

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Indikátory kvality péče v čekárně zdravotnického zařízení

Bc. Iveta Machyánová

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Iveta Machyánová**  
Osobní číslo: **Z12195**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Název tématu: **Indikátory kvality péče v čekárně zdravotnického zařízení**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### **Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
2. MADAR, Jiří et al. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
3. PLEVOVÁ, Ilona. Management v ošetřovatelství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
4. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Kreativní ošetřovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
5. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012

Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. března 2014

## **PROHLAŠUJI:**

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22. 4. 2014

Bc. Iveta Machyánová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph. D. za odborné a trpělivé vedení a cenné rady při zpracovávání mé diplomové práce. Ráda bych také poděkovala Ing. Janě Holé, Ph. D. za připomínky ke statistickému zpracování dat.

## **ANOTACE**

Téma je zaměřené na sledování indikátorů kvality péče v čekárně zdravotnického zařízení. V práci se zabývám kvalitou čekáren v konkrétním zdravotnickém zařízení. Kvalita péče je v dnešní době velice aktuálním a zajímavým tématem, jak pro samotné poskytovatele, tak i pro laiky. Cílem práce je shromáždit informace o technických a hygienických požadavcích v čekárnách zdravotnických zařízení.

Jedná se o práci teoreticko-výzkumnou. V teoretické části popisuji pojem kvalita a její možnosti měření a zvyšování a spokojenost pacientů. Dále popisuji, jak by měla vypadat čekárna zdravotnického zařízení. Požadavky na technické vybavení jsem zjišťovala z platných vyhlášek a zákonů. Zaměřovala jsem se i na psychologii prostředí, orientační systém a na reklamy v prostorách zdravotnického zařízení. Na závěr teoretické části jsem zmínila, jaké jsou požadavky na čekárny v zahraničí. Ve výzkumné části jsem se zabývala technickými a hygienickými požadavky na čekárny a toalety ambulantních lékařů. Data jsem získala pomocí pozorování a experimentu s využitím neviditelného fixu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

kvalita péče, indikátory kvality, čekárny zdravotnického zařízení

## **TITLE**

Indicators of health care quality in waiting rooms of medical institutions

## **ANNOTATION**

The topic of this thesis is focused on monitoring of indicators of health care quality in a waiting room of medical institution. In the thesis I deal with quality of waiting rooms in a particular medical institution. Nowadays, care quality is a very actual and interesting topic, for both providers themselves and for ordinary people. The aim of the thesis is to collect information about technical and hygienic demands in the waiting rooms.

The thesis is theoretic-experimental. In the theoretical part I describe the conception of quality and its possibilities of measuring and raising and patients` satisfaction. Furthermore, I describe how the waiting room of medical institution should look like. Technical equipment requirements have been found out from valid decrees and laws. I also focused on psychology of environment, orientation system and advertising in medical care institution. At the end of the theoretical part I mentioned demands on waiting rooms abroad. In the experimental part I dealt with technical and hygienic demands on waiting rooms and toilets of ambulatory doctors. Data have been acquired by means of survey and experiment using an invisible marker.

## **KEYWORDS**

care quality, indicators of health care quality, waiting room, medical institution

## **OBSAH**

ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 Kvalita .....	13
1.1 Historie kvality.....	13
1.2 Co je to kvalita? .....	13
1.3 Kvalita služby.....	14
1.4 Kvalita péče.....	14
1.5 Proč je kladen důraz na kvalitu péče? .....	16
1.6 Systémy řízení a zajišťování kvality péče.....	16
1.6.1 Standardizace .....	17
1.6.2 Akreditace .....	18
1.6.3 Licence a registrace ve zdravotnictví.....	18
1.7 Indikátory kvality .....	19
1.8 Ošetrovatelský audit.....	20
1.9 Spokojenost pacientů .....	21
2 Kvalita v čekárnách zdravotnického zařízení.....	23
2.1 Základní předpoklady kvality primární péče .....	23
2.2 Léčebné prostředí .....	23
2.3 Psychologie čekárny.....	24
2.4 Technické vybavení .....	25
2.4.1 Obecné technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání staveb .....	25
2.5 Orientace ve zdravotnickém zařízení .....	26
2.6 Systém evidence pacientů .....	28
2.7 Hygienické požadavky na úklid .....	28



2.8	Reklama ve zdravotnickém zařízení .....	29
3	Čekárna zdravotnického zařízení- požadavky v zahraničí .....	30
	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	31
4	Výzkumné otázky a hypotézy .....	31
5	Metodika.....	33
5.1	Výzkumný nástroj .....	33
5.1.1	Pozorování .....	33
5.1.2	Experiment.....	33
5.1.3	Popis průběhu výzkumného šetření .....	33
5.2	Výzkumný vzorek .....	35
5.3	Analýza dat.....	35
6	Prezentace a interpretace získaných dat .....	36
6.1	Statistické ověřování hypotéz .....	50
7	Diskuse .....	57
8	Závěr.....	64
	POUŽITÁ LITERATURA .....	66
	PŘÍLOHY .....	70

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Dimenze kvality- upraveno dle Škrly a Škrlové, 2003, s. 19.....	15
Obrázek 2 Graf zobrazující četnost výskytu věšáků v čekárnách, (n= 22).....	36
Obrázek 3 Graf zobrazující nedostatek hygienických prostředků na toaletách.....	38
Obrázek 4 Graf s absolutními četnostmi- kontrola úklidu na toaletách, po 24 hodinách, (n=22) .....	45
Obrázek 5 Graf s absolutními četnostmi- kontrola úklidu na toaletách, po 48 hodinách, (n=16) .....	46
Obrázek 6 Graf s absolutními četnostmi- kontrola úklidu na toaletách, po 72 hodinách, (n= 15).....	47
Obrázek 7 Graf s absolutními četnostmi- druhá zkouška- hodnocení čistoty toalet po 24 hodinách, (n= 22).....	48
Obrázek 8 Graf s absolutními četnostmi- druhá zkouška- hodnocení čistoty po týdnu, (n=16) .....	49
Obrázek 9 Výpočet testu rozdílů první, lednové zkoušky čistoty toalet, (STATISTICA 12).. 52	
Obrázek 10 Výpočet testu rozdílů druhé, březnové zkoušky čistoty toalet, (STATISTICA 12) .....	54
Obrázek 11 Výpočet rozdílu mezi dvěma poměry- čistota toalet při první a druhé zkoušce, (STATISTICA 12).....	55
Tabulka 1 Čistota zdí, sedacího nábytku a podlahy.....	37
Tabulka 2 Přítomnost odpadkového koše a prachu na květinách.....	37
Tabulka 3 Četnosti první, lednové zkoušky čistoty toalet, při kontrole po 24 hodinách.....	51
Tabulka 4 Četnosti druhé, březnové zkoušky čistoty toalet při kontrole po 24 hodinách.....	53
Tabulka 5 Četnosti neumytých toalet při první a druhé zkoušce.....	55

## ÚVOD

Kvalita ve zdravotnictví je široký pojem, který v sobě skrývá množství postupů z oblasti standardizace, akreditace, metod měření, řízení kvality a vzdělávání. Velký význam má vnímání kvality samotnými spotřebiteli zdravotní péče- pacient a veřejnost (Kvalita očima pacientů, citováno: 24. 3. 2014). Čekárna a ordinace ambulantního lékaře jsou prvním kontaktem pacienta se zdravotnickými službami. Již v tuto chvíli si pacienti utvářejí svůj názor na celé zdravotnictví (Kyasová, 2003).

Téma této práce jsem si vybrala především z toho důvodu, že se týká každého z nás. Každý se někdy v životě stane pacientem a je nucen navštívit lékaře. Všichni určitě už máme nějaké zkušenosti z čekáren ambulantních lékařů. Můžou to být zkušenosti pozitivní, ale i negativní. Když sedíme v čekárně, působí na nás spousta podnětů. Vnímáme, jak vypadá prostředí, ve kterém se nacházíme, jak vypadá sociální zařízení, které je k dispozici. Všímáme si zdravotnických pracovníků, jak jsou upraveni, nebo jakým způsobem komunikují s pacienty. V diplomové práci jsem se zaměřila, hlavně na technické a hygienické požadavky, které jsou vyžadovány u čekáren a u příslušných toalet. Hodnotila jsem bezbariérovost toalet, čistotu, vybavení a jejich technické závady. Z velké části jsem vycházela z platných zákonů a vyhlášek, některé oblasti mého zkoumání jsem si stanovila podle svých zkušeností z čekáren ambulantních lékařů.

# **CÍLE PRÁCE**

## **Cíl teoretické části**

- zaměřit se na pojem kvalita, její definice a možnosti jejího zvyšování
- shromáždit informace, jak by měla vypadat čekárna u ambulantního lékaře

## **Cíle empirické části**

- sledovat a popsat materiálně-technické vybavení čekáren a toalet u ambulantních lékařů konkrétního nemocničního zařízení
- zhodnotit hygienickou úroveň čekáren a toalet v čekárnách ambulantních lékařů v konkrétním nemocničním zařízení

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Kvalita

### 1.1 Historie kvality

Historie kvality je poměrně dlouhá. Lidé se jí zaobírali už v dávných dobách, zejména pak různí myslitelé. Například Aristoteles, zastupuje v dějinách kvality podstatné místo. Aristoteles byl prvním filosofem, který stručně a výstižně vyjádřil kvalitu. Ne slovo jako takové, ale hlavně její podstatu. Vyjádřil kvalitu jako abstraktní pojem (Dvořák, 2004).

Kvalita byla sledována již při první výrobě nástrojů. Prvními organizacemi, pro sledování kvality byly jednotlivé cechy. Určily pravidla a kontrolovaly jejich dodržování. Případné nedodržování trestaly třeba useknutím ruky nebo dokonce i popravou. Změna ve sledování kvality nastala až po průmyslové revoluci, kdy za kvalitu výrobku už není zodpovědný konkrétní výrobce, ale při dělbě práce je zapotřebí sledovat celý proces výroby a hodnotit kvalitu na jednotlivých úsecích. Největší rozkvět v řízení kvality zaznamenáváme po 2. světové válce. Na konci 80. let 20. století se začíná management kvality zaměřovat na zákazníka, který je ten hlavní při hodnocení kvality (Madar et al, 2004, s. 18).

### 1.2 Co je to kvalita?

Slovo kvalita nebo jakost v dnešní době slyšíme poměrně často. Měli bychom proto vědět, co to vlastně kvalita je. Kvalita má velké množství definic, ale vlastní prožitek je jedinečný pro každého z nás. Jakost má dvě hlavní složky. První je subjektivní, která vypovídá o tom, jak já jsem spokojena, a druhá složka zahrnuje sledování jednotlivých, přesně nastavených a dohodnutých požadavků (Madar et al, 2004, s. 20).

