvalita péče a bezpečí pacientů.
9. Prevence a kontrola nozokomiálních a profesionálních nákaz.
10. Řízení a vedení.
11. Zajištění bezpečnosti nemocničního prostředí.
12. Kvalifikace a vzdělávání personálu.
13. Řízení informací a komunikace.

2.3.9.3. Mezinárodní organizace pro normalizaci - International Organization for Standardization (ISO)

Mezinárodní organizace pro normalizaci je celosvětová federace národních normalizačních orgánů, tj. členů ISO. Tato organizace byla založena v roce 1947 se sídlem v Ženevě. Jejím hlavním cílem je zajistit jednotné podmínky pro tvorbu norem (tzv. EN – Evropská norma) a certifikaci organizací různého zaměření. V roce 1987 vydala první soubor mezinárodně platných norem. Dnes je ISO zastoupena ve více než 170 zemích

světa. V ČR se dostala tato organizace do povědomí již po 2. světové válce, a to díky Ústavu pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví a Českého normalizačního institutu. Tento institut je v současné době jedinou institucí, která je oprávněna vydávat České technické normy (16).

Základní normou pro zdravotnická zařízení je ISO 9000:2000. I když jsou ISO normy a akreditační hodnocení shodné ve svém systémovém přístupu, zaměření na klienty a zlepšování procesů, existuje mnoho rozdílů, které uvádí tabulka č. 2. Největším rozdílem je, že ISO normy jsou zaměřené na části organizací (např. laboratoře, technická pracoviště,...) a akreditační šetření na chod organizace jako celku (37).

Akreditace	Certifikace QMS-ISO
Na celé zařízení	Na hlavní procesy
Způsobilost organizační (QMS)	Způsobilost organizační- komplexnější
Hodnotí i odborné požadavky	Nehodnotí odborné požadavky
Hodnotí plnění legislativy	Nehodnotí plnění legislativy přímo
Požadavky cílené na oblast zdravotní péče	Obecné požadavky
Vyžaduje standardy potřeb, práv a edukace pacienta	Nevyžaduje standardy potřeb, práv a edukace pouze informovanost
Vyžaduje aktivní spolupráci s okolím	Nevyžaduje aktivní spolupráci
Vyžaduje bezpečnost a ochranu zdraví při práci	Pouze pohled vhodnosti poskytování služby, ne ochrana pracovníků
Vyžaduje protiepidemiologická opatření	Obecné požadavky
Měření výkonnosti, informační a finanční management	Měření s ohledem na požadavky zákazníka- není informační a finanční management

Personální management, spokojenost zaměstnanců	Pouze zajištění kvality činnosti
Enviromentální management	Není enviromentální management
Nejsou striktní požadavky na rozsah dokumentace	Striktní požadavky na rozsah dokumentace
Není vyžadován manuál kvality	Je vyžadován manuál kvality s definovanou strukturou
Bodové hodnocení	Splnění ano-ne
Platnost 3 roky	Platnost 3 roky
Není pravidelný dohled	Každý rok dohled
Méně exaktní způsob hodnocení	Exaktní hodnocení
Není vyžadován pravidelný audit interní	Je vyžadován pravidelný audit interní

Tabulka č. 2: Rozdíly mezi akreditacemi a certifikacemi ISO.

Zdroj: Chaloupková a kolektiv 2001.

http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2003/akreditace.html

2.4. Kvalita zdravotní péče jako výsledek řízení procesu změny

Konec 20. století přinesl do světa průmyslu a služeb významné změny. Uplynulých třicet let turbulentního prostředí donutilo svět k přehodnocení stávajících a nastavení nových mechanismů řízení a vedení (2). Mezi nejvýznamnější patří čtyři ekonomické a sociální faktory:

1. Vznik a rozvoj nových technologií. Vynález telefonu Italem Antoniem Meucciem je sice datován rokem 1849 (45), ale teprve rozvoj mobilních sítí a pohyblivost jejich uživatelů dovolily jeho masové rozšíření mezi obrovskou skupinu lidí a rychlou komunikaci mezi nimi. Dalším fenoménem dnešní doby je užívání výpočetních technologií, které umožňují

sdílení dat, nebo komunikaci přes internet – prostřednictvím celosvětové datové sítě. Na tomto místě by bylo možné vyjmenovat mnohé další komunikační kanály a technologie, které spojují svět v jednom okamžiku a dělají ze všech částí planety jednu konkurenční oblast propojenou hustou sítí automobilové, vlakové, letecké a lodní dopravy. Proto není v současné době žádný problém jakýkoliv výrobek nebo produkt převézt z jednoho konce světa na druhý v minimálním časovém horizontu a předstihnout nepřipravenou konkurenci.

2. Mezinárodní ekonomická integrace. Omezování celních direktiv a možnost volného obchodu vede k rychlejšímu propojování ekonomik států a vzniku kooperací, které přesahují hranice kontinentů a umožňují vytvářet produkty neekonomičtějším a nejrychlejším způsobem. Vývoj informačních technologií zjednodušil řízení celosvětových kapitálových toků a rychlé reakce na aktuální situace.

3. Rozvoj a vyspělost trhů v rozvojových zemích se staly příležitostí i hrozbou pro ekonomiky zemí starého kontinentu a Ameriky. Levná pracovní síla spolu s nejnovějšími technologiemi dodávanými vyspělými státy světa mají za následek pomalejší domácí růst bohatých zemí a ohrožení vlastních výrobních podniků a pracovních míst.

4. Změny politických systémů na konci 80. let 20. století umožnily sjednocení do té doby přísně rozdělených trhů východního a západního bloku a otevření nových oblastí pro podnikání. Rozsáhlá privatizace podniků bývalých komunistických a socialistických států nastartovala procesy řízení podléhající přísným pravidlům konkurence.

Tyto faktory vedly ke globalizaci trhů a konkurence a přinesly více příležitostí, ale i rizik v podnikání.

Všechna tato rizika a příležitosti nutí organizace k neustálým změnám z důvodu udržení se na trhu a dosažení kladného hospodářského výsledku. Tyto změny však nemohou být náhodné a spontánní. Musí mít jasně stanovená pravidla a být řízeny. J. P. Kotter ve své knize Vedení procesu změn popisuje rozdíl mezi řízením a vedením procesů. Kdy řízením nazývá „činnosti lidí a technologií, kteří zajišťují chod systému“ a řadí sem plánování, tvorbu rozpočtů, organizování, výběr pracovníků, kontrolu a řešení problémů. Naproti tomu vedení popisuje jako „soubor procesů, kdy změněné podmínky okolí nutí organizaci vytvářet nebo měnit své činnosti“ (8, str. 33). Proces vedení je úzce spojen

s vizí organizace a jejími strategiemi, které pomáhají změny uskutečnit. To lze pouze za předpokladu, že lidé pracující v organizaci budou komunikovat na vertikální i horizontální úrovni a sami hledat a realizovat změny vedoucí k úspěchu.

Poskytování zdravotní péče je službou specifickou, ale mající stejná pravidla pro vedení jako jakýkoliv jiný podnik. Změnou politického systému v České republice v roce 1989 došlo k významné transformaci zdravotnictví. Do té doby státní centralizovaný sektor služeb se rozdělil na mnoho menších a v různých formách vedených poskytovatelů služeb. Soukromý zprivatizovaný sektor okamžitě zahájil řízení podle průmyslových kapitalistických trhů a rychle dosáhl potřebných změn. Mnohem pomaleji a obtížněji se daří změny prosazovat ve zdravotnických organizacích, kde zřizovatelem zůstal stát nebo jednotlivé kraje. Tlak na konkurenceschopnost a ekonomickou udržitelnost se i v těchto zařízeních neustále zvyšuje a nutí jednotlivé managementy k realizaci změn v procesu vlastního řízení. J. P. Kotter upravil materiál Why Transformation Efforts Fail do schématu popisujícího osm kroků procesu realizace změn. Díky jednoduchosti schématu ho lze využít i v řízení procesu změn ve zdravotnických zařízeních (8).

Osm kroků procesu realizace změn

1. Vyvolání vědomí naléhavosti

Vyvolání pocitu naléhavosti změny bylo ve zdravotnických službách ještě v nedávné době těžko představitelné. Jistota poskytovatelů o nemožnosti zrušení nebo omezení zdravotnických služeb a politická důležitost zdravotnické oblasti se tak staly hrozbou celého systému. Množství finančních prostředků, které do zdravotnictví plynou, ne vždy korespondují s kvalitou poskytované péče a zdravotním stavem populace. To vede k hledání nových, úsporných opatření ať na úrovni vlády nebo zdravotních pojišťoven. Příkladem pro mnohé může být privátní sektor, který je životaschopný i přes všechna systémová omezení a restrikce. Pokud nad zdravotnickými zařízeními a zaměstnanci nebude pocit ohrožení ze zrušení nebo restrukturalizace lůžkového fondu, nedojde v jejich myšlení k velkému posunu. Pokud si nemocniční zařízení budou jista, že dluhy a ztráty zaplatí stát, nemůže se situace změnit. V prosazování změn hraje významnou roli střední management, který ovlivňuje svými postoji velkou část zaměstnanců. Největší hrozbou je v této době setrvačnost a zvyky, které jsou součástí podnikové kultury. Důležitá

je informovanost zaměstnanců o nynějším postavení společnosti a její konkurenci v oblasti poskytovaných služeb.

2. Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny

Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny je ve zdravotnických organizacích úkol odlišnější než ve výrobním sektoru. Podstatnou roli zde zastávají účastníci procesů. Jsou jimi totiž lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří zaujímají specifické místo na trhu práce. Je jich omezený počet a nelze je zaměňovat s jinými specializacemi. Vzdělávání a úspěšně prováděná praxe je v tomto sektoru procesem trvajícím roky a jakékoliv špatně připravené změny, mohou vést k ohrožení zdraví obyvatelstva. Proto koalice prosazující změny ve zdravotnictví by měla být velmi pečlivě vybírána mezi jedinci, kteří mají dostatečné zkušenosti, pravomoci, důvěryhodnost a znaky vůdcovství. Jen tyto osobnosti jsou schopné obstát se svými novými názory před ostatními členy organizace. A i tak bude jejich činnost velmi obtížná. Zdravotnické služby jsou velmi citlivé na zásahy zvenčí a jakákoliv špatná změna může zablokovat na dlouho dobu přijetí nových myšlenek a řešení. K změnám, v současnosti realizovaným, patří i procesy zvyšování kvality ve zdravotnických organizacích. Požadují totiž po manažerech a jejich zaměstnancích velmi často administrativní úkony, které zabírají mnoho času a jsou velmi neoblíbené. Pokud však kvalitu poskytované péče chceme hodnotit, musíme využívat doložitelná data. Významnou roli v těchto případech má majitel nebo zřizovatel zařízení a jeho přístup ke kvalitě poskytované péče. Pokud prioritou vlastníka nebo zřizovatele je deklarovaná kvalita, bude svým přístupem vyvolávat důvěru a motivovat ostatní pracovníky.

3. Vytvoření vize a strategie

Vytvoření vize a strategií jsou nedílnou součástí každého procesu změny a tento krok nelze podceňovat ani ve zdravotnických zařízeních. Pokud má koalice změnu uskutečnit, musí pro zaměstnance jasně definovat, na co se jejich zařízení soustředí. Vize má být jasná a pro všechny srozumitelná. Příkladem může být vize nemocnice Frýdku Místku zaměřující se ve své orientaci na zahraniční klientelu, které chce nabízet své služby (32). Strategie následně definuje jak tuto vizi naplnit.

4. Komunikace transformační vize

Chce-li zdravotnické zařízení, aby vize a strategie nezůstaly pouze v dokumentech, je nutné, aby směr nastavený vedením organizace sdíleli všichni zaměstnanci a zainteresované osoby. Jak však dosáhnout znalosti vize a jejímu porozumění mezi všemi zaměstnanci? Předně její srozumitelností. Pokud vize bude napsána odbornými cizími výrazy, je těžké chtít po zaměstnancích, aby jí porozuměli. Dalším podstatným kritériem je množství komunikačních kanálů a jejich časté opakování. Sloužit k tomu mohou intranetové sítě, podnikové časopisy nebo formální i neformální schůzky. Komunikace vize nesmí být tokem informací pouze jednostranným a náhodným. Zaměstnanci musí mít možnost podávat náměty, žádat vysvětlení a to vše bez obav, že budou trestáni za projevený nesouhlas. Každá připomínka a námět ke zlepšení mají být pozitivně ohodnoceny a také motivem pro ostatní. Chování a jednání členů vedení organizace musí jasně deklarovat, že vizi, kterou vedení přijalo, plně sdílí.

5. Delegování v širokém měřítku

Zavádění změn v oblasti poskytované péče často naráží na odpovědi typu „Tak jsme to vždy dělali a nikdo si nestěžoval“ nebo „Máme dostatek pacientů, tak proč bychom tvořili další dokumenty a psali hlášení“. Kvalitu však lze hodnotit pouze tehdy, jeli měřitelná. Nastavení hlavních procesů stanoví management ve spolupráci se středním managementem. Pokud však zaměstnanci organizace nemají možnost účastnit se na zavádění a zvyšování kvality, nebudou změny přijímat. Existují však faktory, které brání při zavádění změn. Jedním z nich je organizační struktura. Pokud je odpůrce změny na pozici středního manažera, bude pro jeho podřízené i nadřízené velmi obtížné prosadit a realizovat nové myšlenky a postupy. Odpor takového zaměstnance může pramenit buď z obav o svou pozici v organizaci při chybném rozhodnutí, nebo ze strachu z příliš velkého tempa změn, kterému by nestačil. A tak raději zpochybňuje nové myšlenky a argumentuje svými životními zkušenostmi. Někdy je vhodné tyto jedince zapojit do řízení procesu změn a tím eliminovat jejich případný nesouhlas. Jindy je nutné jejich přeřazení nebo dokonce výměna. Pokud se ale v počátečních fázích projektů tyto změny neprovedou, může to později vést ke kolapsu celého systému. Ani tehdy, když se vedení rozhodne poskytnout zaměstnancům větší kompetence a pravomoci nemusí to vést k úspěchu. Mnoho lidí o zodpovědnost nestojí a budou dělat vše pro to, aby jí přenesli na někoho jiného. Cestou k úspěchu je opakovaná diskuze se zaměstnanci o možnosti participace na plnění cílů organizace, posilování důvěry v jejich práci a oceňování nových nápadů a příspěvků.

6. Vytváření krátkodobých vítězství

Proces řízení kvality zdravotnických služeb je procesem kontinuálním a nikdy nekončícím, proto je nutné předem stanovit hodnotitelná období. Dílčí úspěchy za časové periody pomáhají zaměstnancům k pocitům vítězství v prováděných činnostech, k vnímání smyslu vykonané práce a její důležitosti. Příkladem může být řízená změna zdravotnické dokumentace. Jednotná kritéria při jejím zavádění nutí zaměstnance ke změně postupů při zápisech, ale následně přehlednost dokumentace a její jednotnost zkracuje čas vyšetření, usnadňuje rychlejší vyhledávání informací potřebných pro léčebné účely nebo pomáhá při dokládání dat při kontrolní činnosti zdravotnických pojišťoven. Výsledky změny současně oslabují odpůrce, kteří nejvíce protestovali. Jsou to malá vítězství, ale o to důležitější, protože ukazují účastníkům, že jejich činnost nebyla zbytečná a přinesla viditelné výsledky. Obecně by měla mít krátkodobá vítězství znaky viditelnosti pro všechny a mít jasnou souvislost s procesem změny.

7. Využití výsledků a podpora dalších změn

Využití všech výše popsaných výsledků následně pomáhá překonávat další úskalí v procesu zvyšování kvality, kdy nelze plnit pouze popsané postupy a standardy, ale kdy je nutné s nimi pracovat. Tento proces je mnohem obtížnější a náročnější pro jeho minimální viditelnost navenek, ale o to důležitější pro vnímání úrovně poskytované péče pacientů – zákazníků. Právě v tento čas je třeba co největší motivace pro stávající personál hlavně z řad středního managementu. Právě na ně začíná dopadat únava z dlouhodobého procesu změn nejvíce a odpor k dalším změnám může navrátit chod organizace do minulosti. Na rozdíl od výrobních činností je veřejné oceňování zaměstnanců stále velkým problémem z důvodu stále přetrvávajícího názoru, že zdravotní péče je bezplatnou službou lidu, kterou provádějí jedinci, kteří si ji vybrali jako své poslání. Opak je však pravdou a pro ty, kteří se aktivně zapojují a jsou oceňováni, je to motivem pro další činnost. Zaměstnanci musí být neustále konfrontováni se skutečností, že strategie jsou neustále oživovány novými myšlenkami, projekty a zájmem vedení o prosperitu organizace.