K posunu řízení kvality do dnešní podoby přispělo mnoho významných osobností. Byli to například *W. Edwards Deming*, který definoval čtrnáct základních bodů řízení kvality a sedm smrtelných nemocí řízení kvality. *Joseph M. Juran* tvrdil, že řízení kvality je důležité dodržovat ve všech činnostech firmy a že ústřední roli má vrcholový management. Je také autorem příručky řízení jakosti. *Kaoru Ishikawa* vypracovával jednoduché nástroje řízení kvality a je tvůrce diagramu příčin a následků. *Armand V. Feigenbaum* je tvůrcem „Komplexního řízení jakosti TQC“, dnes známé jako TQM (Madar et al, 2004, s. 21).

TQM je jeden z celosvětově nejčastěji používaných přístupů k řízení kvality v organizacích. Jejím cílem je dodání výrobku nebo služby, uspokojující zákazníka v odpovídajícím čase a za vhodnou cenu. *Total* znamená zapojení všech pracovníků v organizaci. *Quality*- jedná se o pojetí kvality, jak ze strany zákazníků, tak i pohled na proces či činnost při tvorbě výrobku nebo poskytování služby. *Management*- řízení je zahrnuto z pohledu manažerských aktivit (Equica, 2014).

*Philip B. Crosby* stvořil koncepci zerodefekt (práce bez vad). Kladl důraz na postupy, aby nevznikly vady a stanovil, co má vedení dělat, aby byly vady včas odhaleny a vyřešeny (Madar et al, 2004, s. 21).

Definovat kvalitu není snadné. *Juran* tvrdil, že kvalita je způsobilost pro užití. *Crosby* považoval kvalitu za shodu s požadavky. *Fiergenbaum* tvrdil, že jakost je to, co za ni považuje zákazník. Někdo považuje kvalitu za míru výsledku, která může být rozdělena do různých tříd. Zákazník a jeho požadavky na produkt nebo službu jsou hlavními složkami při hodnocení kvality. Požadavky na kvalitu určuje také stát, společnost ve formě zákonů, vyhlášek a nařízení. Je důležité si uvědomit, že pro kvalitní službu nebo výrobek musíme řídit kvalitu postupně v celé firmě na všech úrovních (Madar et al, 2004, s. 22).

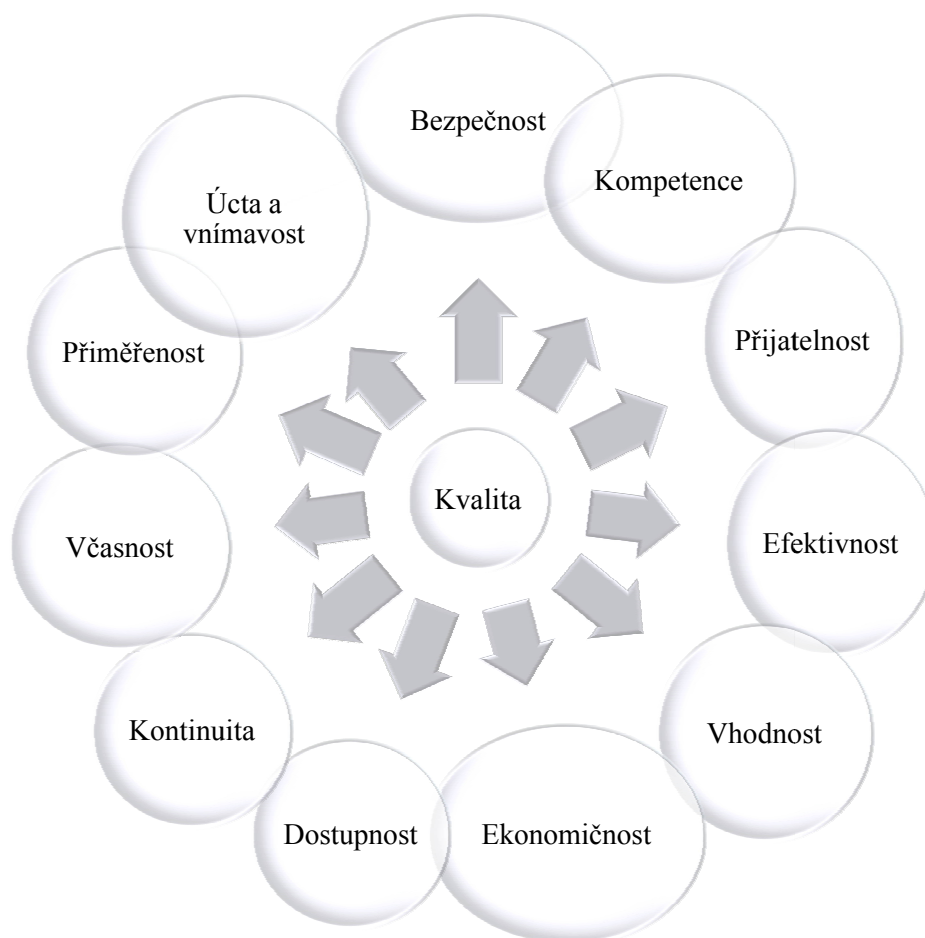
### **1.3 Kvalita služby**

Služba je produkt v nehmatatelné podobě. Je to konání mezi poskytovatelem a zákazníkem. Pro služby je charakteristické to, že nejpodstatnější jsou vždy pracovníci v první linii, kteří mají lepší možnost aktivně reagovat na přání zákazníka. Jedinou nevýhodou oproti výrobku je, že se mnohem obtížněji plní požadavky zákazníků a nesnadno se stanovují měřitelná kritéria služby. Z toho lze usoudit, že mezi služby patří i poskytování zdravotní péče. Zákazníkem je pacient, zdravotní pojišťovny a samoplátci. Pracovníci v první linii jsou sestry a lékaři (Madar et al, 2004, s. 24).

### **1.4 Kvalita péče**

Na kvalitu péče lze pohlížet z mnoha směrů. Škrlovi (2003) kvalitu popisují jako diamant, který má po zbroušení jedenáct ploch. Nazývají je jako dimenze kvality. Tyto dimenze jsou zobrazeny ve schématu na Obrázek 1. Znamená to, že pokud zdravotnické zařízení splňuje

zadaná kritéria ve všech jedenácti dimenzích, můžeme ho považovat za kvalitní (Škrála, Škrlová, 2003, s. 19).



Obrázek 1 Dimenze kvality- upraveno dle Škrly a Škrlové, 2003, s. 19

WHO v roce 1966 definovalo kvalitu zdravotní péče jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe (Madar et al, 2004, s. 30).

*Donabedian* definuje kvalitu zdravotní péče jako takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Madar et al, 2004, s. 30).

U kvality zdravotních služeb rozeznáváme tři rozměry:

- **Kvalita služeb z hlediska klienta.** V tomto směru kvality se zohledňuje, jak samotný klient hodnotí poskytnuté služby.

- **Kvalita služeb z hlediska profesionálního.** Tento rozměr bere v úvahu, zda služby splňují potřeby tak, jak jsou stanoveny profesionály, zda jsou přítomny vhodné techniky a postupy, které jsou důležité pro splnění klientových potřeb.

- **Kvalita služeb z hlediska řízení.** Tento směr kvality se zaměřuje na efektivní využívání zdrojů. Zda jsou služby nejekonomičtější a nejproduktivnější v rámci limitů, stanovených vyššími nadřízenými nebo plátcí (Madar et al, 2004, s. 41).

Základem při posuzování kvality zdravotní péče je to, co poskytují. Další, ne méně důležitou částí, jsou doprovodné služby, například rychlý a nekomplikovaný příjem pacientů, poskytování informací, bezpečnost, strava, ubytování, atd. (Madar et al, 2004, s. 42).

## **1.5 Proč je kladen důraz na kvalitu péče?**

Kvalita zdravotnických služeb je zajímavým a důležitým tématem, jak pro samotná zdravotnická zařízení, tak i pro veřejnost (příjemci zdravotnických služeb). Kvalita daného zařízení může být pro klienta rozhodující faktorem ve výběru zařízení. V naší zemi je sledování kvality zdravotnických služeb neuspořádané a každý využívá jiná kritéria (Madar et al, 2004, s. 45).

Tím, že požadavky pacientů na kvalitu se obecně zvyšují, pacienti jsou více vzdělaní, vyhledávají si informace a jejich požadavky na kvalitu se zvyšují, musí zdravotnický systém nějakým způsobem zasáhnout. Je známo, že je rozdíl v kvalitě péče, která je poskytována různými zdravotnickými zařízeními či lékaři. Dalším podstatným důvodem, proč je důležité sledovat kvalitu, je ekonomická stránka. Kvůli omezeným finančním prostředkům na zdravotnictví je sledování kvality péče a kontrolování spotřebovaných zdrojů jediným způsobem, jak umožnit vhodnou péči všem, kteří ji potřebují. Za zařízení, která poskytují kvalitní péči, považujeme taková, která jsou odborná, bezpečná a ekonomicky přijatelná. Pro zajišťování a průběžné zvyšování kvality zdravotní péče je důležité provádět základní kroky: předcházet chybným postupům, vyhledávat a určovat pochybení, odstraňovat zjištěná pochybení (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 172- 173).

## **1.6 Systémy řízení a zajišťování kvality péče**

Co napomáhá řídit kvalitu? Je to hlavně standardizace, akreditace a udělování licencí či registrací (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 173). Dle Plevové (2012), se zdravotnická zařízení mohou snažit o zvýšení kvality získáním akreditace od Spojené akreditační komise



nebo mezinárodní akreditaci JCI (Joint Commission International) či dosažením různých certifikátů, jako je například „spokojený pacient“ nebo „baby friendly hospital“. Zvyšovat kvalitu lze i zahájením měření kvality pomocí hodnocení spokojenosti pacientů, sledováním výskytu nežádoucích událostí a vypracováním opatření, která by eliminovala výskyt nežádoucích událostí (Plevová et al, 2012, s. 234).

### **1.6.1 Standardizace**

Standardizace pomáhá se zavedením vhodných postupů, směrnic nebo norem do praxe. Idea je taková, aby se standardy používaly v co nejširším rozsahu, nejlépe mezinárodně. Určují minimální úroveň péče, která má být klientům poskytnuta. Existují společné ošetrovatelské standardy, které jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací Evropské unie, WHO a Mezinárodní rady sester. Ve zdravotnictví se rozlišují standardy na provozní, procesní a výsledkové (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 173- 174; Plevová et al, 2012, s. 236).

**Provozní standardy-** jsou to standardy zaměřené na strukturu. Těmito standardy se určují postupy k vedení lidí, vybavení prostředí, vhodné přístrojové vybavení. Určují minimální zastoupení zdravotnických pracovníků a jejich kompetence, podporují jejich celoživotní vzdělávání. Při zpracování standardů musíme vycházet ze zákonem daných norem (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

**Procesní standardy-** tyto standardy se zabývají popisem doporučených ošetrovatelských i léčebných postupů a výkonů. Tato doporučení vycházející z důvěryhodných zdrojů, jako je evidence based medicine, která je založena na důkazech z mnoha řízených klinických studií. Mezi standardy zaměřené na proces se zahrnuje i postup při příjmu, propuštění a překladu pacienta. Dále i zajištění návaznosti zdravotní péče (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 175- 176).

**Výsledkové standardy-** tyto standardy jsou spojovány s určitými kritérii, mají funkci jakési normy. Zjistíme z nich, co má být splněno. Řadíme sem hodnocení spokojenosti pacientů a výskyt nežádoucích událostí (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 176- 177).

Vedle samotného stanovení standardů je také velice důležité u nich určit kritéria hodnocení. Jsou to předem ustanovené prvky, charakteristiky či vlastnosti, díky nimž jsme schopni změřit, jak byl standard splněn. Díky hodnotícím kritériím jsou standardy měřitelné (Grohar-Murry, DiCroce, 2003, s. 188).

### **1.6.2 Akreditace**

Smyslem akreditace je, aby docházelo ke kontinuálnímu zvyšování kvality zdravotní péče. Zařízení, které projde akreditačním řízením a získá doklad o akreditaci, garantuje, že pečuje o pacienty podle platných standardů. Cílem je zdokonalit interní fungování zdravotnického zařízení. Původ akreditace zdravotnických zařízení nalezneme v USA (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 177- 178).

Akreditace je dobrovolný proces. Každé zdravotnické zařízení se již na počátku procesu zavazuje, že bude aktivně pracovat na zvyšování kvality. Tento proces spočívá v tom, že externí organizace zhodnotí, do jaké míry se shoduje péče ve zdravotnickém zařízení s danými požadavky na kvalitu. Nejznámější zahraniční organizací, která se zabývá akreditací, je Joint Commission International (JCI). JCI identifikuje, měří a sdílí ověřené postupy v oblasti kvality a bezpečí pacientů v různých státech světa. Napomáhá zdravotnickým zařízením zvyšovat výkon a vylepšovat výsledky. Standardy jsou uzpůsobeny požadavkům pro péči u rozdílných kultur. V České republice se udělováním akreditací ve zdravotnictví zabývá Spojená akreditační komise ČR (SAK), (Plevová et al, 2012, s. 235; Joint Commission International, 2013).

Spojená akreditační komise byla založena v roce 1998. Jejím záměrem je trvale zvyšovat kvalitu a usilovat o bezpečí zdravotní péče v České republice tím, že uděluje akreditaci zdravotnickým zařízením, poskytuje poradenskou činnost a publikuje. Nástroji, kterými se snaží dosáhnout svého cíle, je například poskytnutí akreditačních standardů i s podrobnou metodikou. Pomáhá zdravotnickým zařízením s vytvářením vnitřních norem. Umožňuje poradenství i na místě a provádí také akreditace nanečisto. Podílí se na přípravě mezinárodních i celostátních vzdělávacích kurzů o kvalitě péče a bezpečí pacientů. Vydává publikace o možnostech zvyšování kvality zdravotní péče. SAK spolupracuje i s ostatními, jak mezinárodními, tak i českými organizacemi pro zvyšování kvality. Podílí se na vzdělávání konzultantů a auditorů akreditačního procesu (Spojená akreditační komise, 2010).

### **1.6.3 Licence a registrace ve zdravotnictví**

Licence je udělována, pokud je zaručena požadovaná úroveň služby. V České republice se nemocnicím a lůžkovým zařízením licence neuděluje. Týká se převážně České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory, která uděluje licenci pro

výkon lékařské profese v soukromém sektoru, dále lékařům ve vedoucích pozicích nebo lékařům, kteří chtějí být součástí lékařského vzdělávání (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 178).

Registrace neboli evidence se v České republice vztahuje jak na zdravotnické pracovníky, tak i na zdravotnické zařízení. Existuje registrace daná ze zákona, například zákon 96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), nebo zákon 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Registrace může být i dobrovolná (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 179-180).

## 1.7 Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou kritéria, která se používají při porovnání se směrnicemi, požadavky či standardy. Vyjadřují, z jaké části bylo dosaženo konkrétního standardu. Ve zdravotnictví existuje velké množství různých indikátorů kvality (Škrla, Škrlová, 2003, s. 100).

Indikátor, neboli ukazatel kvality, je vysvětlován jako pozorování, které nám pomáhá zaměřit subjektivní pohled na kvalitu péče, na pohled objektivní tím, že se kvalita zjišťuje a hodnotí v měřitelné podobě, která se dá později interpretovat. Tato pozorování se mohou zaměřovat na prostředí, ve kterém se péče poskytuje, to je nahrazeno termínem struktura, dále se týká způsobu, jakým je péče poskytnuta (proces) a dosažením vytyčeného cíle (výsledek), (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009).

Indikátory by měly být účelné a jejich cílem je zvyšovat kvalitu. Upozorňují nás, kde je potřeba něco změnit nebo zlepšit. Indikátory by nám měly poskytovat kvantitativní odpověď na kvalitu a jsou vyjádřeny vždy číslem. Lze je zaměřit na kladné, ale i na negativní ukazatele. Při vyhodnocování indikátoru je nutné s něčím porovnat, jinak je zjištěná číselná hodnota pouhou statistikou, která nám o kvalitě nic neřekne. Musíme mít na vědomí, že indikátory nejsou neomylné (Škrla, Škrlová, 2003, s. 100).

Rozlišujeme dva druhy indikátorů- poměrové a strážní. *Poměrové indikátory* sledují jev, který se vyskytuje s určitou četností. Základem je sběr a záznam dat, která lze vyjádřit jako poměr nebo průměr. Aby bylo možné indikátor porovnávat, je nutné, aby měl čitatele a jmenovatele, pak můžeme formulovat sledovaný jev procentuálně nebo grafem. Jako příklad Škrlovi (2003) uvádějí indikátor sledující rehospitalizaci pacientů. V čitateli je počet opakovaně

hospitalizovaných pacientů a ve jmenovateli je celkový počet propuštěných pacientů za určitou dobu. (Škrála, Škrlová, 2003, s. 101).

### Rehospitalizace pacientů

#### Celkový počet propuštěných pacientů

*Strážní indikátory*, někdy známé jako sentinelové, se zabývají převážně mimořádnými, nežádoucími událostmi. Pro představu Škrlovi (2003) uvádějí úmrtí pacienta během operace, požár nebo soudní proces (Škrála, Škrlová, 2003, s. 201).

Při rozhodování, které indikátory budeme sledovat, si musíme uvědomit, že nelze sledovat všechny indikátory. Je nutné vybrat ty nejvíce rizikové, nejnákladnější a nově zavedené indikátory. Při výběru indikátorů se může nejdříve provést audit, který nám může nastínit, co je nutné sledovat. Každé zdravotnické zařízení musí být schopno vysvětlit, proč si vybralo dané indikátory. Je důležité, aby získané údaje byly patřičně využity, jinak nemůžou být indikátory považovány za účinný nástroj zvyšování kvality (Plevová et al, 2012, s. 237-238).

## **1.8 Ošetřovatelský audit**

Florence Nightingaleová se v roce 1863 vyjádřila, že by pacienti měli mít možnost být informováni ze své zdravotnické dokumentace, jak byly využity finance na jejich léčbu. Zda byly finance využity efektivně či nikoliv. Tím se vlastně poprvé zmínila o významu auditu ve zdravotnictví. Pokud oddělení plánuje měřit a hodnotit kvalitu za použití auditů, musí nejprve kvalitu vyjádřit pomocí standardů, směrnic a dalších nařízení (Škrála, Škrlová, 2003, s. 108).

Klinický audit znamená pravidelnou a systematickou kontrolu péče ve zdravotnickém zařízení, aby došlo k co nejčasnějšímu odhalení možných potíží v praxi. Od cíle auditu se odvíjí požadovaná kritéria, která následně kontrolují pověření odborníci. Je důležité, aby byl sběr informací ve shodě s etickými požadavky. Klinický audit lze rozdělit na interní a externí. *Interní audit* konají pověření odborníci ze stejného pracoviště (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 188- 189). Neslouží k vystavování certifikátů kvality a nejedná se o skládání zkoušek. Interní audit nám napomáhá shromáždit data, eliminovat rizikové faktory a odhalit možnosti, jak zvyšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče. Je to proces, při kterém instituce hodnotí sama sebe a ze získaných výsledků vytvoří své individuální plány zvyšování kvality služeb (Věstník MZČR, 2012).

Naopak *externí audit* provádí nezaujatý odborník, kterého kontrolované pracoviště nezná. Takovýto audit se může využívat jako příprava pro získání akreditace (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 188- 189).

Pojem ošetrovatelský audit znamená systematické hodnocení ošetrovatelské praxe, jehož záměrem je zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Nejedná se o hodnocení výkonu samotných sester a odhalení chyb s následným disciplinárním postihem. Cílem ošetrovatelského auditu je odhalit nedokonalosti v systému nebo procesu, aby mohly být provedeny co nejdříve nápravy. Abychom mohli tvrdit, že ošetrovatelský audit byl úspěšný, musí být hodnocené oddělení schopné a ochotné realizovat potřebné úpravy (Plevová et al, 2012, s. 174).

Jednou z metod ošetrovatelského auditu je pozorování sester při práci. Můžeme se zaměřit na to, jak sestra provádí konkrétní výkon, jak předává službu nebo jak komunikuje s pacientem. Dalšími metodami jsou sběr statistických dat z dotazníků, hlášení nežádoucích událostí nebo sledování určených indikátorů. Je možné se zeptat přímo pacientů, jak jsou spokojeni s péčí, která jim je poskytována. I tím, že zjišťujeme, jak péči hodnotí spolupracovníci, rodiny pacientů nebo veřejnost, provádíme audit. Dalším způsobem, jak provést hodnocení, může být měření účinnosti péče, provedení externího auditu, kontrolování dodržování standardů a jiných nařízení nebo kontrola dokumentace. U dokumentace je možné hodnotit její správnost, úplnost a čitelnost údajů. Při ošetrovatelském auditu je možné využít „selfhodnocení“ (Plevová et al, 2012, s. 174-175).

## **1.9 Spokojenost pacientů**

Z medicínského pohledu je spokojenost pacientů velice důležité kritérium, protože spokojený a nespokojený pacient se chová odlišně. Nespokojení pacienti bývají kritičtí vůči svému lékaři, mohou nedůvěřovat jeho odborným a lidským kvalitám. Nespokojení pacienti nemusí říkat svému ošetrujícímu lékaři vždy pravdivé a kompletní informace a to může mít vliv na správnou diagnostiku. Velice často nespokojení pacienti neberou vážně lékařova doporučení, nedodržují léčebný režim. Navštěvují lékaře, až když už je to nevyhnutelné (AKVA-pl, 2010).

Naopak spokojení pacienti si svého ošetrujícího lékaře váží a nepochybuji o jeho odborných kvalitách. Ochotně mu vyloží své obtíže a někdy se svěří i se svými rodinnými i osobními problémy. Veškerá doporučení dodržují a návštěvu u lékaře zbytečně neoddalují (AKVA-pl, 2010).

Na spokojenost pacientů má vliv mnoho faktorů. Dle provedených výzkumů to můžou být socio-demografické proměnné, jako je věk, rodinný stav, zaměstnanost, etnická příslušnost, pohlaví a vzdělání pacienta. Dále to jsou psychologické determinanty, kam spadají požadavky pacienta, jeho očekávání a životní zkušenosti. Nesmíme opomenout ani zdravotní stav pacienta, typ onemocnění, zda je akutní či chronické, četnost návštěv u lékaře. Mezi méně významné faktory, které mohou mít vliv na spokojenost pacientů, se uvádějí rodina, přátelé a sdělovací prostředky (AKVA-pl, 2010).