8. Zakotvení nových přístupů do firemní kultury

Poslední bod procesu změny vypadá velmi jednoduše, ale je nejobtížnější. Organizace má svou vizi, zaměstnanci jí vnímají jako užitečnou, jsou nastavena a formulována kritéria pro vedení procesů. Někteří jedinci se stále snaží vnášet do fungování

systemu nové myšlenky a nápady a dostavily se úspěchy. Dalo by se říci, jasně transformovaná společnost, ale zůstane tento stav zachován? Vždyť již není co vysvětlovat, co měnit. Opak je pravdou. Právě v této chvíli může dojít k návratu ke starým zvykům. Vazby mezi zaměstnanci a managementem se mohou plíživě navrátit do původního stavu. Proto je v tomto období důležité vyzdvihování dosažených výsledků na základě nastavených procesů a jejich zdokonalování, vysvětlování nutnosti dalších změn a poznání jednotlivců, že každý schopný a aktivní jedinec může mít výrazný kariérní postup.

Výše uvedené změny pak ukáží, že pro každého zaměstnance je pacient zákazníkem a každý zaměstnanec si je vědom svojí důležitosti ve fungování celého systému.

V teoretické části své diplomové práce jsem se pokusila shrnout nejdůležitější oblasti z kvality podpory zdraví a její řízení ve zdravotnických zařízeních. Vysvětlila jsem, proč je z mého pohledu podpora zdraví tak důležitá věc a proč by o ní mělo být více diskutováno na širší veřejnosti a věnováno jí více času a finančních prostředků. V následující praktické části zmapuji jednu oblast z podpory zdraví a to rizikové faktory pacientů s ischemickou chorobou srdeční, kteří jsou hospitalizováni v Nemocnici Pelhřimov a na jejich pohled týkající se změn ve vlastním životním stylu.

3. Praktická část

V České republice se dlouho diskutovalo o novém zákoně o zdravotní péči. Tento zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování sněmovna schválila v roce 2011 s účinností od 1. 4. 2012 a od tohoto data je platná i vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (64). Ta stanovuje minimální hodnotící standardy týkající se mimo jiné i podpory zdraví a prevence nemocí. Právě na tuto oblast reaguje praktická část diplomové práce, která se zabývá hodnocením úrovně kvality informací podávaných ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Pelhřimov a na zájem samotných pacientů o tyto informace.

3.1. Cíl práce a charakteristika organizace

Cílem diplomové práce je zmapování rizikových faktorů pacientů s onemocněním ischemickou chorobou srdeční hospitalizovaných v Nemocnici Pelhřimov a zjištění, do jaké míry jsou tito chronicky nemocní pacienti ochotni měnit svůj životní styl, jak je informuje zdravotnický personál a jak, těm motivovaným, může pomoci zdravotnické zařízení. Dále porovnává některé rizikové faktory mezi pacienty s ICHS a pacienty hospitalizovanými na ortopedickém oddělení. Hlavním důvodem pro porovnávání dat je ověření předpokladu, že informace, které chroničtí pacienti (ICHS) dostávají během onemocnění, snižují některé rizikové faktory (kouření) a naopak, zda jejich základní onemocnění některé rizikové faktory záporně ovlivňuje (BMI). Dalším důvodem pro porovnání dat je zmapování rozsahu zaznamenávaných údajů v dokumentaci pacientů v Nemocnici Pelhřimov. Z jejich obsahu je možné dále vytvářet proces vedení změn.

Nemocnice Pelhřimov představuje významný subjekt v rámci poskytování zdravotní péče v oblasti Kraje Vysočina. Je zřízena Krajem Vysočina jako jeho příspěvková organizace a poskytuje zdravotní péči pro pacienty se spádovou oblastí 80 tis. obyvatel. Zabezpečuje zdravotní péči ve všech odbornostech na 350 lůžkách. V roce 2010 bylo v nemocnici hospitalizováno 13 834 pacientů z toho 1440 s ischemickou chorobou srdeční v hlavní nebo vedlejší diagnóze a ambulantně ošetřeno 76 044 pacientů. Do ambulantního sektoru patří i ambulance léčby závislosti na tabáku.

Za posledních 10 let se však v nemocnici výrazně změnila struktura hospitalizovaných pacientů. V roce 2001 byla ministrem zdravotnictví ustavena síť traumatologických center pokrývající celé území České republiky a zajišťující nejvyšší odbornou a technickou péči o polytraumatizované pacienty. Touto změnou byl způsoben odliv akutních traumatizovaných pacientů z menších zdravotnických zařízení, včetně našeho a ke zvýšení počtu pacientů přeložených z těchto zařízení zpět k doléčení do nemocnice. Další změnou, související se skladbou pacientů Nemocnice Pelhřimov, je vznik kardiocentra v Nemocnici Jihlava. Centrum poskytuje akutní péči pacientům s náhlým kardiálním selháním a je propojeno s centrálním dispečinkem rychlé záchranné pomoci. Pacienti po krátkodobé hospitalizaci v kardiocentru přichází zpět do našeho zdravotnického zařízení k následné akutní péči. Dalším z vlivů je stárnutí populace a s ní související nárůst dlouhodobě chronicky nemocných. Všechny tyto příčiny následně změnilly skladbu pacientů naší nemocnice a zároveň rozšířily možnosti léčebné péče i do oblasti prevence chronických onemocnění a podpory zdraví v době hospitalizace.

Nemocnice je dlouhodobě podporovaná městem Pelhřimov, které je zapojeno do mnoha projektů zaměřujících se na podporu zdraví např. Zdravé město nebo Zdravá škola.

3.2. Definice výzkumného problému, formulace výzkumných otázek a hypotéz

Podpora zdraví a prevence nemocí je definována podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví plánem činností v zařízeních zaměřených na podporu zdraví a prevenci nemocí ve vztahu k pacientům. Jaké jsou však postoje pacientů ke svému životnímu stylu? Jaký je jejich názor na poskytované informace zdravotnickými pracovníky? Mají zájem o další informace? Jak se liší ne/zájem na změny v životních návycích u chronicky nemocných v souvislosti s pohlavím, věkem, délkou onemocnění nebo jejich současnou hmotností? Kdo je ochoten skutečně změnit svůj životní styl? Jaký je rozdíl v rizikových faktorech mezi specifickou skupinou pacientů s chronickým onemocněním a pacienty hospitalizovanými na akutním operačním lůžkovém oddělení?

V tomto kontextu budu sledovat dvě dimenze podpory zdraví. A to, názory pacientů s ICHS na uskutečnění změny týkající se jejich životního stylu a zájmu o další informace

při propuštění z hospitalizace s ohledem na související faktory a na názory na edukaci těch, kteří již byli edukováni. Nakonec se pokusím zmapovat rizikové faktory mezi dvěma skupinami pacientů hospitalizovanými v Nemocnici Pelhřimov, a to pacientů s ICHS a pacientů ortopedického oddělení.

Hlavní hypotézy:

- ✚ Očekávám, že většina pacientů s ischemickou chorobou srdeční nechce měnit svůj životní styl, nicméně očekávají od zdravotnických pracovníků informace o možnostech změny životního stylu
- ✚ Zdravotnický personál Nemocnice Pelhřimov poskytuje během hospitalizací většině pacientů s ischemickou chorobou srdeční doporučení týkající se změn v jejich životním stylu a pro většinu pacientů jsou tato opatření realizovatelná. Edukační rozhovory probíhají v prostředí a čase pro pacienty uspokojivém
- ✚ Většina pacientů si pamatuje minimálně dvě doporučení, které jim zdravotnický personál poskytl.
- ✚ Pacienti s ischemickou chorobou srdeční jsou více nekuřáky a mají vyšší index tělesné hmotnosti než ostatní hospitalizovaní pacienti v Nemocnici Pelhřimov.

3.3. Metodologie

K ověření hypotéz jsem zvolila formu kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

Nástrojem šetření kvantitativního výzkumu byl strukturovaný dotazník (Příloha č. 4) sestavený pro účely této práce. Pacienti vyplňovali dotazník většinou sami, jen u pěti pacientů doléčovací rehabilitační jednotky jim pomáhala sloužící sestra z důvodu motorických obtíží.

Tvorba dotazníku proběhla na základě mých znalostí a zkušeností s pacienty hospitalizovanými v našem zařízení. Nutno poznamenat, že najít vhodnou terminologii, které by porozuměli pacienti vyšších věkových kategorií, bylo obtížné, a proto jsem přistoupila ke konkrétnímu vysvětlení v závorkách jednotlivých otázek. V dotazníku byly použity uzavřené i otevřené typy otázek.

Informace z dotazníkového šetření jsem převedla do numerologických dat a dále zpracovala v programu Excel. Ke každé odpovědi jsem přiřadila číselnou hodnotu a

klíčová slova. Kódovaná data byla zpracována pomocí kontingenčních tabulek. Třídění prvního stupně ukázalo četnost rozložení jednoho znaku a tříděním druhého stupně mi pomohlo najít závislost mezi proměnnými. Pro výslednou názornost jsem data v prezentaci výsledků převedla do jednotlivých grafů. Během šetření a zpracování dat jsem respektovala etiku výzkumu. V úvodu dotazníku jsem vysvětlila účel výzkumu a seznámila pacienty s tím, jak bude s daty naloženo po jejich zpracování. Součástí úvodu bylo ujištění o anonymitě jimi poskytnutých dat. Souhlas s výzkumem byl pacienty udělen odevzdáním dotazníku.

Obsahovou část kvalitativního výzkumu reprezentují zdokumentované výsledky strukturovaných rozhovorů prováděných lékaři ortopedického oddělení. Data byla zapisována do elektronického hospitalizačního programu Akord během vstupních anamnéz při nemocničním příjmu jednotlivých pacientů a následně vytištěna do chorobopisů. Obsah vstupních anamnéz má nemocnice definovaný v organizační směrnici Zdravotnická dokumentace. Ta však požaduje pouze zdokumentované údaje o hmotnosti a výšce pacientů a o nežádoucích návycích. Nikde není specifikováno jaké. Kouření lékaři někdy uvádí v množství cigaret vykouřených za jeden den, jindy pouze slovním vyjádřením kuřák. Alkohol je vyhodnocován většinou jako „příležitostné užívání“. Nad rámec požadovaných dat vyplňují lékaři ortopedického oddělení pohybové aktivity pacientů z důvodu souvislosti mezi lékařskou diagnózou a omezeními, které diagnóza pacientům způsobuje. Zpracování dat proběhlo stejně jako u dotazníkového šetření pomocí programu Excel.

Provádění výzkumu bylo schváleno náměstkyní ošetrovatelské péče a manažerkou kvality Nemocnice Pelhřimov (Příloha 5) a po předchozí domluvě s vrchními sestrami jednotlivých oddělení.

3.3.1. Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum pomocí dotazníků byl prováděn u dospělých pacientů hospitalizovaných s ischemickou chorobou srdeční v hlavní nebo vedlejší diagnóze v Nemocnici Pelhřimov v březnu 2012. Množství dotazovaných se rovnalo 5% počtu hospitalizovaných pacientů s touto diagnózou v roce 2010 (údaje zdravotních pojišťoven). Dotazníky byly rozdány pacientům na interním oddělení, chirurgickém oddělení a doléčovací rehabilitační

jednotce. Výběr oddělení byl navržen po dohodě s vrchními sestrami. Z výzkumu byli vyřazeni pacienti ARO, intenzivní péče a neurologického oddělení z důvodu závažnosti zdravotního stavu, pacienti urologického a gynekologického oddělení pro absenci ICHS v době, kdy byl výzkum prováděn a pacienti dětského oddělení, kde nejsou hospitalizováni dospělí jedinci. Samotný výběr prováděly všeobecné sestry uvedených oddělení podle diagnóz zapsaných v chorobopisech hospitalizovaných pacientů. Rozdáno bylo 70 dotazníků, navráčeno 58 dotazníků, což představuje 83% návratnost.

Kvalitativní výzkum byl prováděn u 50 pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Pelhřimov v měsíci lednu 2011 na ortopedickém oddělení, což představuje 5% hospitalizovaných pacientů na tomto oddělení za jeden kalendářní rok (údaj od zdravotních pojišťoven). Výběr obsahoval všechny pacienty hospitalizované v tomto měsíci na oddělení.

3.4. Výsledky šetření

Následná část reprezentuje shrnutí hlavních zjištění jednotlivých hypotéz a v další části práce je jejich grafické znázornění a vyhodnocení.

Hypotéza číslo 1 předpokládala nezájem pacientů s ischemickou chorobou srdeční změnit svůj životní styl, současně však zájem o nové nebo další informace při propuštění z hospitalizační péče.

Z výsledků dotazníků vyplynulo, že necelá čtvrtina (22%) pacientů uvádí, že nechce měnit svůj životní styl a necelá polovina (47%) pacientů s ICHS má zájem o informace týkající se možnosti změny životního stylu během propuštění z hospitalizační péče.

Hypotézu číslo 1 proto nelze potvrdit. Nicméně výsledky ukázaly velkou skupinu pacientů s ICHS, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu (43%) a neví, zda by chtěli další nebo nové informace (64%) a majících nadváhu (52%). Tato nevyhraněná skupina pacientů s ICHS je potenciálně ideální skupinou na proces vedení změny, kterou by podle preferencí pacientů měli vést lékaři zdravotnického zařízení nebo privátního sektoru. Zároveň je zde ještě jedna skupina pacientů, kteří sice uvedli, že nechtějí měnit svůj životní styl, ale zároveň neví, zda chtějí nové nebo další informace (54%) během propuštění. Pokud by tito pacienti informace dostali, je možné, že začnou zvažovat změnu svých životních postojů.

Hypotéza číslo 2 předpokládala, že zdravotnický personál Nemocnice Pelhřimov poskytuje během hospitalizace většině pacientů s ICHS doporučení týkající se změny jejich životního stylu a tato opatření jsou pro ně realizovatelná a probíhají v čase a prostředí pro ně uspokojivém.

Výsledky ukázaly, že většina pacientů (64%) s ICHS hospitalizovaných v Nemocnici Pelhřimov dostala od zdravotnického personálu doporučení týkající se změn jejich životního stylu.

Výsledky realizovatelnosti doporučení potvrdily předpoklad, že doporučení, která zdravotnický personál pacientům nabízí, je pro všechny edukované pacienty uskutečnitelný (každé z šesti předložených doporučení bylo z více než 50% realizovatelné).

S časem, ve kterém rozhovory probíhaly, byla spokojena nebo zcela spokojena většina (92%) pacientů.

S prostředím, ve kterém rozhovory probíhaly, byla spokojena nebo zcela spokojena většina (92%) pacientů.

Předchozí výsledky potvrzují platnost hypotézy číslo 2.

Hypotéza číslo 3 předpokládala, že většina pacientů si pamatuje minimálně dvě doporučení, která jim byla poskytnuta.

Data ukázala, že většina (89%) edukovaných pacientů s ICHS si zapamatovala dvě a více doporučení. Z toho tři doporučení si zapamatovala třetina (33%) a necelá pětina pacientů (19%) dokonce uvedla, že si pamatují čtyři doporučení.

Hypotézu číslo 3 lze potvrdit.

Hypotéza číslo 4 předpokládala, že pacienti s ischemickou chorobou srdeční jsou více nekuřáky a mají vyšší index tělesné hmotnosti než pacienti hospitalizovaní s ortopedickými diagnózami.

Výsledky ukázaly, že pacienti mající ICHS jsou ze tří čtvrtin (76%) nekuřáky oproti více než třem pětinám (62%) nekuřáků ve skupině ortopedických pacientů.

Porovnání dat indexu tělesné hmotnosti mezi oběma typy pacientů ukázalo, že pouze pětina (21%) pacientů s ICHS má hmotnost ve fyziologickém rozmezí oproti dvěma pětinám (40%) ortopedických pacientům s fyziologickou hmotností. Výsledky však

ukázaly velkou skupinu pacientů s ICHS (48%), kteří mají nadváhu a změnou jejich životního stylu by mohlo dojít ke korekci hmotnosti.