Pro zjištění spokojenosti pacientů lze využít různé nástroje. Je možné vyvěsit schránku, do níž mohou pacienti vhazovat své stížnosti a poznámky nebo se mohou vyjádřit na webových stránkách. Pro hodnocení spokojenosti pacientů se často využívá anonymní dotazník, validizovaný pro použití v ordinacích českých praktických lékařů (Medical tribune, 2011).

Spokojenost zákazníků lze definovat pomocí těchto proměnných- image, očekávání zákazníka, vnímání kvality produktu, stížnosti zákazníka a jeho loajality. Oblast týkající se očekávání zákazníka zohledňuje, jaké vlastnosti by měla obsahovat poskytovaná služba. Spadá sem dostupnost služby nebo prostředí, ve kterém je poskytována. Očekávání klienta má přímý vliv na jeho spokojenost (Kozel, 2006, s. 190-191). Vnímání kvality služby je klienty vnímáno celkově. Rozhodujícími faktory je pro klienty například ochota personálu nebo provozní doba zařízení. Klienti porovnávají poskytnuté služby s jinými zařízeními, proto by poskytovatelé služeb měli mít snahu o dosažení co nejvyšší kvality poskytovaných služeb. Loajalita zákazníka je odvozena od jeho spokojenosti. Čím více je klient se službou spokojen, tím více lze očekávat její opakované využití a věrnost klienta (Foret, 2003, s. 109-110). Pokud klient není spokojen se službou, lze očekávat, že výsledkem bude jeho stížnost. V tomto případě se měří hlavně četnost a opakovatelnost stížností (Kozel, 2006, s. 191).

## **2 Kvalita v čekárnách zdravotnického zařízení**

### **2.1 Základní předpoklady kvality primární péče**

Základem pro kvalitní poskytování zdravotní péče je funkční síť dostupných, kvalifikovaných odborníků, kteří poskytují odpovídající zdravotní péči, určenou příslušnými normami. Ve zdravotnickém zařízení by měly být nastaveny technicko-provozní normy. Nadstandardní vybavení ordinací je variabilní a odráží angažovanost lékařů pro svou práci. Předpokládá se, že jiné vybavení bude v ordinaci soukromého lékaře, oproti ordinaci, která je součástí polikliniky (Medical tribune, 2011).

Další podmínkou pro kvalitní poskytování péče je samotný proces poskytování péče, který by měl vycházet z aktuálních poznatků vědy. Poskytovaná péče by měla odpovídat stavu pacienta a musí být řádně zdokumentována. Finanční zdroje by měly být při poskytování péče efektivně využity (Medical tribune, 2011).

Některé pojišťovny provádějí externí audit, aby zhodnotily důležité stránky organizace poskytnuté péče. Zaměřují se například na dodržování smluvní ordinační doby, na dostupnost péče v odpoledních hodinách, nebo zda má zařízení vybudovaný objednávací systém (Medical tribune, 2011).

### **2.2 Léčebné prostředí**

V dnešní době vyžadují pacienti jak kvalitní léčebné a ošetrovatelské služby, tak i vhodné prostředí, ve kterém se zmiňované služby poskytují. Jako vhodné léčebné prostředí, se popisuje prostor, který u pacientů nevyvolává strach a úzkost z toho, co by je mohlo čekat. Je to takové prostředí, které v nich nevyvolává nepříjemné pocity spojené s odloučením od rodiny. Optimální léčebné prostředí má dva rozměry. Je to rozměr fyzický a rozměr psychicko-duchovní (Škrla, Škrlová, 20003, s. 120- 121).

Už první dojem, který si pacient vytvoří při vstupu do zdravotnického zařízení, rozhoduje o intenzitě prožívaného stresu. Působí na ni například vzhled vstupní haly či přítomnost ochotného pracovníka na recepci (Škrla, Škrlová, 2003, s. 121).

### 2.3 Psychologie čekárny

Samotné prostředí čekárny má určitý vliv na psychiku nemocného. Proto je podstatné, aby čekárna ve zdravotnickém zařízení vyhovovala určitým hygienicko-estetickým požadavkům. Zároveň má vliv na prožívání v čekárně i to, jak je určeno pořadí pacientů. Cílem by mělo být zajistit takový postup při objednávání, který zajistí, aby pacienti trávili v čekárně co nejkratší dobu, čímž by se předcházelo vyvolávání nepříjemných pocitů. Nejdůležitějším článkem je zdravotní sestra, která je zprostředkovatelem kontaktu mezi čekárnou a ordinací. Je důležité, aby zde pracovala taková zdravotní sestra, která je zkušená, disponuje vlídným a zdvořilým vystupováním. Sestra, která má schopnost pozitivně stimulovat psychiku pacienta (Zacharová et al, 2007 s. 33).

V čekárně by měly být vyvěšeny informace o ordinačních hodinách nebo o tom, jakým způsobem budou pacienti vyzváni ke vstupu do ordinace lékaře. V nepřítomnosti lékaře by měly být v čekárně vyvěšeny informace, kdo nepřítomného lékaře zastupuje. Jsou vhodné i údaje, kde je nejbližší lékárna. Pacientům by se mělo dostat vhodných poučných informací prostřednictvím nástěnky, plakátů, letáků, brožurek, které si mohou při čekání v čekárně pročítat (Kyasová, 2003). Vhodná je ale i literatura s humorným podtextem. Pro rozptýlení pacientů jistě pozitivně působí přítomnost uměleckých děl, zimních zahrad a možnost poslechu hudby (Škrla, Škrlová, 2003, str. 121).

Samozřejmě i to, jak jsou vymalovány chodby a stěny zdravotnického zařízení, působí na prožívání pacienta. Bíle vymalované chodby jsou už spíše výjimkou. Nyní se převážně využívají k výmalbě prostor jemné pastelové barvy, které u pacientů vyvolávají pozitivní pocity (Škrla, Škrlová, 2003, s. 122).

Jedním z nepříznivých činitelů ve zdravotnickém zařízení je hluk. Hluk, který nelze definitivně odstranit, lze zamaskovat tzv. „bílým hlukem“. Za tímto pojmem se skrývá využívání vodních fontánek nebo hudby jako zvukové kulisy. Rovněž nepříjemné pachy působí na pacienty nepříznivě. Pacientům způsobují stres, protože jim vyvolávají nepříjemné vzpomínky, například na nepříjemně zapáchající desinfekční prostředek (Škrla, Škrlová, 2003, s. 122).



## 2.4 Technické vybavení

Podle vyhlášky č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče by měla čekárna zdravotnického zařízení splňovat následující požadavky. Její prostory by měly mít minimální plochu 7 m<sup>2</sup>, měly by zde být židle či jiný sedací nábytek. Není nutné, aby jedna čekárna byla pouze pro jednu ordinaci. Je možné, aby byla využívána pro více ordinací, ale jen za předpokladu, že její plocha bude minimálně 10 m<sup>2</sup>. Pokud je ordinace určena pro poskytování péče kojencům, její čekárna musí odpovídat ploše minimálně 8 m<sup>2</sup> a musí zde být zajištěn přebalovací stůl, buď přímo v čekárně, nebo v ordinaci pediatra (Česko, 2012).

Nezbytnou součástí čekárny zdravotnického zařízení je samozřejmě WC. To má podle vyhlášky č. 92/2012 splňovat tyto požadavky. Toaleta pro pacienty by měla mít předsíň, kde by mělo být instalováno umývadlo, pokud již není přítomno přímo v kabině toalety. Vyhláška umožňuje, aby byla toaleta pro pacienty společná pro několik ordinací. Pokud je ambulance složena pouze ze dvou ordinací, je možné, aby byla toaleta pro pacienty i personál společná (Česko, 2012).

### 2.4.1 Obecné technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání staveb

Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, uveřejnilo vyhlášku č. 398/2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. V této vyhlášce nalezneme základní prvky bezbariérového užívání staveb. Řešení, zaměřující se na osoby s omezenou schopností pohybu, nemyslí pouze na osoby na vozíku, ale také na osoby s dětským kočárkem, osoby používající berle, hole, chodítka nebo jiné pomůcky pro chůzi, těhotné ženy a osoby doprovázející děti do 3 let věku. Ve vyhlášce je popsáno, jak mají vypadat pochozí plochy. Řešení, týkající se osob s omezenou schopností orientace- osoby se zrakovým postižením, se zaměřují na vodící linie, které napomáhají k orientaci nevidomých nebo slabozrakých osob při pohybu v interiéru a exteriéru. Dále na signální pás, vodící pás přechodu, varovný pás, hmatný pás a akustický prvek. U osob se sluchovým postižením se řešení zaměřuje například na hladinu osvětlenosti (Česko, 2009).

#### 2.4.1.1 Bezbariérová toaleta

Vyhláška č. 398/2009 popisuje, co vše by mělo splňovat bezbariérové WC. Kabina WC by měla mít šířku minimálně 1800 mm a hloubku 2150 mm. U starších staveb se připouštějí rozměry kabiny 1600 x 1600 mm. Kabina s využitím asistence musí mít šířku nejméně 2200

mm a hloubku 2150 mm. V kabině bezbariérové toalety by měla být záchodová mísa, umyvadlo, háček na oděvy a prostor pro odpadkový koš. Šířka dveří musí být nejméně 800 mm, musí se otevírat směrem ven a být opatřeny z vnitřní strany vodorovným madlem ve výšce 800- 900 mm. Dveře musí být opatřeny zámkem, který lze odjistit zvenčí. Prostor okolo WC mísy musí být takový, aby umožnil čelní, šikmý nebo boční nástup. U záchodových kabin minimálních rozměrů musí být manipulační prostor umístěn naproti dveřím. Záchodová mísa musí být v takové výšce, aby horní strana sedátka byla 460 mm nad zemí. Splachovací zařízení musí být umístěno na straně, ze které je volný přístup, ve výšce 1200 mm. V dosahu ze záchodové mísy, a to ve výšce 600-120 mm nad podlahou a také v dosahu z podlahy, a to nejvýše 150 mm nad podlahou, musí být ovladač signalizačního zařízení v případě nouzové potřeby. Umyvadlo musí být vybaveno stojánkovou výtokovou baterií s pákovým ovládním. Umyvadlo by mělo být zabudováno tak, aby umožnilo podjezd osobě na vozíku. Horní hrana umyvadla musí být ve výšce 800 mm. U záchodových kabin s minimálními rozměry je možné použít malé umyvadlo. Po obou stranách záchodové mísy by měla být madla ve výšce 800 mm nad zemí a ve vzdálenosti 600 mm od sebe. U WC mísy přístupné z jedné strany musí být madlo na této straně sklopné a na opačné straně pevně zabudováno. U mísy, která je přístupná z obou stran, musí být madla sklopná obě. I vedle umyvadla musí být jedno svislé, 500 mm dlouhé madlo. Pokud je na bezbariérové toaletě pověšeno zrcadlo, musí být přizpůsobeno tak, aby ho mohla použít jak osoba stojící, tak i osoba na vozíku (Česko, 2009).

## **2.5 Orientace ve zdravotnickém zařízení**

V českých nemocnicích je význam kvalitního orientačního systému dosti podceňován. Přitom vhodný a kvalitní orientační systém je součástí kvalitní péče. Toto domněnka se potvrzuje při všedním provozu, kdy se bloudící pacienti často ptají na správnou cestu, pacienti jsou z tohoto důvodu stresováni, nervózní a někteří i rozčilení (Spojená akreditační komise, 2012).

Kvalitní orientační a navigační systém má vliv na celkové vnímání zdravotnického zařízení pacientem. V České republice není vytvořen přesný návod nebo vzor, jak by orientační systém měl vypadat. V 70. letech minulého století byl používán celkem kvalitní orientační systém, který využíval výrazových symbolů s textem, který byl zobrazen na bledě modrém poli. Od 90. let 20. století se převážná část nemocnic snažila vytvořit orientační systém podle sebe (Spojená akreditační komise, 2011).

Části navigačního systému by měly být přítomny už ve vzdálenějším okolí zdravotnického zařízení. Třeba i ve vzdálenosti několika kilometrů. Optimálně vybrané a využitě ukazatele

pacientům usnadní orientaci v areálu nebo v konkrétní budově. Pacient se díky kvalitnímu orientačnímu systému nevystavuje zbytečným stresovým situacím, které jsou spojeny s blouděním po budově. Již u hlavního vchodu by měla být vystavena orientační tabule s mapou, na níž jsou popsány jednotlivé budovy s jednoduchým kódovacím popisem. Při zavádění navigačního systému ve zdravotnickém zařízení nesmí být zapomínáno, že se zde budou častěji vyskytovat lidé s různým hendikepem (Spojená akreditační komise, 2011).

V současnosti se setkáváme s tím, že orientační systém není celistvý. Nebývá jednotné značení exteriéru a interiéru. Na tvorbě značení se velice často podílí designové firmy, které opomíjejí funkčnost a čitelnost a upřednostňují design. V některých nemocnicích je možné se setkat s různým značením u jednotlivých klinik a to může zhoršovat orientaci pacientů (Spojená akreditační komise, 2011).

Při vytváření orientačního systému je důležité nejdříve důkladně promyslet, kudy chceme pacienta vést. Vybíráme takové orientační ukazatele, písmo a piktogramy, které budou pro pacienta nejlépe čitelné a srozumitelné. Pokud uvažujeme o použití barevného značení, musíme se vyvarovat červené barvy, která je určena pro označení nebezpečí. Informační tabule by neměly být na křídlech dveří, která bývají otevřená. Ve výhledu na informační tabule by neměly vadit další předměty, jako například automat na kávu nebo vystavená reklama (Spojená akreditační komise, 2012).

Mezi nejčastější faktory, které mohou ztížit nebo bránit v orientaci, patří příliš dekorativní typ písma nebo deformované zúžené písmo na informačních tabulích. Potíží je užití písma s příliš uzavřenými tahy, malé nebo nepravidelné mezery mezi znaky. Problémem může být zanechání příliš malé vzdálenosti nápisu a symbolů od lemů tabulek, orámování symbolů, užití symbolů s nečitelnými detaily (Spojená akreditační komise, 2012).

Monolitové nemocnice, co se týče orientace, mají oproti pavilonovým nemocnicím nevýhodu. Návštěvníci se v těchto budovách hůře orientují, což může ještě ztížit velké množství chodeb, výtahů a dveří (Spojená akreditační komise, 2012).

V zahraničních zemích se touto problematikou zabývá tým odborníků, který je pověřen vytvořit kvalitní orientační systém. Spolupracují spolu lidé, kteří mají vědomosti z oboru designu, psychologie, sociologie, architektury a logistiky (Spojená akreditační komise, 2011).

## **2.6 Systém evidence pacientů**

Na základě potřeb a požadavků ambulantních lékařů studenti brněnského Vysokého učení technického vytvořili systém evidence pacientů EVIPA. Tato novinka se zatím testuje v 5 ordinacích v Brně. Jedná se o čtečky karet, díky nimž lékař vidí, kolik pacientů čeká v ordinaci na vyšetření. Samotným pacientům tento systém ušetří čas strávený v čekárně. Používání tohoto systému je pro pacienty jednoduché, podle výzkumu s ním nemají problém ani starší pacienti. Stačí pouze po příchodu do čekárny přiložit svou kartičku pojišťovny. Čtečka rozezná, zda je pacient objednan, nebo se vrátil z jiného vyšetření. Podle toho je pacient zařazen do pořadníku, dle kterého zve zdravotní sestra pacienty do ordinace. Tím, že čtečka pracuje s kartičkou pojišťovny, nemusí pacient už předkládat kartičku sestře. Data jsou zkopírována a zobrazí se sestře v počítači (Hartmann, 2014).

## **2.7 Hygienické požadavky na úklid**

Dle vyhlášky č. 306/2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče se úklid všech prostor musí provádět každý den na vlhko. Pokud je potřeba, úklid se provádí i častěji. Proto by podlahová krytina měla být z takového materiálu, aby nebyla častým omýváním rychle ničena. Pro úklid se používají běžné čisticí prostředky a dezinfekční prostředky s virucidním účinkem (proti širokému spektru virů), a to zejména na pracovištích akutní lůžkové péče intenzivní, operačních a zákrokových sálkách, chirurgických a infekčních odděleních, v prostorách, kde se provádějí invazivní výkony a odběr biologického materiálu, v laboratořích, na záchodech a v koupelnách. Na odděleních akutní lůžkové péče standardní se mohou při úklidu používat běžné čisticí prostředky (Česko, 2012).

Malování místností se odvíjí od charakteru činnosti zdravotnického zařízení. Na zákrokových a operačních sálech, odděleních akutní lůžkové péče intenzivní, laboratořích, dětských odděleních a infekčních odděleních se výmalba provádí jednou za rok. Ostatní prostory (mimo prostory, kde se neposkytují zdravotní služby) se malují jednou za dva roky. Pokud dojde k potřísnění stěn a stropů biologickým materiálem, malování místností zdravotnického zařízení se provádí vždy (Česko, 2012).

## 2.8 Reklama ve zdravotnickém zařízení

V současné době dochází k dynamickému rozvoji umístování reklam v lékárnách a čekárnách zdravotnických zařízení. Reklama se vyskytuje v televizi, rádiích, tisku nebo na plakátech. Pojem reklama je definován jako oznámení, předvedení nebo jiná prezentace, šířená především komunikačními médii, jejichž cílem je podpořit podnikatelskou činnost, zejména podpořením spotřeby nebo prodeje zboží. Pro léky zákon používá pojem humánní léčiva, aby odlišil léčiva určená pro lidi a pro veterinární účely. Reklama na humánní léčiva má přesně daná pravidla (Metyš, 2011, s. 116-119).

V zákoně č. 40/1995 o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů, jsou uveřejněny požadavky na reklamu na humánní léčivé přípravky, která je zaměřená na širokou veřejnost. Předmětem reklamy mohou být jen ta léčiva, která mohou být použita bez lékařského předpisu a ta léčiva, která nespádají mezi omamné a psychotropní látky. Reklama nesmí naznačovat, že léčivý přípravek má zaručený pozitivní efekt a nejsou s ním spojeny žádné nežádoucí účinky. Je zakázáno, aby reklama naznačovala, že při neužití léčivého přípravku může být nepříznivě ovlivněn zdravotní stav člověk, s výjimkou vakcinačních akcí schválených Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Reklama zaměřená na širokou veřejnost musí obsahovat přesný název léčiva, který je uveden v rozhodnutí o registraci. Je nutné, aby reklama obsahovala informace, jak správně používat léčivo. Na reklamě musí být zřetelně zobrazena výzva k přečtení příbalové informace (Česko, 1995).

### 3 Čekárna zdravotnického zařízení- požadavky v zahraničí

Ministerstvo zdravotnictví v Dubaji zveřejnilo tyto požadavky na zdravotnická zařízení a čekárny. Minimální šířka chodeb musí být 1 520 mm a minimální šířka dveří by měla být 863 mm. Pokud je ale vchod určen pro pacienty na invalidním vozíku, musí mít dveře šířku 1 120mm. V České republice je minimální šířka bezbariérového vchodu 800 mm. Podlahová krytina musí být snadno udržovatelná a odolná. Na schodišti a na místech, kde je často vlhko, musí být protiskluzová podlahová krytina. V čekárně lze umístit koberec, je ale nutné, aby byl v jednom kuse, napnutý a připevněný k podlaze. Stěny musí být hladké a omyvatelné. Je třeba vyhnout se vysoce lesknoucím se povrchům, které by mohly vytvářet odlesky a oslňovat pacienty. V čekárně zdravotnického zařízení je umístěna recepce s informačním pultem, který je viditelný hned při vstupu. Mužská a ženská část čekárny musí být pod dohledem zaměstnanců. V ženské části čekárny musí být zajištěna kontrola. Rozdělení čekárny na mužskou a ženskou část, je zásadním rozdílem proti čekárně v České republice. V čekárně musí být k dispozici pitná voda. Pro každého pacienta by měla být k dispozici dvě sedadla, aby si případně mohl sednout i pacientův doprovod. WC musí být snadno přístupné z čekárny (Government of Dubai, 2012).

V Americe se požadavky na čekárny trochu liší. Chodby musí mít minimální šířku 1 118 mm. Dveře musí být široké minimálně 914 mm. Součástí čekárny je recepce, jejíž pult je v takové výšce, aby byl přístupný i vozíčkářům. Hned při vstupu do čekárny musí pacienty vidět recepci, aby bylo jasné, kde se má při příchodu hlásit. Stěny čekárny by měly být omyvatelné. Doporučuje se čekárnu barevně vyzdobit. Je možné umístit v čekárně koberec, které se ale musí každé tři měsíce čistit. Výhodou koberců je, že jsou dobrým izolantem hluku. Nábytek by měl být omyvatelný a nemělo by se zapomínat i na nábytek, který je způsoben obézním pacientům. Počet míst k sezení se vypočítává podle množství ošetřených pacientů za hodinu, které vynásobíme číslem 1,5 nebo 2,5. Tím se zajistí i sezení pro doprovod, který přichází s pacientem. V Americe je běžné, že si lékaři zařizují svoje čekárny za pomoci designérů (Medical economics, 2003).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část práce popisuje jednotlivé fáze výzkumu. Ze začátku zde jsou popsány výzkumné otázky a hypotézy, následuje metodika práce a výsledky kvantitativního výzkumu. Součástí je i statistické ověření stanovených hypotéz, diskuze a závěr práce.

## 4 Výzkumné otázky a hypotézy

### Otázka č. 1

Odpovídá materiálně-technické vybavení čekáren a toalet u ambulantních lékařů konkrétního nemocničního zařízení stanoveným požadavkům?

### Otázka č. 2

Odpovídá hygienická úroveň čekáren a toalet v čekárnách ambulantních lékařů v konkrétním nemocničním zařízení daným kritériím?

### Hypotéza č. 1

Při první zkoušce jsou toalety (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách umyty.