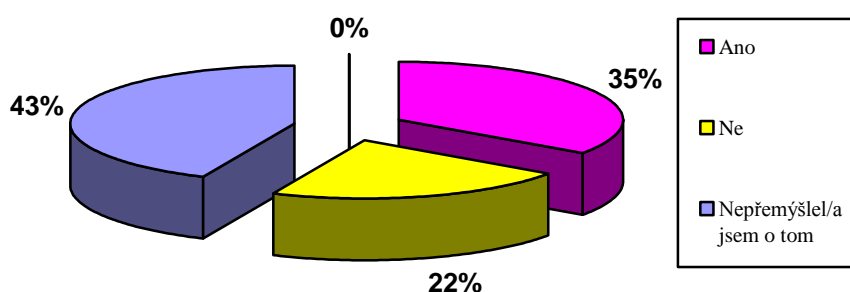
Platnost hypotézy číslo 4 lze potvrdit.

3.4.1. Grafické znázornění dat

Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy č. 1.

Graf č. 2 Ochota pacientů změnit svůj životní styl.

n = 58

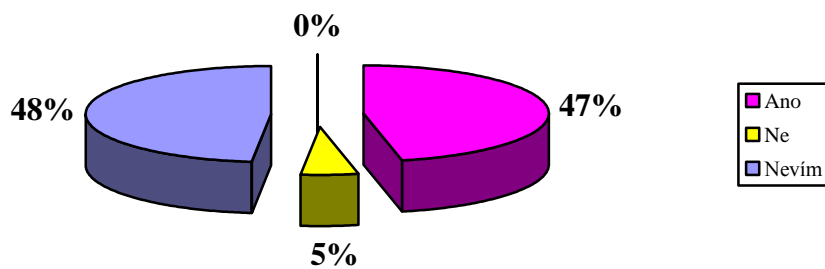


Z výsledků vyplývá, že více jak třetina pacientů (35%) je ochotná změnit svůj životní styl, necelá polovina o této možnosti nepřemýšlela (43%) a více než pětina pacientů (22%) není ochotna na svém životním stylu nic měnit.

Velmi významná skupina pro vedení procesu změny je skupina pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu. Myslím si, že příčin, proč tolik pacientů nepřemýšlelo o změně životního stylu, může být několik. Například nedostatek informací, které poskytuje zdravotnické zařízení nebo nedostatečná propagace programů podpory zdraví nebo pouhá neochota pacientů k jakékoliv změně. Přitom úsilí a objemy finančních prostředků, které města a stát vydávají na programy podpory zdraví, mají přispívat k snižování právě těchto nerozhodnutých pacientů.

Graf č. 3 Zájem pacientů o další informace během propuštění.

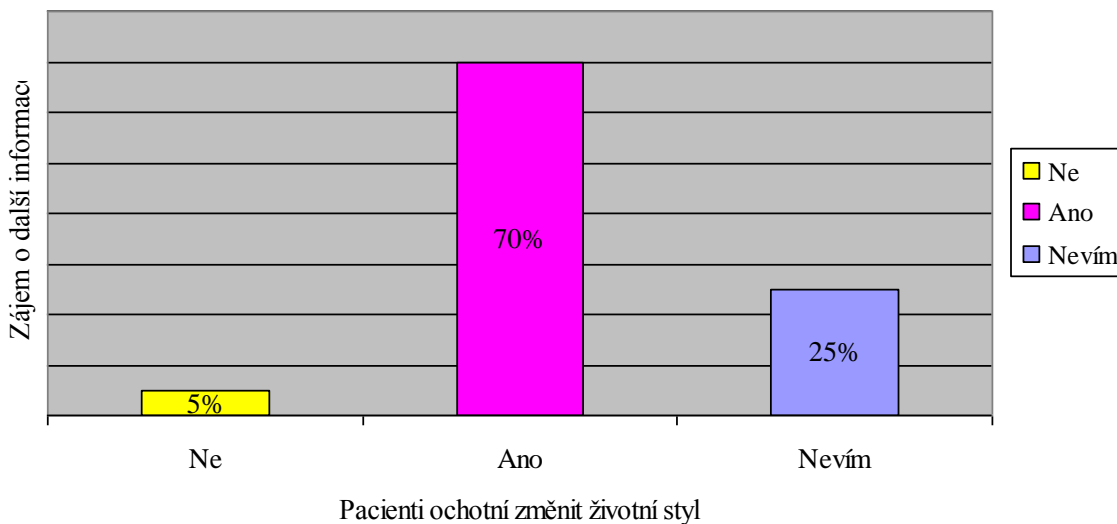
n = 58



Výsledky ukazují, že necelá polovina pacientů (47%) má zájem o informace týkající se změny životních návyků před odchodem ze zdravotnického zařízení a skoro stejné množství pacientů neví, zda tyto informace chtějí sdělit (48%). Minimum pacientů (5%) o informace nemá zájem.

Graf č. 4 Míra zájmu o informace při propuštění u pacientů ochotných změnit životní styl.

n = 20



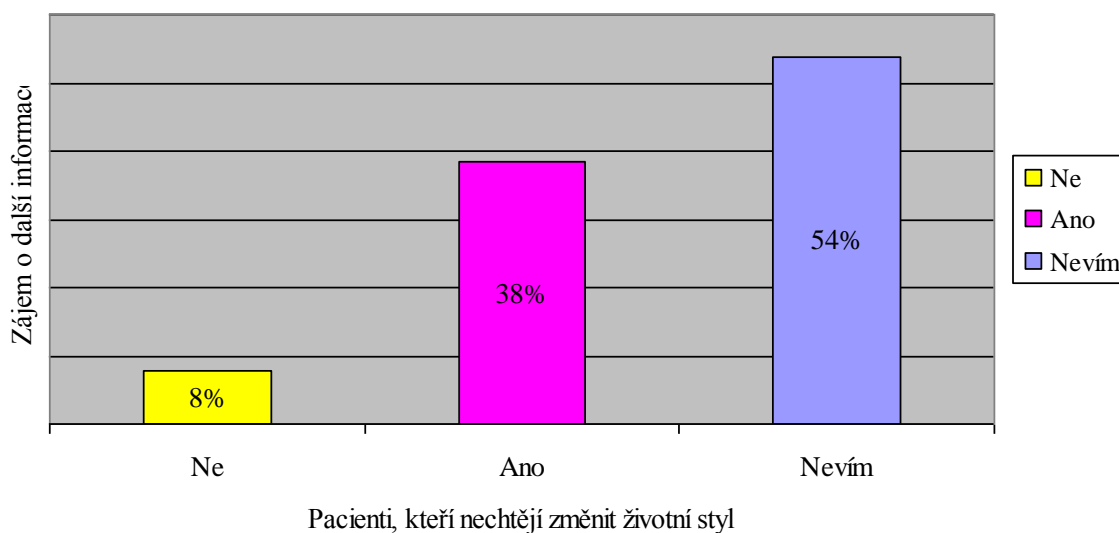
Z výsledku vyplývá, že většina pacientů, kteří chtějí změnit svůj životní styl, má zájem o informace (70%) týkající se změny životních návyků před odchodem ze zdravotnického zařízení a čtvrtina pacientů (25%) neví, zda tyto informace chtějí sdělit, i když sami mají

zájem o změnu životního stylu. Minimum pacientů (5%) o tyto informace nemá zájem, i když chtějí změnit svůj životní styl.

Zajímavé by bylo zjištění, že pacienti, kteří neví, zda chtějí další informace a přitom chtějí změnit životní styl, mají pocit, že by jim nové informace nic nového nepřinesly nebo jsou pro ně dostatečně srozumitelné z předchozích rozhovorů.

Graf č. 5 Míra zájmu o další informace při propuštění u pacientů, kteří nechtějí změnit životní styl.

n = 13



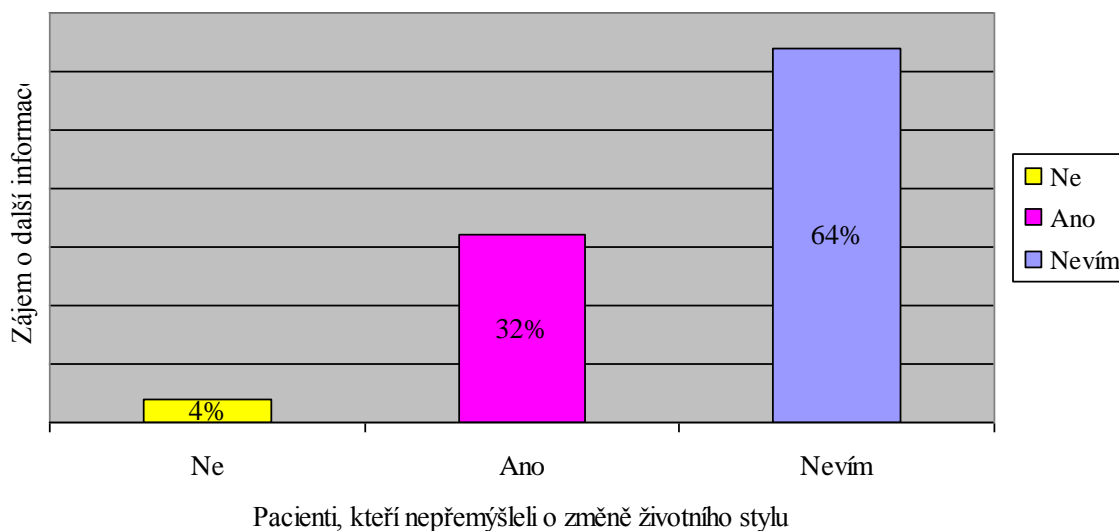
Výsledky ukazují, že většina pacientů, kteří nechtějí změnit svůj životní styl, neví, zda má před odchodem zájem o další informace (54%) týkající se změny životních návyků před odchodem ze zdravotnického zařízení a necelá desetina pacientů (8%) nechce tyto informace sdělit, protože sami nemají zájem o změnu svého životního stylu. Více než třetina pacientů (38%) však má zájem o informace před propuštěním, i když nechtějí změnit svůj životní styl.

Poslední uvedená skupina pacientů je zajímavá z pohledu změny z několika možných důvodů. Buď nejsou 100% rozhodnutí zda nechtějí změnit životní styl, nebo nevěří informacím, které v předchozím období dostali a chtějí si je ověřit, nebo předchozím informacím neporozuměli. Další skupinou vhodnou pro vedení změny, jsou pacienti, kteří

nechtějí měnit životní styl, ale ani neví, zda chtějí informace. Je možné, že kdyby je dostali, byli by ochotni svůj životní styl změnit nebo upravit.

Graf č. 6 Míra zájmu o další informace při propuštění u pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu.

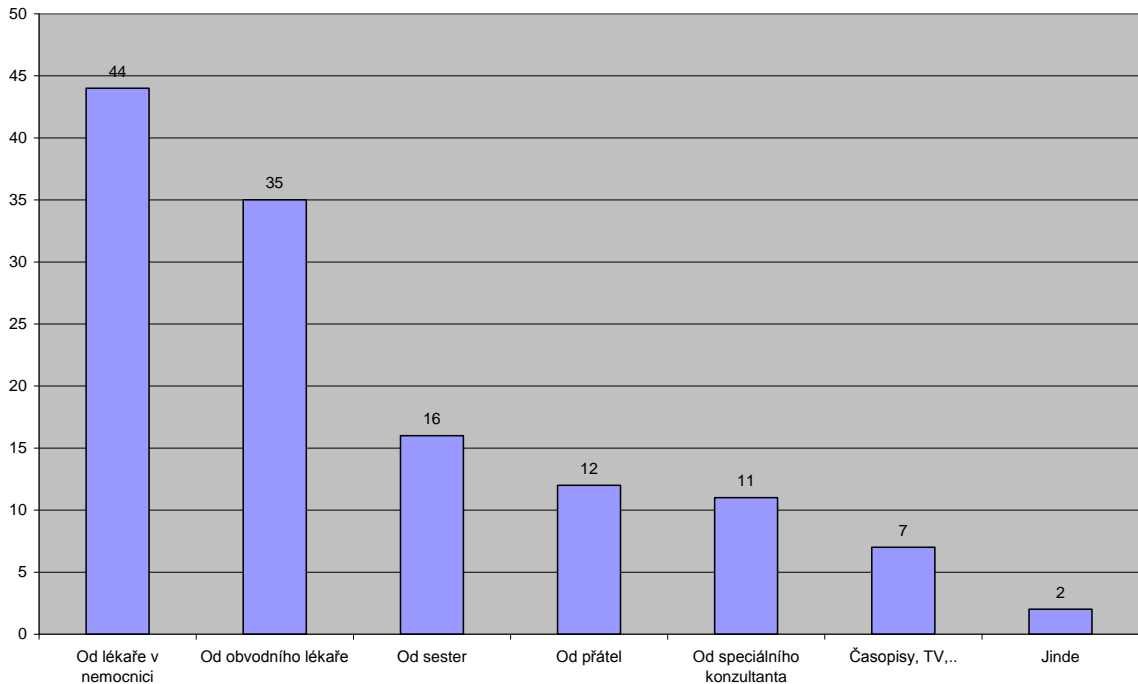
n = 25



Výsledky dokládají, že většina pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu, neví, zda mají před odchodem zájem o další informace (64%) týkající se změny životních návyků před odchodem ze zdravotnického zařízení. 4% pacientů nechtějí další informace sdělovat a nepřemýšleli o změně svého životního stylu. Necelá třetina pacientů (32%) však má zájem o informace před propuštěním a přitom nepřemýšleli o změně životního stylu. Tato skupina je potenciálně velmi zajímavou skupinou pro vedení změny. Pokud se jim ve zdravotnickém zařízení dostane dostatečného množství zajímavých a srozumitelných informací, může je to přivést ke změně postoje k jejich životnímu stylu a následně úpravě zdravotního stavu.

Graf č. 7 Zdroje čerpání informací pacientů.

N = 58

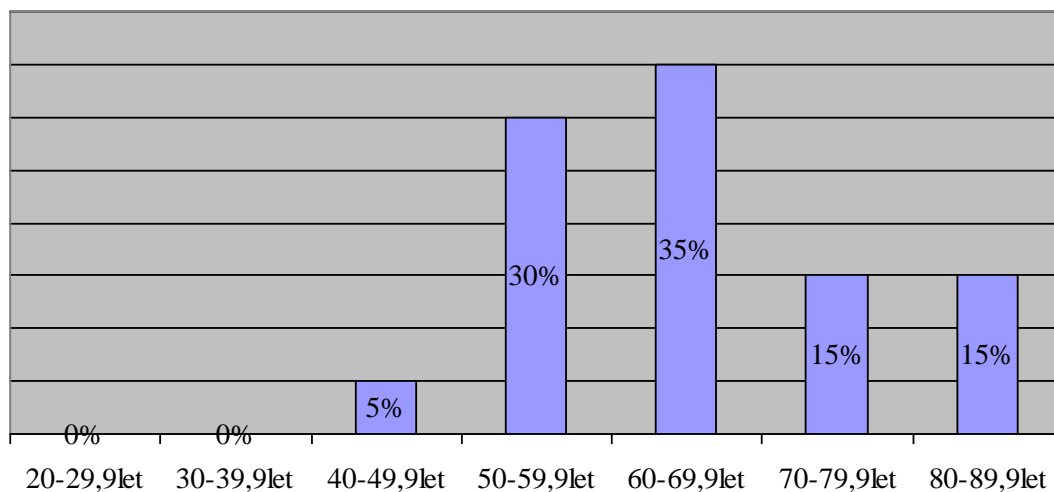


Výsledky ukazují, že většina pacientů očekává rady se zaměřením na životní styl od lékařů nemocničního zařízení (44) a následně od obvodního lékaře (35). Na dalších místech jsou všeobecné sestry (16), přátelé (12), speciální konzultanti (11), mediální zdroje (7) a jiné (2).

Informace, že nejvyhledávanějším zdrojem dat pro pacienty jsou lékaři, je velmi důležitou pro management zdravotnického zařízení a privátní lékaře, protože právě jejich působení na pacienty ovlivňuje velkou měrou vnímání vlastního zdraví jedinců a sami pacienti tento zdroj vyžadují.

Graf č. 8 Vzájemná souvislost mezi věkem pacientů a pacienty ochotnými změnit životní styl.

n = 20



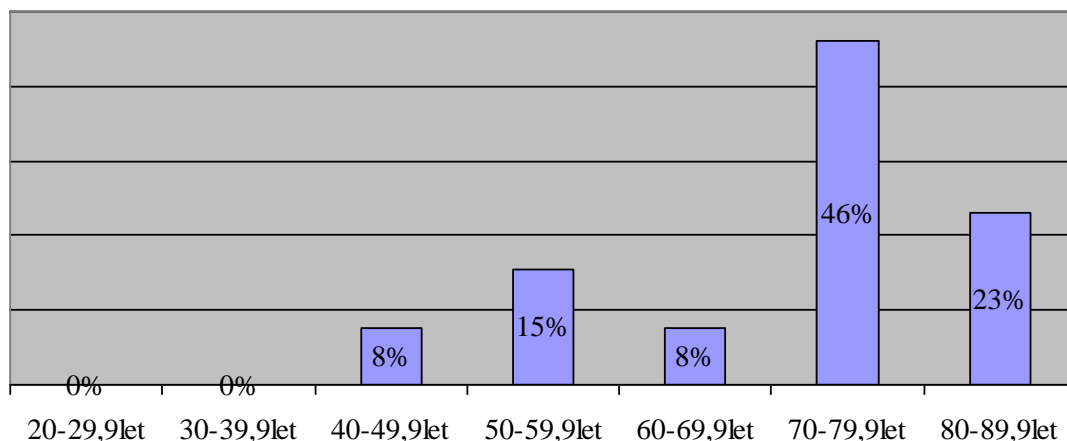
Věkové kategorie pacientů ochotných změnit životní styl

Výsledky ukazují, že nejvíce pacientů, kteří jsou ochotní změnit životní styl, je ve věkové kategorii 60 – 69,9 let (35%) a ve věkové kategorii 50 – 59,9 let (30%). Ve věkových kategoriích 70 – 70,9 let (15%) a 80 – 89,9 let (15%) se zájem snižuje a 5% pacientů ochotných změnit životní styl je ve věkové kategorii 40 – 49,9 let. Ostatní věkové kategorie v této skupině nejsou zastoupeny.

Pro vedení změny, jsou nejvíce vhodné kategorie 50 – 59,9letých a 60 – 69,9letých pacientů. Tito lidé jsou často ve velmi dobrém fyzickém a psychickém stavu a mají vůli a dostatek sil změny uskutečnit. Díky svému zdravotnímu stavu (ICHS) navštěvují zdravotnické zařízení při pravidelných kontrolách a proces vedení změn je u nich možné vést kontinuálně.

Graf č. 9 Vzájemná souvislost mezi věkem pacientů a pacienty, kteří nechtějí změnit životní styl.

n = 13



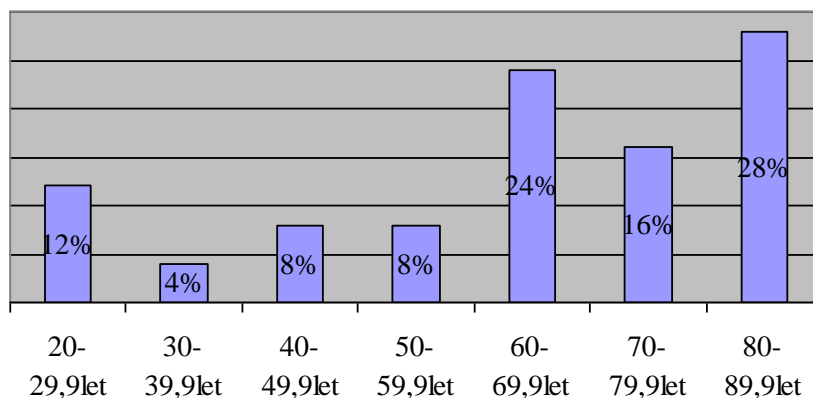
Věkové kategorie pacientů, kteří nechtějí změnit životní styl

Výsledky ukazují, že skoro polovina pacientů, kteří nechtějí změnit životní styl, je zastoupena ve věkové kategorii 70 – 79,9 let (46%) a skoro čtvrtina pacientů je ve věkové kategorii 80 – 89,9 let (23%). Věková kategorie 50 – 59,9 let je zastoupena 15% pacientů. Necelé desetiny pacientů s ICHS, kteří nechtějí změnit životní styl, jsou ve věkové kategorii 60 – 69,9 let (8%) a věkové kategorii 40 – 49,9 let (8%). Ostatní věkové kategorie v této skupině nejsou zastoupeny.

Vysoký podíl pacientů nad 70 let, kteří již nechtějí měnit životní styl, lze možná přisuzovat déle trvání jejich chronického onemocnění a zdravotnímu stavu. Zarážející jsou však tři skupiny pacientů od 40 – 49,9 let, 50 – 59,9 let a 60 – 69,9 let, kteří nechtějí změnu životního stylu a již dnes mají diagnostikované onemocnění. Tito pacienti mají velkou část života před sebou a setrvávání na dočasných zvyklostech může vést ke zhoršení jejich zdravotních potíží a potenciálně ke zkrácení délky života.

Graf č. 10 Vzájemná souvislost mezi věkem pacientů a pacienty, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu.

n = 25



Věkové kategorie pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu

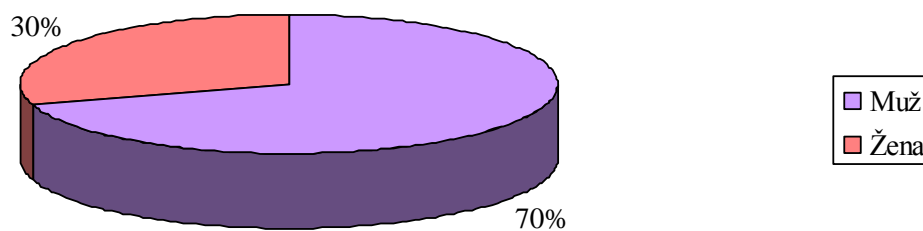
Rozložení pacientů, kteří doposud nemysleli na změnu životního stylu, spadá do všech věkových kategorií. Více než čtvrtina z nich, je zastoupena ve věkové kategorii 80 – 89,9 let (28%) a necelá čtvrtina ve věkové kategorii 60 – 69,9 let (24%). Do věkové kategorie 70 – 70,9 let patří 16% pacientů. Více než desetina pacientů je ve věkové kategorii 20 – 29,9 let (12%) a necelá desetina pacientů s ICHS jsou ve věkové kategorii 50 – 59,9 let (8%) a 40 – 49,9 let (8%). Věkovou kategorií 30 – 39,9 let zastupují 4% pacientů, což odpovídá jednomu pacientovi z celkových dvaceti pěti.

Významné pro proces vedení změn jsou čtyři kategorie pacientů ve věku od 20 do 59,9 let, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu a přitom mají zdravotní potíže ischemické choroby srdeční. Pokud by dostali dostatek kvalitních informací (graf č. 6), mohlo by dojít ke změně jejich životních postojů.

Graf č. 11 Vzájemná souvislost mezi pohlavím pacientů a pacienty ochotnými změnit životní styl.

n = 20

Pohlaví pacientů ochotných změnit životní styl



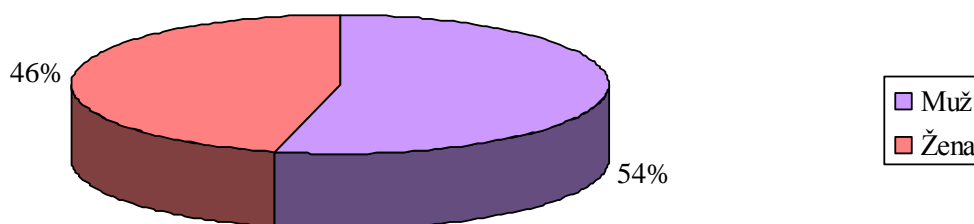
Z výsledku vyplývá, že skoro tři čtvrtiny pacientů, kteří chtějí změnit svůj životní styl, jsou muži (70%) a necelá třetina ženy (30%).

Muži jsou ochotni změnit životní styl mnohem výrazněji než ženy.

Graf č. 12 Vzájemná souvislost mezi pohlavím pacientů a pacienty, kteří nechtějí změnit životní styl.

n = 13

Pohlaví pacientů, kteří nejsou ochotni změnit životní styl



Výsledky ukazují, že více než polovina pacientů, kteří nechtějí změnit svůj životní styl, jsou muži (54%) a necelá polovina ženy (46%).

Rozdílnost v pohlaví není výrazná.

Graf č. 13 Vzájemná souvislost mezi pohlavím pacientů a pacienty, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu.

n = 25

Pohlaví pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu

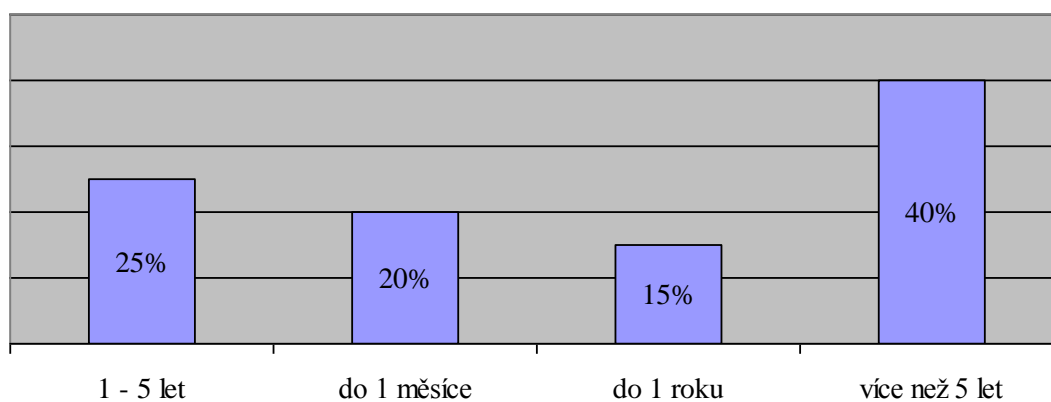


Více než polovina pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu, jsou muži (52%) a necelá polovina ženy (48%).

Rozdílnost v pohlaví není výrazná.

Graf č. 14 Vzájemná souvislost mezi pacienty ochotnými změnit životní styl a délkou trvání jejich onemocnění.

n = 20



Délka trvání onemocnění u pacientů ochotných změnit životní styl

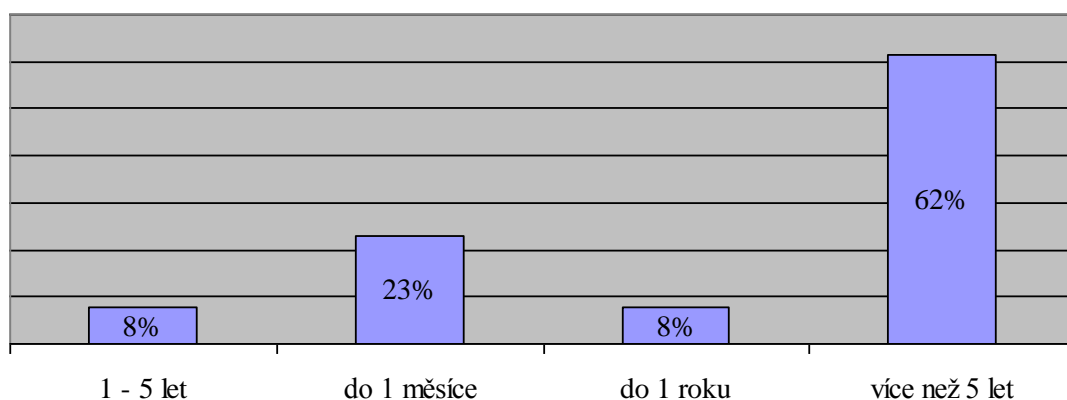
Dvě pětiny pacientů (40%), kteří mají ischemickou chorobu déle jak 5 let, jsou ochotni změnit životní styl. Interpretace těchto hodnot je velmi obtížná. Buď tito pacienti opakovaně zkoušeli změnit životní styl v minulosti a nepodařilo se jim to, nebo se jejich zdravotní styl mohl zhoršit a oni se znovu zamýšlejí nad předchozími doporučeními. Potřebná data by pravděpodobně přinesly rozhovory s těmito pacienty a zjištění nových skutečností.

Významnými skupinami pacientů z pohledu změny jsou ti, kteří chtějí změnit životní styl a délka trvání jejich onemocnění je do jednoho roku (15%) a 1 – 5 let (20%). Tito pacienti již znají své onemocnění včetně důsledků zdravotních obtíží při nedodržování doporučení a jsou ochotni změnit životní styl.

Poslední skupinou pacientů ochotných změnit životní styl jsou ti, u kterých bylo onemocnění zjištěno do 1 měsíce (20%). Bývá většinou přirozené, že pod tíhou nově zjištěného onemocnění, se jedinec snaží změnit svou životní situaci k lepšímu změnou svých postojů.

Graf č. 15 Vzájemná souvislosti mezi pacienty, kteří nechtějí změnit životní styl a délkou trvání jejich onemocnění.

n = 13



Délka trvání onemocnění u pacientů, kteří nechtějí změnit životní styl

Více než tři pětiny pacientů (62%), kteří mají ICCHS více než 5 let, nechce změnit životní styl. Může to být z důvodu stagnace onemocnění i bez vlastního úsilí něco měnit nebo jen prostá únava z nepřesvědčivých výsledků životních změn a vývoje jejich onemocnění.

Další skupina jsou pacienti, kteří nechtějí změnu a jejich onemocnění má počátek do 1 měsíce (23%). Lze se domnívat, že tyto pacienti ještě nedostali informace o vlastním onemocnění v souvislosti s jejich životním stylem.

Jsou zde však dvě skupiny pacientů, jejichž délka trvání onemocnění je do 1 roku (8%) a 1 – 5 let (8%) a přitom sami nechtějí změnu životních návyků. Jedním z důvodů může být nedostatek kvalitně poskytnutých informací, které mohou mít souvislost s grafem č. 6, kdy pacienti nechtějí změnu životních návyků, ale mají zájem o informace nebo neví, zda tyto informace chtějí znát.

Graf č. 16 Vzájemná souvislost mezi pacienty, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu a délkou trvání jejich onemocnění.

n = 25



Tato poměrně významná skupina pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu je zastoupena ve všech kategoriích podle délky trvání onemocnění.

Pacienti s ICHS, kteří se o svém onemocnění dozvěděli maximálně před 1 měsícem a nepřemýšleli o změně životního stylu, tvoří skoro třetinu (32%) odpovídajících. Je to přirozené, protože jejich hlavní zájem je zaměřen na úspěšnou léčbu a zmírnění obtíží.

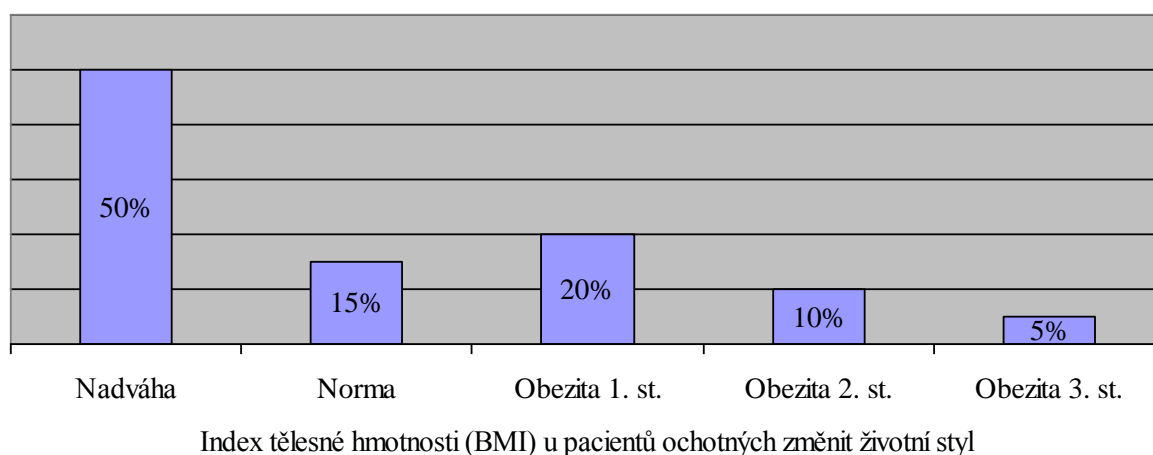
Skupina pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životních návyků a onemocnění mají déle než 5 let, tvoří více než třetinu dotazovaných (36%). Může to mít souvislost s jejich věkem, jak zobrazuje graf č. 11, kdy 28% pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životních návyků, je v kategorii 80 – 89,9 let.