**H<sub>0</sub>**: Není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

**H<sub>A</sub>**: Je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

### Hypotéza č. 2

Při druhé zkoušce jsou toalety (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách umyty.

**H<sub>0</sub>**: Není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

**H<sub>A</sub>**: Je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

### **Hypotéza č. 3**

Výsledky druhé zkoušky čistoty toalet budou lepší než výsledky první zkoušky.

**H<sub>0</sub>**: Není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) mezi první a druhou zkouškou.

**H<sub>A</sub>**: Je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) mezi první a druhou zkouškou.



## **5 Metodika**

Pro výzkumnou část diplomové práce jsem použila kvantitativní šetření. Výzkumné šetření probíhalo v lednu a březnu roku 2014 a trvalo celkem sedm dní. Zkoumání začínalo vždy od 9:00 hod. a končilo okolo 12:00 hod. Výzkumné šetření bylo schváleno vedením vybrané krajské nemocnice, lékaři a sestry v příslušných čekárnách o něm nevěděli. Personál o výzkumu nebyl informován z toho důvodu, aby nemohla být data nějakým způsobem zkreslena.

### **5.1 Výzkumný nástroj**

Data byla sbírána metodou přímého nezúčastněného pozorování a umělého experimentu.

#### **5.1.1 Pozorování**

Pozorování je výzkumná metoda, při které se úmyslně, systematicky a cíleně sledují konkrétně určené jevy. Pozorování by mělo být nezaujaté, spolehlivé a pečlivé. Přímé pozorování koná přímo výzkumník, bezprostředně a systematicky pozoruje určené jevy, aniž by pozorovaný jev nějakým způsobem ovlivňoval například dotazováním. Pozorování spadá mezi základní metody pro sběr dat. Nezúčastněné pozorování spočívá v tom, že výzkumník podle určených pravidel pozoruje jevy, aniž by se nějak angažoval, např. pouze prochází nemocničním zařízením. Pozorovatel je vybaven záznamovým archem, který je zároveň vodítkem při pozorování a zaznamenává do něj, co zpozoroval (Kutnohorská, 2009, s. 35-37).

#### **5.1.2 Experiment**

Podstata experimentu spočívá v umělém vytvoření určité žádoucí situace. Experiment vychází z možného předpokladu, který se má v průběhu zkoumání ověřit (Kutnohorská, 2009, s. 44).

#### **5.1.3 Popis průběhu výzkumného šetření**

Pro shromáždění dat jsem si vytvořila záznamový arch (Příloha A), který se skládá z 6 oblastí. Prvních pět oblastí, obsahovalo 24 otázek. Otázky se zaměřovaly na technické vybavení čekáren, čistotu čekáren a WC, zaměřovaly se i na technické požadavky na bezbariérová WC, bezbariérovost prostředí čekáren a orientační systém. Při jejich tvorbě jsem vycházela z vyhlášek a standardů, ale i ze svých zkušeností při čekání v čekárnách.

Na otázky jsem odpovídala ano (splněno), či ne (nesplněno). Pozorování jsem prováděla pouze jeden den v lednu, od 9:00 přibližně do 12:00 hodin. Celou čekárnu jsem si prošla a na pár minut jsem se v ní posadila, abych si ji prohlédla a zároveň zaznamenala zjištěné údaje. Poté jsem zkoumala příslušné toalety, jejich čistotu, zápach a vybavenost hygienickým materiálem. Součástí bylo i hodnocení bezbariérových toalet, jejichž rozměry jsem si přeměřovala metrem. Zjištěné informace jsem hned zaznamenávala do záznamového archu.

Poslední oblast zahrnovala experiment, který měl odhalit, zda jsou WC v čekárnách denně umývány. K provedení experimentu byl využit neviditelný fix, který lze vidět pouze pod UV světlem. Fix je dobře omyvatelný vodou, proto mohl posloužit při experimentu jako předmět, který WC znečistí. Tento test jsem opakovala po dvou měsících, zda došlo k nějaké změně v úklidu na toaletách. Proto je experiment rozlišován na dvě zkoušky.

Pro svůj experiment s neviditelným fixem jsem si určila, že budu sledovat kvalitu úklidu na splachovadle, záchodovém prkénku a na vnější straně WC mísy. Splachovadlo a záchodové prkénko jsou z mého pohledu místa, kterých se lidé nejvíce dotýkají, a proto by na ně měl být při úklidu kladen důraz. Vnější strana WC mísy je zase podle mého názoru místo, které je při úklidu opomíjeno (Příloha B).

První zkouška byla provedena v měsíci lednu a trvala čtyři dny. První den jsem označila předem určená místa fixem a záměrně tak znečistila toaletu. Po další tři dny jsem chodila toalety kontrolovat, zda došlo k odstranění všech značek. Pokud byla značka na určeném místě odstraněna, považovala jsem místo za umyté. Kontroly po 24 hodinách jsem prováděla z toho důvodu, že dle vyhlášky č. 306/2012 o podmínkách předcházení a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče se úklid všech prostor zdravotnických zařízení provádí denně na vlhko, dle potřeby i častěji (Česko, 2012). Druhá zkouška proběhla v měsíci březnu, tedy po uplynutí dvou měsíců od první zkoušky. Důvodem bylo to, abych zjistila, zda získaná data z první zkoušky byla jen náhodná, či ne. Domnívala jsem se, že výsledky budou lepší než při první kontrole. Přimělo mě k tomu to, že dané zdravotnické zařízení pracuje na odstraňování nedostatků a zlepšování postupů, a proto jsem předpokládala lepší výsledky. Při druhé zkoušce jsem prováděla kontrolu přítomnosti značek po 24 hodinách a po týdnu. Po týdnu proto, že dle zadávacího dokumentu pro úklidovou firmu, který je na webových stránkách zkoumaného zdravotnického zařízení,

by měly být umyty již všechny části WC, tedy i záchodová mísa z vnější strany, kterou jsem fixem označovala.

## **5.2 Výzkumný vzorek**

Výzkumným vzorkem byly čekárny ambulantních lékařů v jedné krajské nemocnici. Celkem jsem navštívila čekárny 53 ambulantních lékařů. Jelikož jsem hodnotila čekárnu a WC a v některých případech mělo několik ambulancí společnou čekárnu i WC, byla jsem nucena některé ambulance sloučit a hodnotit ji jako jednu. Z tohoto důvodu jsem vypracovala 22 záznamových archů, do nichž jsem zaznamenávala výsledky mého pozorování. Ambulance byly různých oborů, od interních, chirurgických až po radiodiagnostickou ambulanci.

## **5.3 Analýza dat**

Výsledky provedeného výzkumu jsou zpracovány v kapitole: Prezentace a interpretace získaných dat. Získaná data jsou vždy slovně popsána. Některá data jsou zobrazena v tabulkách a grafech. Při zpracování výzkumné části byl využit program MS Office Excel 2007. K statistickému šetření hypotéz jsem využila software STATISTICA 12 a MS Office Excel 2007.

## 6 Prezentace a interpretace získaných dat

V následující oblasti jsou zpracována a prezentována data, která byla získána pomocí pozorování a vytvoření umělého experimentu za použití neviditelného fixu. Každá sledovaná položka je doplněna slovním komentářem.

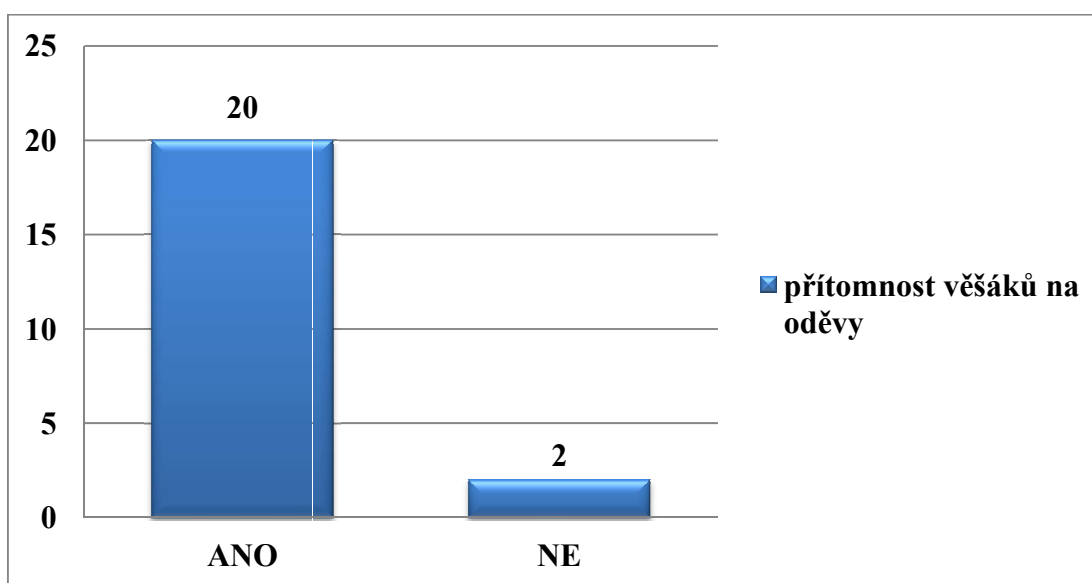
### 1. oblast: čekárna zdravotnického zařízení

a/ Je v čekárně zdravotnického zařízení minimálně 6 míst pro sezení?

Z mého pozorování jsem zjistila, že v konkrétním nemocničním zařízení všech 22 ambulancí, splnilo požadovaný minimální počet sedacího nábytku.

b/ Jsou v ambulancích přítomny věšáky na oděvy?

Ve 2 ambulancích nebyly k dispozici věšáky na oděvy. V ostatních 20 ambulancích věšáky na oděvy přítomny byly. Všimla jsem si však, že v některých čekárnách nebylo úměrné množství věšáků, v poměru s množstvím pacientů, čekajících v čekárně. Proto si někteří pacienti museli kabáty držet, nebo je pokládat na sedadla vedle sebe.



Obrázek 2 Graf zobrazující četnost výskytu věšáků v čekárnách, ( $n = 22$ )

c/ Působila čekárna čistým dojmem?

Podle mého subjektivního názoru žádná z mnou navštívených čekáren nebyla zásadně znečištěna. V době, kdy jsem prováděla pozorování, bylo deštivé počasí a i tento faktor jsem brala na vědomí. Při hodnocení čistoty čekárny jsem zvlášť hodnotila čistotu zdí, lavic, židlí, podlahy, přítomnost odpadkového koše a přítomnost prachu na květinách, pokud byly v čekárně umístěny. V jednom případě jsem objevila, že byla znečištěna zeď (Tabulka 1).

Tabulka 1 Čistota zdí, sedacího nábytku a podlahy.

	Čisté	Nečisté
<b>Zdi</b>	21	1
<b>Lavice, židle</b>	22	0
<b>Podlaha</b>	22	0

Odpadkový koš chyběl ve 3 čekárnách. 10 čekáren využilo k výzdobě květiny. Jednalo se převážně o umělé květiny. V 7 případech byla přítomna na květinách značná vrstva prachu (Tabulka 2).