Je zde poměrně velká skupina pacientů, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu a jejich onemocnění trvá 1 – 5 let (28%). Tato skupina je pro vedení změny velmi vhodnou skupinou. Jejich onemocnění totiž nemusí mít ještě příliš závažné příznaky a známky poškození organismu a změnou životních návyků se může jejich stav zlepšit nebo stabilizovat.

Poslední skupina je skupina pacientů mající onemocnění do 1 roku (4%) a po přepočtu ji tvoří pouze jeden pacient hospitalizovaný v Nemocnici Pelhřimov, který nepřemýšlel o změně životních postojů.

Graf č. 17 Vzájemná souvislost mezi pacienty ochotnými změnit životní styl a indexem jejich tělesné hmotnosti (BMI).

n = 20



Výsledky ukazují, že nejvyšší podíl pacientů s ICHS, kteří jsou ochotni změnit životní styl je ve skupině pacientů majících nadváhu (50%). Tato skupina je významná pro vedení změny, protože jejich hmotnost ještě není taková, aby ohrožovala zdraví, ale může se k tomuto stavu vést. Pokud se zdravotničtí pracovníci zaměří na tyto pacienty, mohlo by to v budoucnu vést ke zmírnění nebo stagnaci zdravotních obtíží, protože čím vyšší tělesná hmotnost tím vyšší riziko vzniku dalších onemocnění.

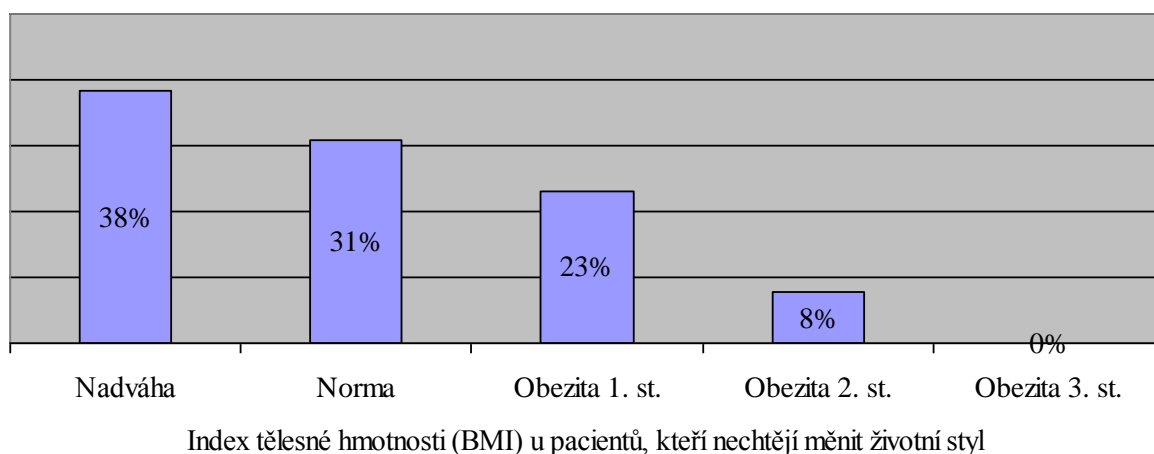
Necelou pětinu (15%) tvoří pacienti, kteří chtějí změnu životního stylu, mají ischemickou chorobu srdeční a fyziologickou hmotnost. Tato skupina by se neměla přehlížet v poskytování dalších informací, aby se později nedostala do vyšších kategorií BMI, nebo

aby neměla pocit, že jim není poskytována tak kvalitní péče jako pacientům s nadváhou a obezitou.

Pacienti obézní, tvoří více než třetinu pacientů (35%), kteří chtějí změnu životního stylu. 20% jich má obezitu 1. stupně, 10% z nich trpí obezitou 2. stupně a 5% má BMI vyšší než 40. Zajímavé by bylo u těchto pacientů další zjištění, které by odhalilo délku trvání jejich onemocnění a možnou realizaci doporučení týkajících se pohybových aktivit a změn ve složení jídelníčku.

Graf č. 18 Vzájemná souvislost mezi pacienty, kteří nechtějí změnit životní styl a indexem jejich tělesné hmotnosti (BMI).

n = 13

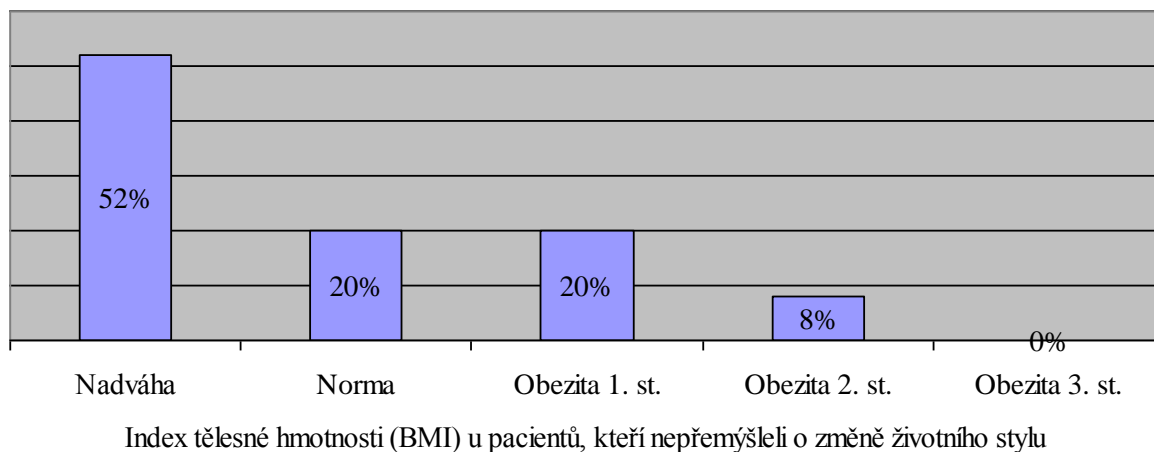


Výsledky dokládají, že skoro dvě pětiny (38%) pacientů mající nadváhu a ICHS, nechtějí změnu životního stylu. Příčinou může být nedostatek informací nebo nepřipuštění si závažnosti onemocnění ve spojitosti s jejich životním stylem. Další pacienti, kteří mají sice BMI v normě, ale již onemocněli ICHS a nechtějí změnu životního stylu, tvoří necelou třetinu pacientů (31%).

Závažné zjištění přinesly výsledky pacientů obézních, kteří mají ischemickou chorobu srdeční, a přesto nechtějí na svém způsobu života nic měnit. Skoro čtvrtina z nich (23%) má obezitu 1. stupně a necelá desetina (8%) obezitu 2. stupně. Tyto pacienty je třeba upozornit na závažnost jejich rozhodnutí a možné zdravotní následky.

Graf č. 19 Vzájemná souvislost mezi pacienty, kteří nepřemýšleli o změně životního stylu a indexem jejich tělesné hmotnosti (BMI).

n = 25



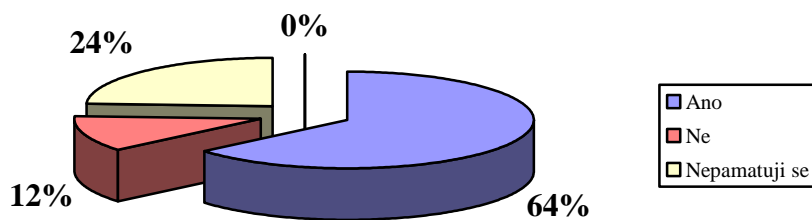
Výsledky ukazují, že více než polovina pacientů (52%) s nadváhou a ICHS, nepřemýšlela o změně životních návyků. Lze se pouze domnívat, zda jim nebyly poskytnuty dostatečné informace o vlivu nadměrné hmotnosti na základní onemocnění nebo se touto změnou sami nechtějí zabývat. Pro zdravotnický personál z toho vyplývá možnost ovlivnění těchto pacientů při změně životních zvyklostí.

Pětinu pacientů (20%), kteří nepřemýšleli o změně životního stylu, tvoří pacienti s hmotností v normě, ale s již vzniklým onemocněním. Stejný počet (20%) tvoří pacienti s obezitou 1. stupně a 8% má obezitu 2. stupně. Obézní pacienti jsou vysoce rizikovými pacienty z pohledu zdravotního stavu a jejich nezájem, neochota nebo nevědomost jim můžou přinést stavy ohrožující jejich život. Z pohledu zdravotnického zařízení mohou být i vysoce finančně nákladnými pacienty.

Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy č. 2.

Graf č. 20 Počty edukovaných pacientů během hospitalizace/í.

n = 58

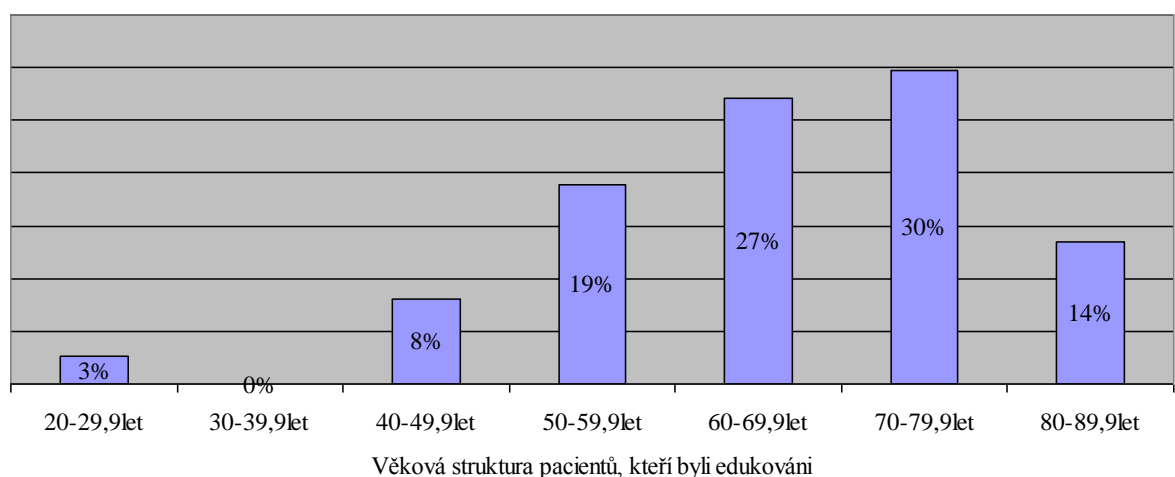


Výsledky ukazují, že většina pacientů (64%) s ICHS dostala během hospitalizace nebo během minulých hospitalizací ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Pelhřimov doporučení týkající se změn v životním stylu. Necelá čtvrtina pacientů (24%) si nepamatuje, zda doporučení dostala a 12% pacientů uvedlo, že žádná doporučení nedostala.

Z výsledků vyplývá, že v zařízení nemocnice Pelhřimov pacienti s ICHS většinou dostávají doporučení týkající se jejich životního stylu.

Graf č. 21 Věková struktura pacientů, kteří byli edukováni během hospitalizace/í.

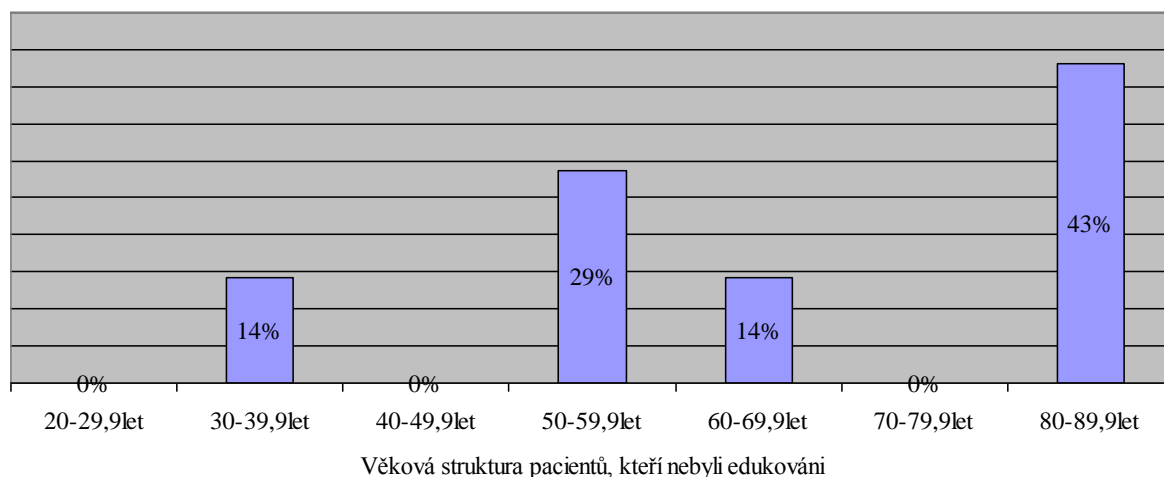
n = 37



Graf zobrazuje, že skoro třetina (30%) pacientů, kteří si pamatují, že byli edukováni, se nachází ve věkovém rozmezí 70 – 79,9 let, více než čtvrtina (27%) ve věkovém rozmezí 60 – 69,9 let a necelá pětina (19%) v rozmezí 50 – 59,9 let. Menší podíl edukovaných pacientů (14%) je v kategorii 80 – 89,9 let a minimum pacientů je v kategoriích 40 – 49,9 let (8%) a 20 – 29,9 let (3%). Ve věkové kategorii 30 – 39,9 let nebyl edukován žádný pacient.

Graf č. 22 Věková struktura hospitalizovaných pacientů, kteří nebyli edukováni během hospitalizace/í.

n = 7



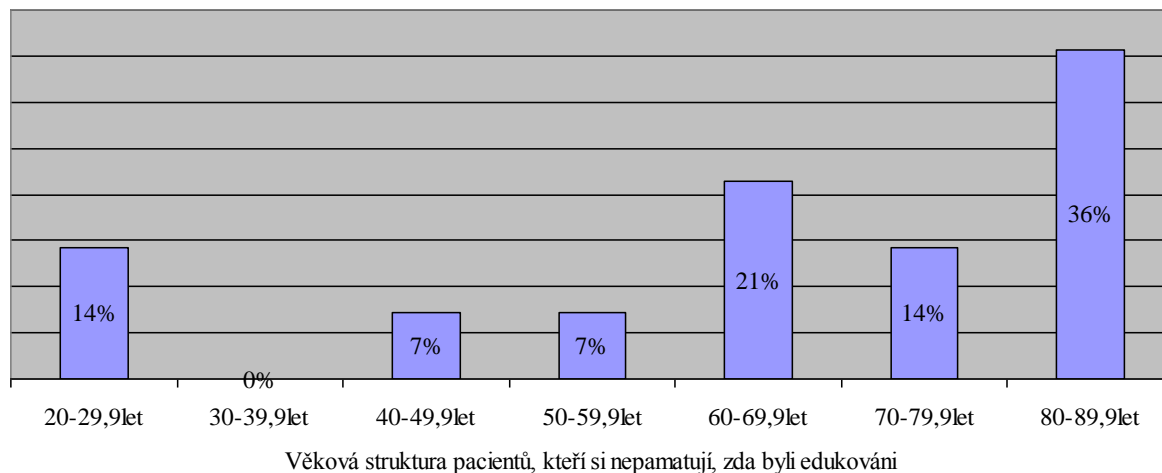
Skoro polovina (43%) pacientů, kteří nebyli edukováni jsou senioři od 80 – 89,9 let. Otázkou může být, zda tito jedinci opravdu nebyli edukováni nebo si edukaci nepamatují.

Více než čtvrtina (29%) needukovaných byla ve skupině 50 – 59,9 let, více než desetina (14%) v kategorii 60 – 69,9 let a více než desetina (14%) ve věku 30 – 39,9 let. Toto zjištění je z pohledu kvality edukací velmi negativní, protože se jedná o jedince, kteří mohou změnou svých životních postojů k životnímu stylu významně ovlivnit své zdravotní obtíže.

Věkové kategorie 20 – 29,9 let a 40 – 49,9 let nebyli mezi needukovanými zastoupeny.

Graf č. 23 Věková struktura pacientů, kteří si nepamatují, zda byli edukováni během hospitalizace/í.

n = 14



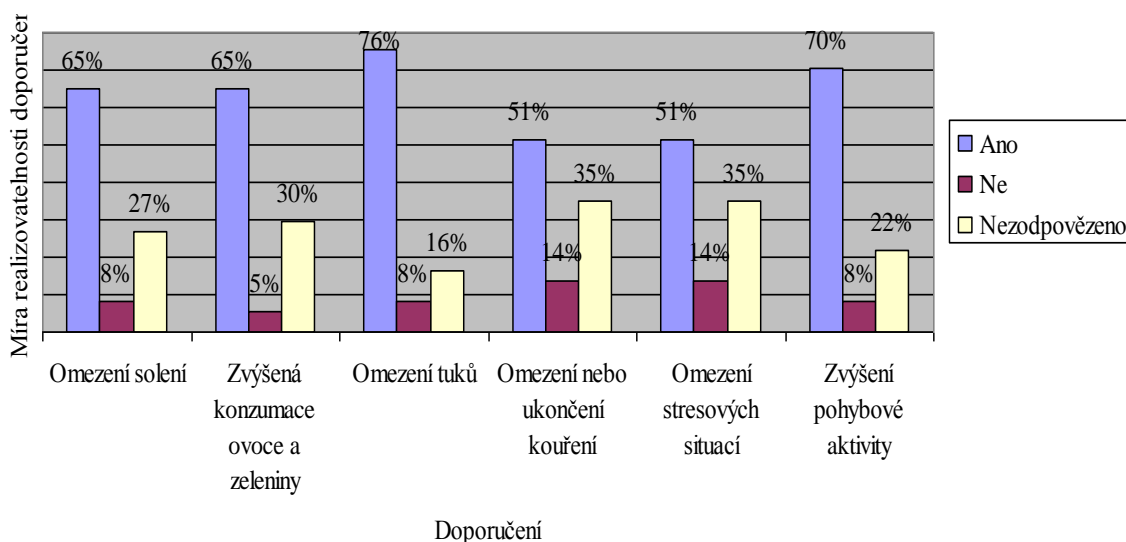
Největší počet, více než třetina (36%) pacientů, kteří si nepamatují, zda byli edukováni, je ve skupině 80 – 89,9 let. Lze to přisuzovat možnému snížení jejich kognitivních funkcí, které se věkem zhoršují. Další, relativně početnou skupinou, která může mít podobné obtíže, mohou tvořit pacienti ve věku 70 – 79,9 let (14%).

Avšak více než pětina (21%) pacientů, kteří si nepamatují, že byli edukováni je ve věkové kategorii 60 - 69,9 let, více než desetina (14%) ve věku 20 – 29,9 let a necelá desetina ve věkových kategoriích 40 – 49,9 let (7%) a 50 – 59,9 let (7%). Lze se domnívat, že tito pacienti neodpověděli, protože edukováni nebyli a obávají se reakce zdravotnického personálu, který jim toto tvrzení bude vyvracet, nebo odpovědět nechtěli, protože doporučení nedodržují a mají před zdravotnickými pracovníky obavy z kritiky.

Ve věkové kategorii 30 – 39,9 let se nevyskytl žádný pacient.

Graf č. 24 Míra možnosti realizace doporučení u edukovaných pacientů.

N = 37



Graf č. 25 znázorňuje realizovatelnost doporučení, která pacienti dostávají od zdravotnických pracovníků, z pohledu jich samotných.

Všichni edukovaní pacienti udávají, že jsou pro ně všechna doporučení z více než poloviny realizovatelná. Nejvíce jsou pro ně realizovatelná omezení konzumace tuků, a to z více než tři čtvrtin (76%) a zvýšení pohybové aktivity, a to z více než dvou třetin (70%). Vysoký podíl doporučení, která jsou pro pacienty realizovatelná, a to z necelých dvou třetin, jsou zvýšená konzumace ovoce a zeleniny (65%) a omezení solení (65%). Doporučení omezení stresových situací (51%) a omezení nebo ukončení kouření (51%) jsou pro pacienty realizovatelná z více než poloviny. Pokud by všichni pacienti, kteří realizovatelnost uvádějí jako možnou, ji dodržovali v reálném životě, jejich zdravotní stav by se mohl zlepšit.

Graf současně ukazuje, jaké je rozložení doporučení, která jsou pro pacienty nerealizovatelná. Mezi nejhůře realizovatelná doporučení patří omezení nebo ukončení kouření (14%) a omezení stresových situací (14%). Realizovatelnost omezení nebo ukončení kouření může být posuzována ze dvou pohledů. A to z pohledu nekuřáků, kteří si mohou myslet, že ukončení kouření nebo omezení kouření je velmi snadné, pokud souvisí s jejich onemocněním nebo z pohledu kuřáků, kteří s touto závislostí často bojují dlouhou dobu a nedaří se jim ji změnit. Stresové situace závisí například na povolání pacientů nebo jejich sociální situaci. Tato data však nebyla v dotazníkovém šetření sledována.

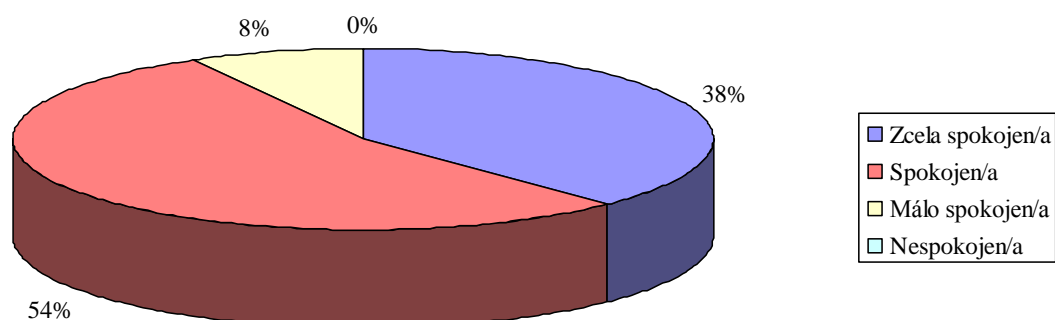
Na dalších místech nemožnosti realizace doporučení se stejným poměrem umístily zvýšení pohybové aktivity (8%), omezení tuků (8%) a omezení solení (8%).

Nejnižší procento (5%) zaujala nemožnost realizace zvýšení konzumace ovoce a zeleniny. Toto zjištění je zajímavé v době, kdy se stále diskutuje o zvyšování cen a nedostatku financí hlavně mezi nemocnými lidmi. Naproti tomu omezení solení, nemá s finanční hodnotou žádnou souvislost a je to pouze požitek pacientů, kteří se ho nechtějí dobrovolně zbavit.

Výsledky položky nezodpovězeno nelze objektivně zdůvodnit. Důvodem může být nechuť pacientů odpovídat nebo neaktuálnost otázky (nekuřák – kouření) nebo nerozhodnost pacientů, zda je opatření pro jedince skutečně realizovatelné.

Graf č. 26 Spokojenost pacientů s prostředím během edukace.

n = 37

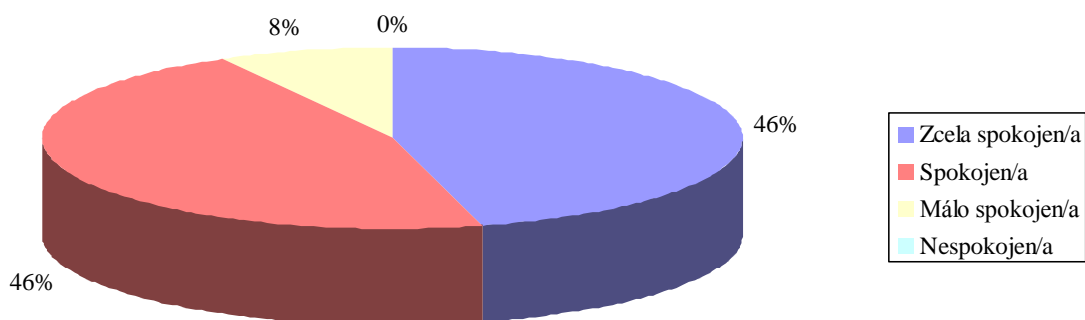


Graf ukazuje, že více než polovina pacientů (54%) byla spokojená s prostředím komunikace, více než třetina (38%) zcela spokojena a pouhá necelá desetina (8%) spokojená málo. Ani jeden pacient nebyl nespokojen.

Lze to přisuzovat skutečnosti, že výzkum byl prováděn na všech odděleních nemocnice, která byla nově zrekonstruovaná a v roce 2011 uvedena do provozu.

Graf č. 27 Spokojenost pacientů s dobou komunikace během edukace.

n = 37

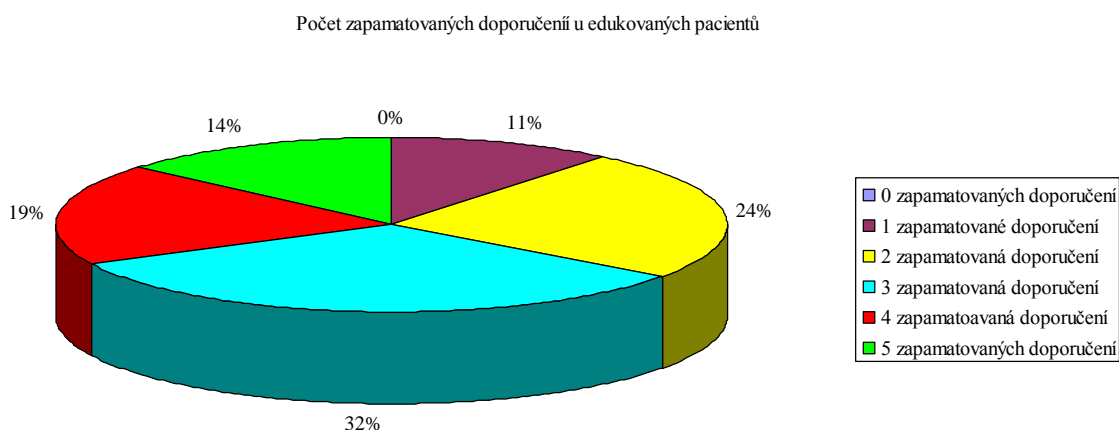


Graf dokládá, že necelá polovina pacientů (46%) byla spokojená s prostředím komunikace, necelá polovina (46%) byla zcela spokojena a pouhá necelá desetina (8%) spokojená málo. Ani jeden pacient nebyl nespokojen. Myslím si, že výsledky dokládají kvalitu vedení rozhovorů zdravotnických pracovníků s pacienty.

Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy č. 3.

Graf č. 28 Počty zapamatovaných doporučení pacienty.

n = 37



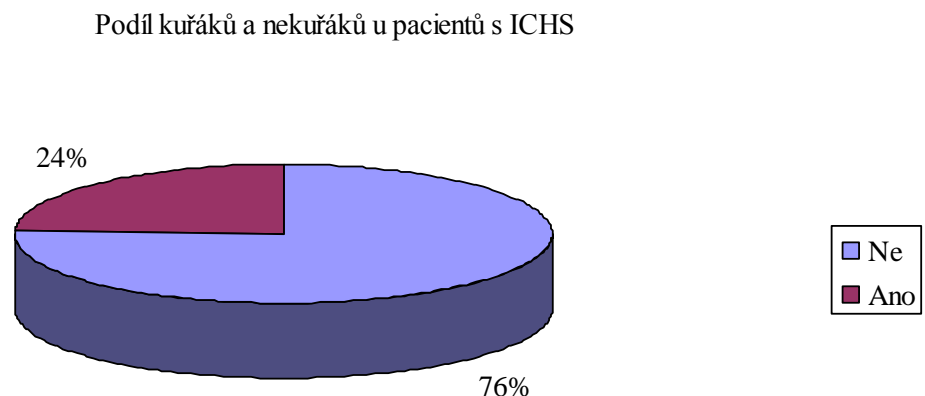
Graf zobrazuje počty zapamatovaných doporučení jednotlivými edukovanými pacienty.

Jedno doporučení si zapamatovala více než desetina (11%) pacientů, dvě doporučení necelá čtvrtina (24%) pacientů, tři doporučení třetina (32%) pacientů, čtyři doporučení necelá pětina (19%) pacientů a pět doporučení si zapamatovalo 14% pacientů. Ve výsledcích se nevyskytl ani jeden edukovaný pacient, který by si nezapamatoval žádné doporučení. Většina pacientů (89%) si zapamatovala dvě a více poskytovaných doporučení. Vliv na tento kladný výsledek může mít prostředí a délka trvání edukace, s kterými jsou pacienti spokojeni a dokládají to grafy č. 27 a č. 28.

Grafické znázornění a interpretace výsledků hypotézy č. 4.

Graf č. 29 Podíl kuřáků a nekuřáků u pacientů s ICHS.

n = 58

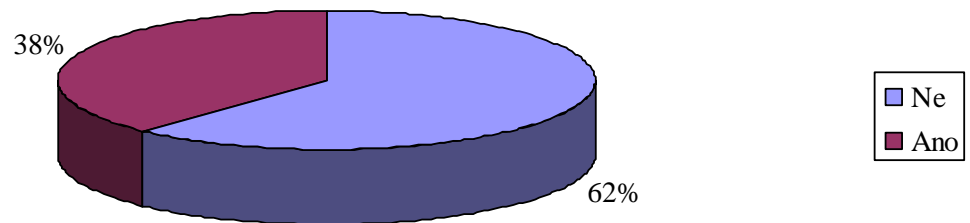


Ve skupině pacientů s ischemickou chorobou srdeční uvedlo více než tři čtvrtiny hospitalizovaných pacientů, že jsou nekuřáci (76%). Necelá čtvrtina jsou kuřáci (24%). Výsledky ukazují možnou změnu postojů lidí k vlastnímu zdraví po proděláním onemocnění. Bohužel, je zde poměrně vysoké procento kuřáků, kteří o svém onemocnění vědí a přesto nejsou schopni omezit nebo ukončit jeden z velmi vysokých rizikových faktorů.

Graf č. 30 Podíl kuřáků a nekuřáků u pacientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení.

n = 50

Podíl kuřáků a nekuřáků u pacientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení

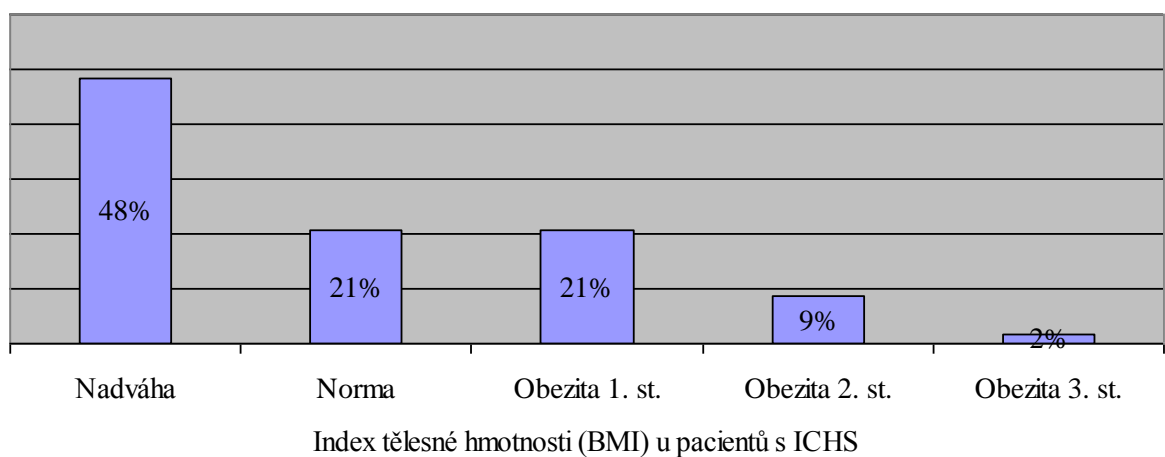


Ve skupině pacientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení s diagnózami pohybového systému byly více než tři pětiny v kategorii nekuřáků (62%) a skoro dvě pětiny (38%) kuřáků.

V porovnání obou skupin dopadli lépe pacienti s ICHS oproti ortopedickým pacientům. Je možné se domnívat, že pacienti s ICHS byli již v minulosti edukováni a výsledky edukací a zdravotních obtíží změnili jejich přístup ke kouření.