Tabulka 2 Přítomnost odpadkového koše a prachu na květinách

	ANO	NE
<b>Přítomnost odpadkového koše</b>	19	3
<b>Přítomnost květin v čekárnách</b>	10	12
<b>Prach na květinách</b>	7	3

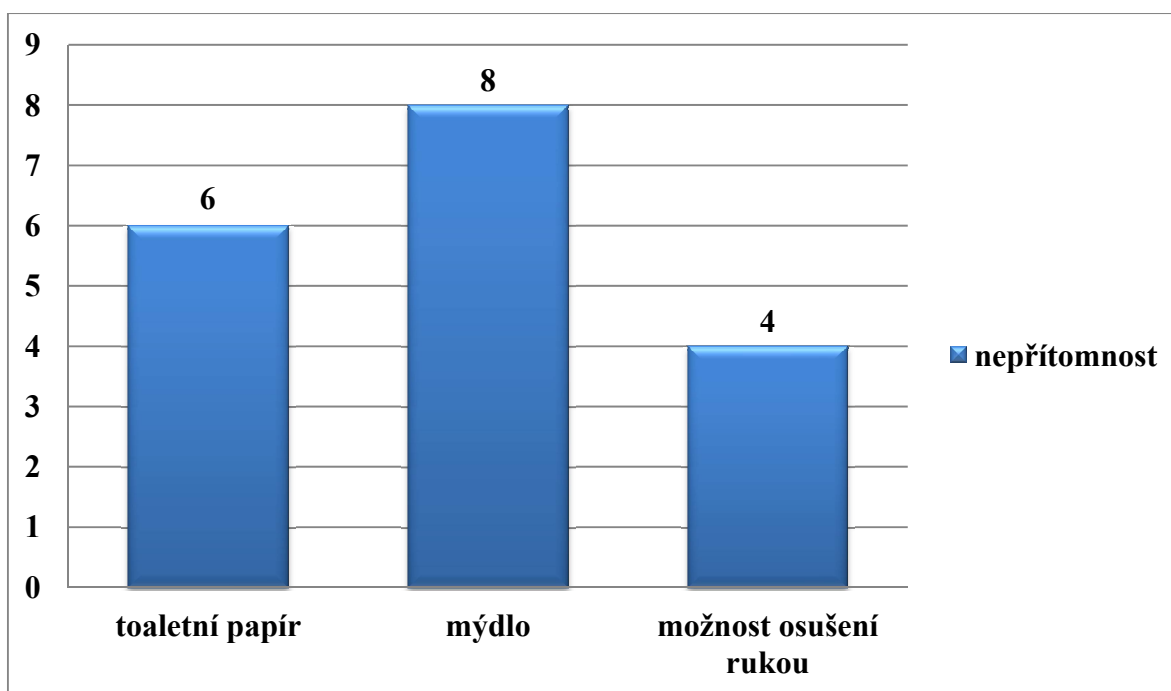
d/ Byla podlahová krytina v čekárnách poškozena?

Tato sledovaná položka se potvrdila pouze v jednom případě, kdy bylo v čekárně potřhané lino. Nejednalo se o velké poškození, které by ohrožovalo přítomné pacienty pádem.

## 2. oblast: WC

a/ Je na WC k dispozici toaletní papír, mýdlo, papírové utěrky nebo jiný prostředek k osušení rukou?

V 13 případech nebyla toaleta vybavena některými hygienickými prostředky. Nejčastěji nebylo v dávkovači doplněné mýdlo, a to na 8 toaletách. V 6 případech nebyl k dispozici toaletní papír a ve 4 případech nebylo možné si na toaletách usušit ruce. Pokud byla na toaletách zajištěna možnost osušení rukou, byly k tomu nejčastěji využity jednorázové papírové utěrky nebo elektrický vysoušeč rukou. V 9 případech na WC nechybělo nic. Zjištěné výsledky jsou znázorněny v grafu (Obrázek 3). Připomínám, že výzkum jsem prováděla v dopoledních hodinách, kdy by hygienické prostředky ještě neměly být spotřebovány. Na některých toaletách bylo pověšeno zrcadlo, což považuji za pozitivum.



Obrázek 3 Graf zobrazující nedostatek hygienických prostředků na toaletách

**b/** Byly toalety a jejich prostory bez technických závad?

Na 13 toaletách jsem nezpozorovala žádné technické závady. U zbylých 9 toalet se jako nejčastější závada vyskytovalo utržené splachovadlo (3x) a nesvítící světlo (2x). Jako další, méně se vyskytující závady, jsem zpozorovala poškozené nebo chybějící WC prkénko, rozbitá vodovodní baterie, u které nebyl připevněn kohoutek, a rozbitý koš na WC, kdy měl koš utržené víko.

**c/** Působily toalety čistým dojmem?

Při mém výzkumu jsem objevila 5 toalet, které na mě nepůsobily čistě. Jednalo se převážně o znečištěné WC mísy uvnitř i vně, záchodová prkénka a o podlahu. Toalety byly znečištěny exkrementy, krví nebo nacákáním vody z umyvadel na podlahu a rozšlapáním nečistot po prostorách toalety.

**d/** Byl na toaletách přítomen zápach?

Podle mého subjektivního hodnocení jsem zaznamenala na 4 toaletách zápach různé intenzity. Ve zbylých 18 případech zápach nebyl přítomen. I přes zákaz kouření jsem na jedné toaletě silně cítila cigaretový kouř.

### **3. oblast: Bezbariérové WC**

Při provádění mého výzkumu jsem navštívila 53 ambulancí. Toalety, které byly označeny jako bezbariérové, jsem objevila pouze 3. V nemocničním zařízení byly ještě 2 toalety, které se podobaly bezbariérovým toaletám (šířka dveří, madlo vedle WC mísy, prostorná záchodová kabina), ale nebyly označeny jako bezbariérové a nesplňovaly přesné požadavky z vyhlášky č. 398/2009 o obecných technických požadavcích, zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Hodnotím tedy jen 3 toalety a zbylé 2 popisuji v diskusi.

**a/** Obsahuje bezbariérové WC požadované technické vybavení (umyvadlo, háček na oděvy, odpadkový koš)?

Jedna z vyznačených bezbariérových toalet neměla v kabině háček na oděvy. Jinak obsahovaly vše výše uvedené.

**b/** Otevírají se dveře na bezbariérových toaletách směrem ven?

Tento požadavek splnily všechny pozorované toalety.

**c/** Jsou dveře bezbariérových WC opatřeny madlem?

V jednom případě dveře zkoumaných bezbariérových toalet nebyly vybaveny požadovaným madlem, které usnadňuje pacientů jejich otevírání. Pacienti si dveře museli otevírat bez pomoci madla.

**d/** Jsou bezbariérová WC vybavena signalizačním zařízením?

U jedné z hodnocených bezbariérových toalet nebylo nainstalované signalizační zařízení.

**e/** Je signalizační zařízení na bezbariérových toaletách v optimální vzdálenosti od WC mísy?

Signalizační zařízení, které bylo instalováno pouze u 2 toalet, bylo umístěno v optimální vzdálenosti od WC mísy, aby bylo pacientům na dosah.



**f/** Je signalizační zařízení u bezbariérových toalet v požadované výšce 600-1200 mm nad zemí?

Signalizační zařízení, které bylo instalováno pouze u 2 toalet, bylo v požadované výšce 600-1200 mm nad zemí.

**g/** Jsou po obou stranách bezbariérového WC zabudována madla?

U všech kontrolovaných WC byla nainstalována madla po obou stranách WC mísy.

#### **4. oblast: Bezbariérovost prostředí čekárny**

**a/** Jsou v čekárnách ambulantních lékařů vyznačeny umělé vodící linie?

Během mého šetření jsem neobjevila v žádné čekárně ambulantních lékařů umělé vodící linie (pásy, pásky, knoflíky z plastu či kovu), které slouží k orientaci osob se zrakovým postižením při pohybu v interiéru.

## **5. oblast: Orientační systém**

V této oblasti jsem zkoumala orientační tabule, které byly umístěny v interiérech zdravotnického zařízení. Nejčastěji na orientačních tabulích byly vypsané ambulance a oddělení a k nim přiřazeny šipky, které ukazovaly směr, kde se nachází. Na některých tabulích byl zobrazen půdorys chodby s popisem.

**a/** Jsou jasně pochopitelné orientační tabule?

Podle mého subjektivního názoru bylo 17 orientačních tabulí jasně pochopitelných a dalo se podle nich snadno zorientovat v prostředí. V 5 případech byly podle mého názoru orientační tabule nejasné a pro pacienta při první návštěvě nesrozumitelné, jaký směr ukazují.

**b/** Je písmo na orientačních tabulích čitelné?

Při čtení v orientačních tabulích bylo podle mého názoru v 17 případech písmo snadno čitelné. V 5 případech jsem zjistila, že písmo je malé, tudíž nedostatečně viditelné. Zejména pak pro návštěvníky s poruchou zraku byla nevhodně zvolena velikost písma na tabulích.

**c/** Jsou orientační tabule přístupné a dobře viditelné i vozíčkářům?

Při mém šetření jsem vyzorovala, že orientační tabule jsou nainstalovány poměrně vysoko nad zemí. Pokud tedy nejsou tabule popsány velkými písmeny a číslicemi, vozíčkář nemá šanci je přečíst anebo velmi obtížně. Ve sledovaném zařízení bylo 17 orientačních tabulí, které byly popsány dostatečně čitelně a podle mého názoru by z nich snadno četli i vozíčkáři. Z mého pohledu u 5 tabulí, které byly popsány drobným písmem a zároveň byly umístěny vysoko nad zemí, vozíčkáři nemusí být schopni přečíst popisky, které na tabulích byly.

## **6. oblast: Kontrola důkladnosti úklidu WC pomocí neviditelného fixu s UV světlem**

### **1. zkouška:**

Tento test spočíval v tom, že jsem si určila místa, kde budu aplikovat neviditelný fix, který lze vidět pouze pod UV světlem. Po označení míst jsem prováděla kontrolu po 24 hodinách, zda došlo k odstranění značek. Určila jsem, že budu provádět fixem značky na splachovadle, zadní části záchodového prkénka a na vnější straně WC mísy (Příloha B).

Druhý den po označení míst neviditelným fixem jsem šla zjistit, zda jsou místa umyta. Pomocí UV světla jsem hodnotila, zda jsou označená místa umyta, umyta částečně, nebo neumyta vůbec. Pokud bylo u některých WC po 1. kontrole zjištěno, že jsou některá místa neumyta nebo jen částečně, byla opět překontrolována následující den. Pokud i po 2. kontrole bylo zjištěno, že označená místa nejsou důkladně umyta, byla provedena 3. kontrola následující den, tedy 72 hodin po aplikaci neviditelného fixu. Během výzkumného šetření jsem zjistila následující výsledky.