Graf č. 31 Index tělesné hmotnosti u pacientů s ICHS

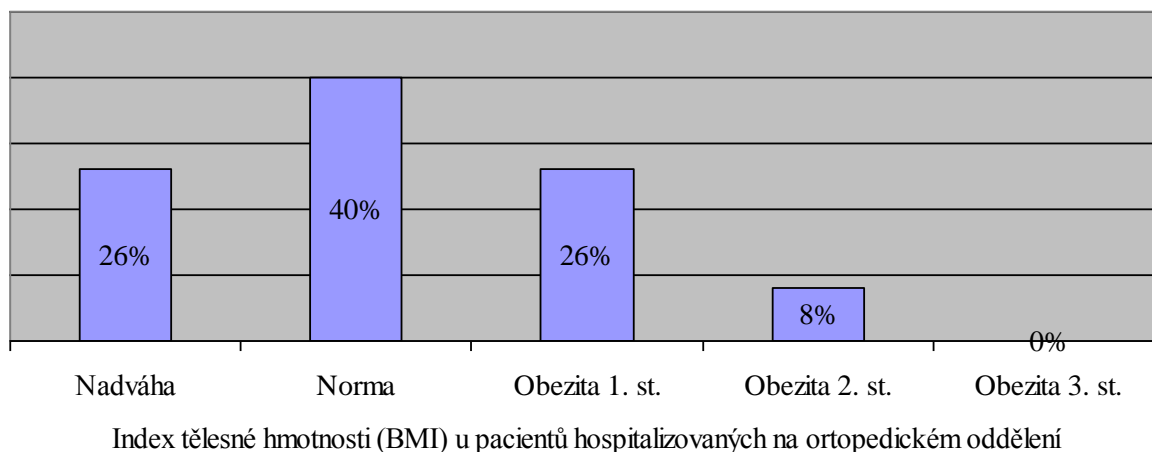
n = 58



Výsledky ukazují, že pouhá pětina (21%) pacientů s ischemickou chorobou srdeční má hmotnost ve fyziologickém rozmezí. Skoro polovina (48%) pacientů trpí nadváhou, více než pětina (21%) pacientů obezitou 1. stupně, skoro desetina (9%) pacientů obezitou 2. stupně a 2%, což představuje jeden pacient, má dokonce obezitu 3. stupně. V souhrnu to znamená, že 79% pacientů s ICHS nemají hmotnost v normě a současně 22% z nich nechce změnit životní styl a 43% procent o tom nepřemýšlelo (Graf č. 3). Přitom 64% z nich udává, že informace od zdravotnického personálu dostali (Graf č. 21). Otázkou zůstává, zda se jedná o nevhodné informace ze strany zdravotnického personálu, které se týkají nemožnosti některých pohybových aktivit pacientů s ICHS, nebo neochotou pacientů cokoliv změnit.

Graf č. 32 Index tělesné hmotnosti u pacientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení.

n = 50



Výsledky indexu tělesné hmotnosti pacientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení ukazují, že dvě pětiny (40%) pacientů mají hmotnost ve fyziologickém rozmezí, více než čtvrtina (26%) z nich trpí nadváhou, více než čtvrtina (26%) obezitou 1. stupně a necelá desetina (8%) pacientů obezitou 2. stupně. Žádný pacient nebyl obézní ve 3. stupni. Výsledky by bylo možné interpretovat po dodatečném šetření, při kterém by proměnnými byly např. věková struktura, přidružená onemocnění nebo možnosti pohybových aktivit. Je zde však vidět významný rozdíl u pacientů s ICHS trpících nadváhou. Ortopedických pacientů je v této skupině o polovinu méně (graf č. 32).

3.5. Doporučení vedoucí ke změně kvality podpory zdraví ve zdravotnickém zařízení

Výsledky dotazníkového šetření a analýza řízené dokumentace přinesly některá zjištění, která jsou vhodná změnit v systému zdravotní péče v oblasti podpory zdraví v Nemocnici Pelhřimov. Jedná se o čtyři oblasti. Tři z nich mají souvislost s hospitalizační péčí a jedna s ambulantní péčí.

Doporučení vedoucí ke změně formulují tak, že nejdříve popisují současný stav v organizaci a souvislost s platnou legislativou a následně uvádím u každé oblasti konkrétní doporučení změn.

Oblasti v kontinuitě zdravotní péče:

1. Vstupní data při přijetí - úprava a doplnění dat získaných během vstupní anamnézy prováděné zdravotnickými pracovníky
2. Data v průběhu hospitalizace - zpracování a realizace dat získaných ze vstupní anamnézy během pobytu ve zdravotnickém zařízení
3. Období propuštění - určení postupů předání informací týkajících se podpory zdraví v době propuštění z hospitalizační péče
4. Následná péče - nastavení kontinuity procesu změn v životních zvyklostech pacientů po opuštění nemocničního zařízení do ambulantní péče

Nad rámec jednotlivých opatření musí dojít ke změnám v organizaci nemocnice.

- 1) Úprava a doplnění dat získaných během vstupní anamnézy prováděné zdravotnickými pracovníky

Současný stav:

Při každém příjmu pacienta do zdravotnického zařízení je odebrána lékařem vstupní anamnéza, včetně měření základních fyziologických funkcí. Podrobný rozsah však není přesně určen, a proto často závisí na zdravotnickém zařízení, jak jej nastaví. Vyhláška stanoví pouze nutnost „vedení dokumentace o anamnestických údajích potřebných pro poskytování zdravotních služeb“(64). Mezi základní anamnestická data Nemocnice Pelhřimov patří rodinná, osobní, farmakologická a alergická anamnéza, popis nynějšího

onemocnění, výška, váha, krevní tlak a puls (60) Údaje týkající se rizikových faktorů jsou součástí osobní anamnézy a jsou nazývány různě např. abúzus, nežádoucí návyky, závislosti apod. Jejich obsah není přesně specifikován. Údaje týkající se pohybových aktivit jsou dostupné pouze u některých pacientů v souvislosti s jejich základním onemocněním (např. angína pectoris – dušnost po x metrech, ruptura menisku – během fotbalového utkání, atd.). Do 24 hodin od příjmu pacienta k hospitalizaci provádí nelékařští zdravotničtí pracovníci vstupní rozhovory s pacienty a získaná data zaznamenávají do tzv. vstupní anamnézy. K získaným informacím patří i data týkající se životosprávy, která se zaznamenávají do formuláře Základního nutričního screeningu, jehož výsledky ukazují míru rizika malnutrice (61).

Doporučení zápisu dalších povinných údajů osobní anamnézy:

Kouření se zaměřením na – frekvenci (denně, příležitostně, výjimečně)

- množství (počet cigaret)
- druh (cigarety, doutníky,..)
- pokud pacient nekouří, zapsat „nekuřák“

Konzumace alkoholu – frekvence (denně, 1x týdně, 1x za měsíc,...)

- druh (pivo, víno, destiláty,..)
- množství a koncentrace (2dcl, 1 láhev 0,5l 12°piva, 2 drinky,...)
- pokud pacient nepije, zapsat „abstinent“

Stravovací návyky zaměřené na – pravidelnost stravy

- obsah jídelníčku (se zaměřením na obsah cukrů, tuků, ovoce a zeleniny)
- množství tekutin za 24 hodin

Pohybové aktivity se zaměřením na – frekvenci (každý den, 2x - 4x týdně,...)

- rozsah (např. 20 minut, 2 km,)
- druh (sport, jízda na kole, rychlejší chůze)

2) Zpracování a realizace dat získaných ze vstupní anamnézy během pobytu ve zdravotnickém zařízení

Současný stav:

Od února 2012 nově funguje v nemocnici 1x týdně ambulance léčby závislosti na tabáku. Zaměstnanci o jejím vzniku byli informováni pomocí intranetové sítě, ordinační doba a možnost objednání jsou na webových stránkách nemocnice.

Nemocnice má vlastní kuchyň, která připravuje stravu pro všechny hospitalizované pacienty i zaměstnance. Výběr pro pacienty je ze 43 druhů dietních jídel. Dieta je součástí ordinace lékaře. Každého pacienta, u kterého je zjištěno podezření na malnutrici nebo je již v ohrožení malnutrice, navštíví dietní sestra, která s ním konzultuje jeho dietní zvyklosti, doporučuje mu postup nutriční péče a vše zaznamená na zadní stranu formuláře. Údaje z nutričního screeningu se po 14 dnech hospitalizace aktualizují. Součástí screeningu je i pravidelné vážení pacientů, které je zaznamenáváno do zdravotnické dokumentace. Konzumace alkoholu pacientů není v řízené dokumentaci popisována a lékaři ji řeší ústními doporučeními. Pohybové aktivity nejsou vyhodnocovány.

Intervence během hospitalizace:

Oblast kouření – pacient každodenní kuřák

Intervence:

- ✚ rozhovor o ochotě a zájmu pacienta přestat kouřit nebo omezit kouření
- ✚ doporučení možnosti pomoci v odborné ambulanci Léčby závislosti na tabáku případně objednání pacienta do této ambulance
- ✚ osobní příklad zdravotnických pracovníků

Oblast každodenní konzumace alkoholu v množství:

- ženy: více než 2 piva 12° nebo 4 dcl vína nebo 3 velké panáky destilátů / 1 den
- muži: více než 3 piva 12° nebo 6 dcl vína nebo 5 velkých panáků destilátů / 1 den

Intervence:

- ✚ rozhovor o riziku a závislosti na alkoholických nápojích a jejich vliv na vznik nových nebo zhoršení stávajícího onemocnění
- ✚ dostupnost letáku pro výpočet rizikové konzumace alkoholu (Příloha č. 6)
- ✚ nabídka objednání do ambulance pro léčbu závislostí

Oblast stravovacích návyků v souvislosti s nadváhou a obezitou (= přepočítaný BMI 25 a více):

- stravování ve frekvenci méně než 3x denně
- absence konzumace ovoce a zeleniny, absence používání rostlinných tuků, nadměrné solení
- příjem méně než 1 litru tekutin denně
- úbytek nebo přírůstek hmotnosti za poslední 3 měsíce o více nebo méně než 10 kg

Intervence:

- ✚ kontrola pacientů zdravotnickými pracovníky, zda dodržují dietní opatření, která byla doporučena dietními sestrami
- ✚ kontrola vnesených potravin od příbuzných pacientů
- ✚ doporučení návštěvy lipidové event. nutriční ambulance nebo ambulance kostního metabolismu

Edukace pacientů:

- Konzumace vyvážené pestré stravy založené více na potravinách rostlinného původu
- Konzumace různých druhů ovoce a zeleniny, alespoň 400g denně
- Kontrola příjmu tuků, snížení spotřeby potravin s jejich vysokým obsahem (např. uzenin, tučných sýrů, čokolád, chipsů). Upřednostnění rostlinných olejů před živočišnými tuky.
- Konzumace celozrnného pečiva
- Náhrada masných výrobků rybami, luštěninami a drůbeží

- Omezování příjmu kuchyňské soli. Celkový denní příjem soli nemá být vyšší než 5g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem.
- Preference potravin s nízkým obsahem cukru, omezení sladkostí.
- Pitný režim upřednostňující nesladké ochucené nápoje

Oblast pohybových aktivit ve frekvenci méně než 3x týdně 15 – 20 minut s ohledem na základní onemocnění

Intervence:

- + doporučení pohybových aktivit v závislosti na základním onemocnění

Edukace pacientů:

- Aktivity mírné intenzity:
 - Práce - běžný úklid, drobná řemesla, běžné domácí práce, nákup, práce na zahradě aj.
 - Zábava a sport – rychlá chůze, mírné plavání, jízda na kole (do 10 km / hod), rekreační míčové hry, golf, kuželky, aj.
- Aktivity vyšší intenzity:
 - Práce – přenášení břemen, práce s lopatou, těžší domácí práce aj.
 - Zábava a sport – běh, jízda na kole (nad 15 km / hod), tenis, běh na lyžích, tanec, aj.
- Při určování postupu tělesného zatížení pohybem je nutno dodržovat tyto zásady:
 - Postupné zvyšování zátěže. Začíná se od mírných pohybových aktivit.
 - Mírné aktivity by měly trvat denně alespoň 30 minut. Doba nemusí být souvislá, je ale nutné, aby jednotlivé úseky trvaly alespoň 10 minut.
 - Aktivity vyšší intenzity provádět 3 – 5x v týdnu v trvání 30 – 45 minut.
 - Pravidelnost a dlouhodobost. Výsledek není možno očekávat dříve než 1 měsíc po začátku systematického tréninku.

- Typ pohybové aktivity. Každý by si měl vybrat formu pohybu, která mu přináší radost a uspokojení.
- Intenzita zátěže. Je důležité, aby cvičící znali signály nadměrné zátěže.
- Bezpečnost. S každou zátěží je nutno okamžitě přestat při akutních příznacích přetížení (bolest na prsou, bolest v pažích, bolest v zádech, dušnost, hukot v uších, závrať, nevolnost od žaludku, nepravidelnost srdečního tepu, značná bolest ve svalech).

3) Doporučení postupů předání informací týkajících se podpory zdraví v době propuštění z hospitalizační péče

Současný stav:

Při každém odchodu ze zdravotnického zařízení je veden rozhovor mezi lékařem a pacientem. Součástí rozhovoru jsou doporučení k dalšímu léčebnému režimu, dietním opatřením, kontrolní návštěvě u obvodního lékaře nebo v odborné ambulanci. Pacient většinou dostává předběžnou propouštěcí zprávu, ve které jsou uvedeny doporučení týkající se další návštěvy v ambulantním sektoru a speciální omezení (např. nezatěžovat končetinu, chůze pouze o berlích, používat kýlní pás,...). Do dokumentace se nezaznamenává edukace, kterou pacient dostal ohledně rizikových faktorů, změny životních návyků nebo pohybových aktivit. Řízená dokumentace v organizaci specifikuje obsah překladové zprávy, ale nepožaduje zápisy o edukaci nebo doporučeních v souvislosti s rizikovými faktory pacientů.

Intervence při propuštění:

Během propouštěcího rozhovoru mezi pacientem a ošetřujícím lékařem budou vyhodnoceny realizované a navržené intervence během hospitalizace týkající se podpory zdraví a rizikových faktorů u pacientů. Lékař provede záznam do propouštěcí zprávy lékaře primární péče nebo lékaře specializované ambulance a navrhne další postup vedení změny.

4) Nastavení kontinuity procesu změn v životních zvyklostech pacientů po propuštění z nemocničního zařízení do ambulantní péče

Současný stav:

V současné době jsou formalizovány řízenou dokumentací požadavky na obsah vstupní anamnézy v odborných specializovaných ambulancích Nemocnice Pelhřimov. Nejsou zde však požadována kontrolní měření hmotnosti a výšky ani rizikové faktory jako je kouření, alkohol, pohybové aktivity nebo stravovací návyky pacientů. Záznamy z kontrolních vyšetření obsahují léčebné postupy, intervence a termíny dalších kontrol. Je zde absence doporučení podpory zdraví.

Intervence a vedení procesu změny u obvodních lékařů není možné z pohledu zaměstnance Nemocnice Pelhřimov požadovat, pouze doporučovat podle propouštěcí zprávy.

Intervence během kontrol ve specializovaných ambulancích Nemocnice Pelhřimov u pacientů propuštěných z hospitalizační péče

Doporučení musí vycházet z návrhu postupu procesu změny při propuštění z hospitalizační péče (obsah propouštěcí zprávy).

V oblasti kouření se lékař dotazem informuje o novinkách v kouření – počet cigaret denně, při omezení nebo ukončení kouření na zdravotní potíže nebo pocity z vnímání změny. Dokumentace bude obsahovat zápis o každodenním množství vykouřených cigaret.

V oblasti konzumace alkoholu o změnách v jeho konzumaci ve smyslu zvýšení či snížení. Bude proveden o změnách zápis.

Oblast stravovacích návyků bude vycházet z doporučení překládové zprávy. Po dohodě s pacientem lékař navrhne další léčebný plán stravovacích zvyklostí. U pacientů majících nadváhu nebo obézních, bude provedeno kontrolní měření a vážení se zápisem v dokumentaci.

Oblast pohybových aktivit bude vycházet z doporučení překládové zprávy a zdravotního stavu pacienta. Návrh nových opatření lékař zaznamená do dokumentace.

Doporučení pro management organizace v oblasti podpory zdraví pacientů:

Tvorba a vydání dokumentu pro oblast podpory zdraví pro Nemocnici Pelhřimov.

Vyhlášení nekuřácké nemocnice (= zákaz kouření ve vnějších i vnitřních prostorech pro všechny pacienty i zaměstnance).

Aktualizace řízené dokumentace zahrnující oblasti podpory zdraví a prevence nemocí.

Distribuce letáků do ambulancí Nemocnice Pelhřimov a do ambulancí privátních lékařů, upozorňující na existenci ambulance pro léčbu závislosti na tabáku, včetně ordinační doby a možnosti objednání.

Upoutávky na provoz ambulance pro Léčbu závislosti na tabáku v regionálním tisku a regionálním TV vysílání.

Distribuce brožur na denní místnosti oddělení a do ambulancí Nemocnice Pelhřimov věnované podpoře zdraví – Cesty k vašemu zdraví, Pohyb a relaxace, Výživový stav populace a nutriční rizika, Životospráva při osteoporóze (zdarma distribuuje Státní zdravotní ústav Praha).

Distribuce letáků na denní místnosti oddělení a do ambulancí Nemocnice Pelhřimov věnované podpoře zdraví – Znáte svůj krevní tlak?, Úspěšné stárnutí a aktivní stáří, Desatero rad zdravého stárnutí, Pohybová aktivita a rekondiční cvičení ve vyšším věku, Problémy s nadváhou u dětí a dospívajících, Příznaky a léčba srdečních arytmií, Několik slov o cukrovce (zdarma distribuuje Státní zdravotní ústav Praha).

Distribuce plakátů na denní místnosti oddělení a do ambulancí Nemocnice Pelhřimov věnované podpoře zdraví – Jak alkohol ovlivňuje naše zdraví, Stres na pracovišti (zdarma distribuuje Státní zdravotní ústav Praha).

4. Závěr

Smyslem a cílem předkládané diplomové práce bylo terminologické vymezení pojmu podpory zdraví jako celku i jako součásti programu řízení kvality léčebné péče v Nemocnici Pelhřimov.

Předpokladem pro řízení procesů kvality péče v oblasti podpory zdraví je znalost nejčastějších nepřenosných onemocnění a rizikových faktorů, které je ovlivňují. Ve své práci jsem si proto vybrala skupinu kardiovaskulárních onemocnění, konkrétně pacienty hospitalizované s ischemickou chorobou srdeční v Nemocnici Pelhřimov, a snažila se zjistit, do jaké míry jsou tyto chronicky nemocní pacienti ochotni měnit svůj životní styl, jak je informuje zdravotnický personál a jak těm motivovaným může pomoci zdravotnické zařízení. Tuto praktickou část jsem ještě rozšířila o srovnání rizikových faktorů dvou skupin hospitalizovaných pacientů, a to pacientů s ischemickou chorobou srdeční a pacientů přijatých na ortopedické oddělení k operačnímu výkonu.

Hlavním zjištěním práce byla skutečnost, že pacienti s ischemickou chorobou srdeční hospitalizovaní v Nemocnici Pelhřimov jsou ochotni změnit svůj životní styl a mají zájem o informace od lékařů. Výsledky šetření však ukázaly na poměrně velkou skupinu pacientů, kteří nepřemýšleli o možnosti změn ve svých životních návycích, a přitom mají zájem o informace při propuštění nebo nejsou rozhodnutí, zda tyto informace chtějí získat. Pro zdravotnické pracovníky se tím vytváří prostor oslovit skupinu pacientů, která o změně životního stylu zatím nepřemýšlela a přesto chce být informována nebo ještě neví, zda o informace mají zájem. Při hledání souvislostí, které by mohly pomoci zdravotnickým pracovníkům ke snadnějšímu určení těchto pacientů, jsem identifikovala velkou skupinu klientů s nadváhou a obezitou a pacienty, jejichž trvání onemocnění je do jednoho roku. Výsledky zároveň ukázali, že tak jako v evropském měřítku, tak i v Nemocnici Pelhřimov trpí více než polovina sledovaných pacientů nadváhou nebo obezitou.

Další šetření zjišťovalo úroveň edukace pacientů zdravotnickými pracovníky v Nemocnici Pelhřimov. Množství a kvalita poskytnutých informací se ukázaly na velmi dobré úrovni. Většina pacientů byla edukována a pamatovala si dvě a více doporučení, které pro ně byly realizovatelné. Tento výstup považuji za velmi důležitý, protože pokud by edukace probíhala a pro pacienty nebyla realizovatelná, měla by velmi malý význam.

Zpětnou vazbou pro management organizace je výborné hodnocení úrovně prostředí a množství času, které zdravotnický personál pacientům věnoval.

Porovnání některých rizikových faktorů mezi pacienty s ischemickou chorobou srdeční a pacienty ortopedického oddělení potvrdilo můj předpoklad, že pacienti s ischemickou chorobou srdeční jsou více nekuřáci než ortopedičtí pacienti, ale nemají hmotnost ve fyziologickém rozmezí. Na výsledcích dat nekuřáků s ICHS se pravděpodobně projevil výsledek předchozích edukací a to je hlavní důvod, proč edukace u pacientů provádět. Výsledné vyšší procento pacientů s nadváhou ve skupině pacientů s ischemickou chorobou srdeční lze spojit s jejich omezenou možností některých pohybových aktivit z důvodů základního onemocnění. Pro zdravotnické pracovníky je tato skupina pacientů výzvou k úpravě rozsahu doporučovaných pohybových aktivit a stravovacích návyků. Během analýzy dokumentace pacientů z ortopedického oddělení jsem identifikovala některá zjištění, která mě přivedla k návrhu doporučení zlepšující proces řízení kvality podpory zdraví v Nemocnici Pelhřimov.

Praktická část sice zmapovala stav u pacientů hospitalizovaných v Nemocnici Pelhřimov, ale dle mého názoru se výsledky dají přenést na hospitalizované pacienty všech menších zdravotnických zařízení, včetně doporučení. Množství dat, které jsem od pacientů získala, přesahuje rozsah mé diplomové práce a pokud by byl zájem, ráda je poskytnu k doplnění dalšího šetření.

Závěrem lze říci, že zdravotničtí pracovníci mají velkou důvěru pacientů a ovlivňují a mění svým působením jejich životní postoje a návyky. Záleží jen na nich, jak této důvěře využijí.

Seznam použité literatury:

Monografie:

1. Exner L., Raiter T., Stejskalová D.: *Strategický marketing zdravotnických zařízení*, Praha, Professional publishing, 2005, ISBN 80-86419-73-8
2. Gladkij I. a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*, Brno, Computer Press, 2003, ISBN 80-7226-996-8
3. Gladkij I.: *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2000, ISBN 80-244-0176-2
4. Gladkij I., Heger L., Strnad L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, ISBN 80-7013-272-8
5. Ivanová K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, str. 30 – 31, ISBN 80-7013-442-9
6. Janečková H., Hnilicová H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Praha, Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-592-9
7. Kebza V.: *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha, Akademia, 2005
8. Kotter J. P.: *Vedení procesu změny. Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*, Praha, Management Press, 2004, ISBN 80-7261-015-5
9. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR: *Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha, 2009, ISBN – 978-80-254-3776-6
10. Madar J. a kolektiv: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*, Praha, Grada, 2004, ISBN 80-247-0585-0
11. Pešek J.: *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*, Praha, Grada, 2003, ISBN 80-247-0551-6

Internetové zdroje:

12. Cífková R a spol.: *Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností*. Převzato z Supplementum Cor Vasa 2005;47(9):3–14. [Online]. [Citace z 2. 3. 2012].
http://www.athero.cz/user_data/zpravodajstvi/obrazky/File/prevence-kvo.pdf

13. Česká společnost pro aterosklerózu. [Online]. *Výpočet rizika. Tabulky rizika podle projektu SCORE*. [Citace 15. 5. 2012]. <http://www.athero.cz/cze/odkazy-a-zdroje/vypocet-rizika.php?page=tabulky-rizika-podle-projektu-SCORE>
14. Česká televize. [Online]. *Závislosti. Závislost na alkoholu*. [Citace 22. 2. 2012]. <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10266574720-zavislosti/210572231070007-zavislost-na-alkoholu/>
15. Eurovise. [Online]. *WHO studie*. [Citace 15. 2. 2012]. <http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=epidem&node=node151>
16. Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou. [Online]. *Novinky v ošetrovatelské péči*. [Citace 20. 2. 2012]. http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf
17. Habitat [Online]. *What is Health?* [Citace 16. 2. 2012]. http://www.habitatcorp.com/what_is_hia/what_is_health.html
18. Heger L.: [Online]. *Zákon nově vymezí postupy v hodnocení kvality zdravotní péče*. [Citace 10. 3. 2012]. <http://www.top09.cz/regiony/kralovehradecky-kraj/heger-zakon-nove-vymezi-postupy-v-hodnoceni-kvality-zdravotni-pece-6511.html>
19. Hodnocení nemocnic. [Online]. *Kvalita očima pacientů*. [Citace 30. 1. 2012]. <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb.php>
20. Ikvalita. [Online]. *Histogramy*. [Citace 1. 3. 2012]. <http://www.ikvalita.cz/tools.php?ID=24>
21. Kernová V.: *Co je podpora a ochrana zdraví. Zásadní dokumenty WHO, EU, MZ v oblasti podpory zdraví*. [Online]. [Citace 15. 1. 2012]. http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf
22. Kernová V.: *Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [Online]. [Citace 15. 2. 2012]. <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>
23. Kříž J.: *Podpora zdraví – vývoj a perspektivy*. [Online]. [Citace 10. 2. 2012]. http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpinfo/citarna/tema_tydne/ppz_vap08.eins.html
24. Management jakosti. [Online]. *Systém řízení kvality podle norem ISO 9000*. [Citace 10. 3. 2012]. <http://management.jakosti.cz/rizeni-kvality/>
25. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [Online]. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*. [Citace 12. 2. 2012]. www.mpsv.cz/cs/5045
26. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]. *Ministerstvo zdravotnictví rozjíždí seminář zaměřený na výzkum a implementaci podpory zdraví* [Citace 15. 2. 2012]. http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-rozjizdi-seminar-zamereny-na-vyzkum-a-implementaci-podpory-zdravi_5396_2160_1.html

27. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]. *Nemocnice podporující zdraví – Program WHO*. [Citace 22. 2. 2012]. http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/nemocnice-podporujici-zdravi-program-who_1863_15.html
28. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]. *Politika veřejného zdraví v EU*. [Citace 20. 2. 2012]. http://mzcr.cz/Unie/obsah/politika-verejneho-zdravi-v-eu_1989_8.html
29. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]. *Zdraví pro všechny v 21. století*. [Citace 15. 2. 2012]. http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html
30. Národní síť Zdravých měst ČR. [Online]. *Udržitelnost měst je možné změřit. Čtyři česká města si to vyzkoušela v praxi*. [Citace 28. 2. 2012]. http://dataplan.info/img_upload/f5416b362b7c89b68743d3448693cc90/111206_tznszm_konference_2011_1.doc
31. Nemocnice na Homolce. [Online]. *Kvalita a bezpečnost*. [Citace 23. 2. 2012]. <http://www.homolka.cz/cs-CZ/kvalita-a-bezpecnost.html>
32. Nemocnice ve Frýdku - Místku. [Online]. *Dlouhodobá vize Nemocnice ve Frýdku Místku*. [Citace 3. 2. 2012]. <http://www.nemfm.cz/verejnosti.php?page=Verejnosti-dlouhodobavize>
33. Odvykání-kouření.cz. [Online]. *Kouření v číslech*. [Citace 15. 2. 2012]. <http://www.odvykani-koureni.cz/koureni-v-cislech>
34. Odvykání-kouření.cz. [Online]. *Legislativa. Evropská unie a kouření*. [Citace 15. 2. 2012]. <http://www.odvykani-koureni.cz/legislativa>
35. Pravda o drogách. [Online]. *Mezinárodní statistiky*. [Citace 22. 2. 2012]. <http://www.drogy.cz/alkohol/kap-mezinarodni-statistiky.html>
36. Sedláčková H.: *2. akční program společenství (EU) v oblasti zdraví (2008 – 2013)*. [Online]. [Citace 11. 2. 2012]. http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/konference/2010/Podpora_zdravi_8dec10/Sedlackova.pdf
37. Sovová E.: *Akreditace nebo certifikace nebo EFQM model?* [Online]. [Citace 25. 2. 2012]. http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2003/akreditace.html
38. Spojená akreditační komise. [Online]. *Spojená akreditační komise, o. p. s.* [Citace 20. 2. 2012]. <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
39. Státní zdravotní ústav. [Online]. *Škola podporující zdraví*. [Citace 20. 1. 2012]. <http://www.program-spz.cz/co-je-program-skola-podporujici-zdravi>
40. Světová zdravotnická organizace. [Online]. *Základní informace*. [Citace 15. 2. 2012]. <http://www.who.cz/zaklinf.htm>
41. SystemOnLine. [Online]. *Demingův cyklus PDCA a norma ISO/IEC 2000-1:2011*. [Citace 20. 3. 2012]. <http://www.systemonline.cz/clanky/deminguv-cyklus-pdca.htm>

42. Šteflová A.: *Socio-ekonomické determinanty zdraví v politice WHO*. [Online]. [Citace 25. 2. 2012].
http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/konference/seminar/determine/Determine_Steflova_feb10.pdf
43. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [Online]. *Národní zdravotní registry*. [Citace 15. 3. 2012]. <http://www.uzis.cz/registry-nzis/narodni-zdravotni-registry>
44. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [Online]. *Zdravotnická ročenka České republiky*. [Citace 12. 3. 2012].
<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
45. Wikipedie, otevřená encyklopedie. [Online]. *Telefon*. [Citace 23. 3. 2012].
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Telefon>
46. World Health Organization. [Online]. *Cancer*. [Citace 20. 2. 2012].
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer>
47. World Health Organization. [Online]. *Diabetes*. [Citace 30. 1. 2012].
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
48. World Health Organization. [Online]. *Diabetes*. [Citace 30. 1. 2012].
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
49. World Health Organization. [Online]. *Facts and figures*. [Citace 20. 5. 2012].
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/facts-and-figures>
50. World Health Organization. [Online]. *Global Health Observatory Data Repository*. [Citace 26. 2. 2012]. <http://apps.who.int/ghodata/?vid=60430>
51. World Health Organization. [Online]. *Health Policy for Children and Adolescents*. [Citace 22. 1. 2012].
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf
52. World Health Organization. [Online]. *Chronic respiratory diseases*. [Citace 26. 1. 2012]. <http://www.who.int/respiratory/copd/en/index.html>
http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_copd_day/en/index.html
53. World Health Organization. [Online]. *Chronic respiratory diseases*. [Citace 26. 1. 2012]. http://www.who.int/respiratory/about_topic/en/index.html
54. World Health Organization. [Online]. *Noncommunicable diseases and mental health*. [Citace 26. 1. 2012].
http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/
55. World Health Organization. [Online]. *Obesity. Facts and figures* [Citace 20. 2. 2012]. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/facts-and-figures>

56. World Health Organization. [Online]. *Physical activity to stay healthy*. [Citace 20. 5. 2012]. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/physical-activity/facts-and-figures/physical-activity-to-stay-healthy>
57. World Health Organization. [Online]. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization*. [Citace 20. 1. 2012]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf
58. World Health Organization. [Online]. *Up to 40% of cancer cases could be prevented*. [Citace 12. 2. 2012]. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/press-releases/2010/02/up-to-40-of-cancer-cases-could-be-prevented>

Zákonné normy:

59. ČSN ISO 8402 *Management jakosti a zabezpečování jakosti*
60. Organizační směrnice Nemocnice Pelhřimov: *Zdravotnická dokumentace*. Pelhřimov, Komise KZK, 2011
61. Organizační směrnice Nemocnice Pelhřimov: *Nutriční screening, monitorace výživy a příjmu potravy, nutriční podpora u hospitalizovaných dospělých pacientů*. Pelhřimov, Komise KZK, 2011 Vyhláška 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče)
62. Spojená akreditační komise: *Národní akreditační standardy pro nemocnice. Manuál a metodika plnění*. Praha, Spojená akreditační komise, 2005
63. Usnesení vlády České republiky č. 1046/2002 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století
64. Vyhláška 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
65. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
66. Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů
67. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století

Příloha č. 2 European Charter on counteracting obesity

Příloha č. 3 Popis dimenzí kvality zdravotní péče

Příloha č. 4 Dotazník

Příloha č. 5 Doklad o schválení výzkumu

Příloha č. 6 Výpočet rizikové konzumace alkoholu