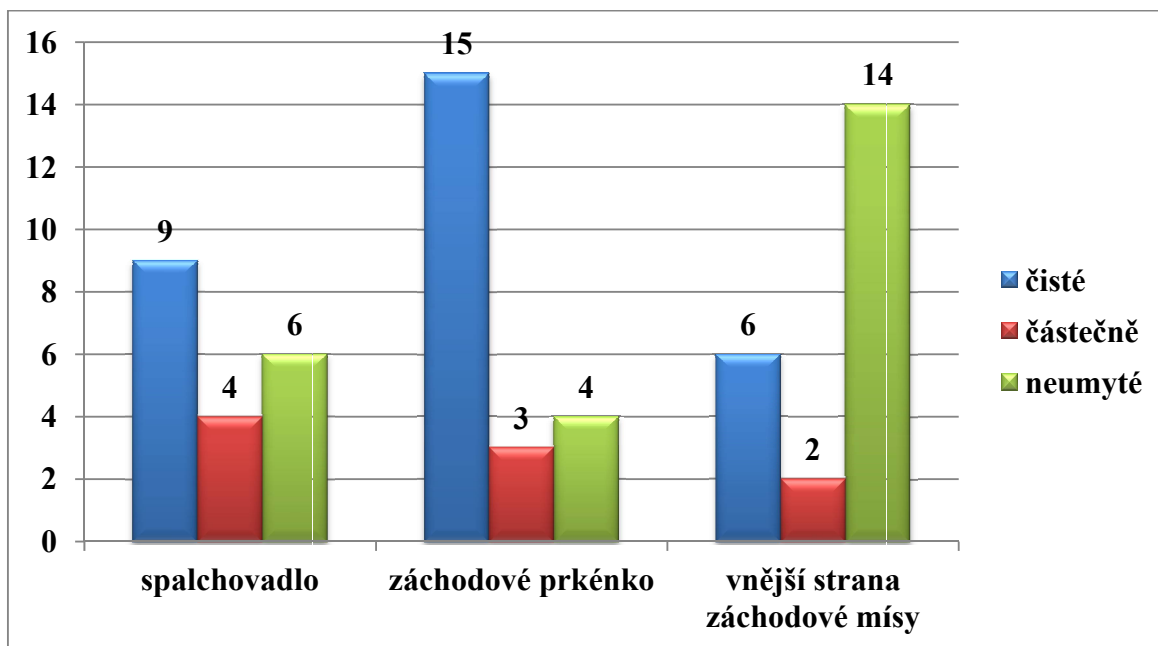
#### **1. kontrola po 24 hodinách:**

*Splachovadlo:* U 3 z 22 WC chybělo splachovadlo, proto jsem hodnotila pouze 18 splachovadel. 9 z nich bylo umyto, 4 byla umyta jen částečně, ale spíše se domnívám, že byl fix částečně smazán dotykem. 6 splachovadel bylo po 24 hodinách neumytých.

*Záchodové prkénko:* Záchodová prkénka byla na 15 WC po 24 hodinách umyta. Ve 3 případech byla jen částečně umyta a ve 4 případech záchodová prkénka nebyla umyta vůbec.

*Vnější strana záchodové mísy:* Vnější strany záchodových mís byly při první kontrole v 6 případech umyty a ve 2 případech umyty jen částečně. 14 záchodových mís nebylo po 24 hodinách umyto vůbec.

Výsledky 1. kontroly jsou graficky zaznamenány (Obrázek 4).



Obrázek 4 Graf s absolutními četnostmi- kontrola úklidu na toaletách, po 24 hodinách, (n=22)

## 2. kontrola po 48 hodinách:

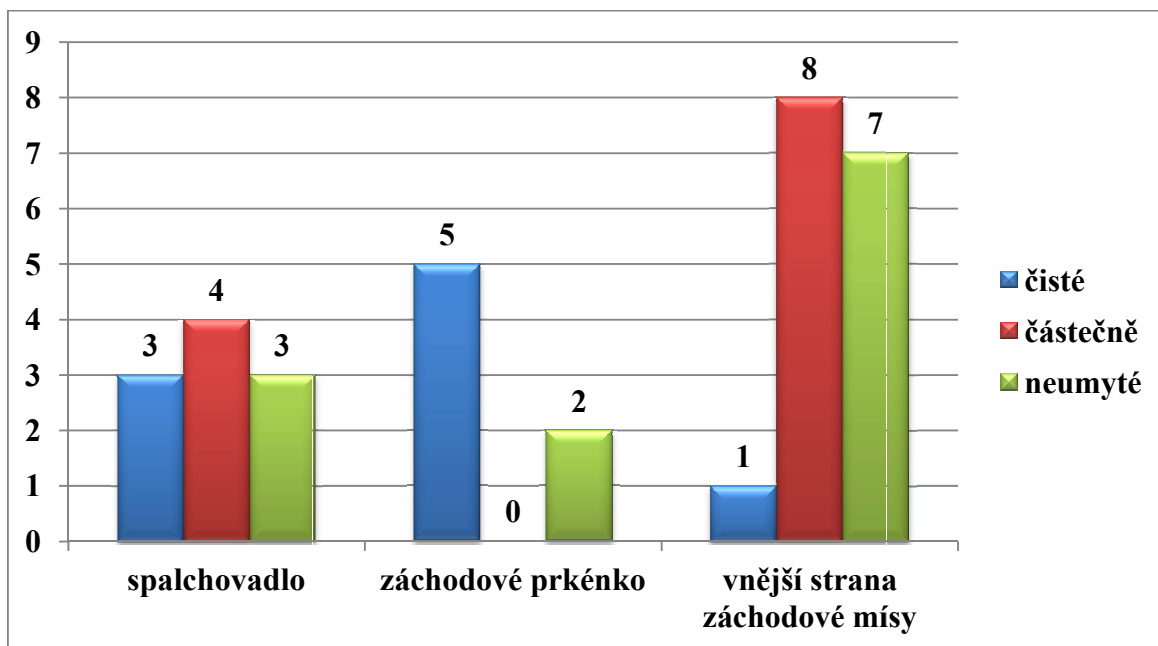
Označená místa, která byla po 24 hodinách neumyta nebo jen z části, jsem šla překontrolovat následující den. Výsledky kontroly přítomnosti neviditelného fixu po 48 hodinách od jeho aplikace jsou následující.

*Splachovadlo:* Z 10 splachovadel, která nebyla umyta předešlý den, byla při druhé kontrole umytá 3, 4 splachovadla byla umyta jen částečně a 3 splachovadla nebyla umyta ani po 48 hodinách po aplikaci neviditelného fixu.

*Záchodové prkénko:* Ze 7 záchodových prkének, která nebyla po první kontrole umyta, jsem při druhé kontrole zjistila, že bylo 5 záchodových prkének umyto a 2 záchodová prkénka nebyla umyta ani po 48 hodinách.

*Vnější strana záchodové mísy:* Po druhé kontrole vnější strany záchodových mís bylo z 16 mís zcela umyta pouze 1, 8 jen částečně a v 7 případech nebyly mísy umyty vůbec.

Výsledky 2. kontroly jsou graficky zaznamenány níže (Obrázek 5).



Obrázek 5 Graf s absolutními četnostmi- kontrola úklidu na toaletách, po 48 hodinách, (n=16)

### 3. kontrola po 72 hodinách:

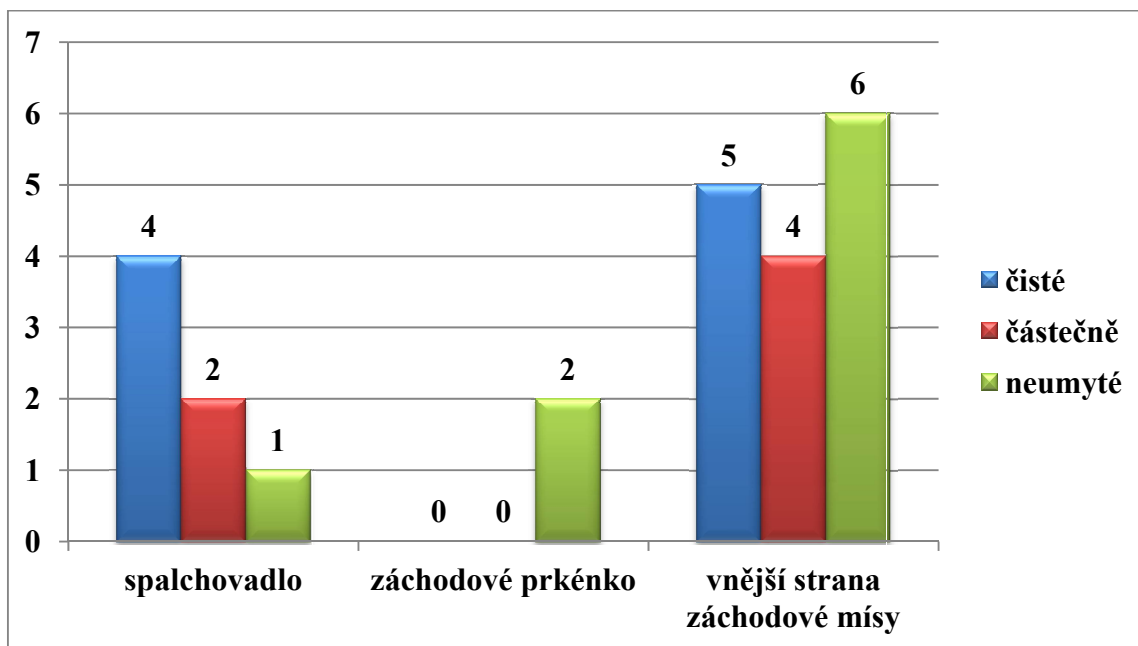
3. kontrolu úklidu toalet jsem prováděla po 72 hodinách od aplikace neviditelného fixu. Kontrola se týkala pouze těch toalet, u kterých po 2. kontrole byl úklid hodnocen jako částečný nebo žádný. Výsledky 3. kontroly jsou následující.

*Splachovadlo:* Ze 7 splachovadel jsem při 3. kontrole zjistila, že jsou 4 umyta a 2 umyta částečně. 1 splachovadlo nebylo ani po 72 hodinách po aplikaci neviditelného fixu umyto.

*Záchodové prkénko:* Při kontrole čistoty dvou záchodových prkének, která nebyla při druhé kontrole umyta, jsem zjistila, že nebyla umyta opět.

*Vnější strana záchodové mísy:* Výsledkem třetí kontroly vnější strany záchodových mís bylo, že u 5 z nich, nebyla zjištěna přítomnost fixu a byly tedy označeny za čisté a další 4 byly vyhodnoceny jako částečně čisté. Zbývajících 6 WC mís nebylo ani po 72 hodinách umyto.

Výsledky 3. kontroly jsou graficky zaznamenány viz. Obrázek 6.



Obrázek 6 Graf s absolutními četnostmi- kontrola úklidu na toaletách, po 72 hodinách, (n= 15)

## 2. zkouška: Opakování experimentu po dvou měsících

Experiment s využitím neviditelného fixu jsem po dvou měsících zopakovala. Opakování jsem provedla z toho důvodu, abych zjistila, zda zjištěné lednové výsledky byly jen náhodné, nebo se jedná o běžný stav. Kontrolu přítomnosti fixu na určených místech WC jsem prováděla po 24 hodinách a po týdnu.

### 1. kontrola po 24 hodinách:

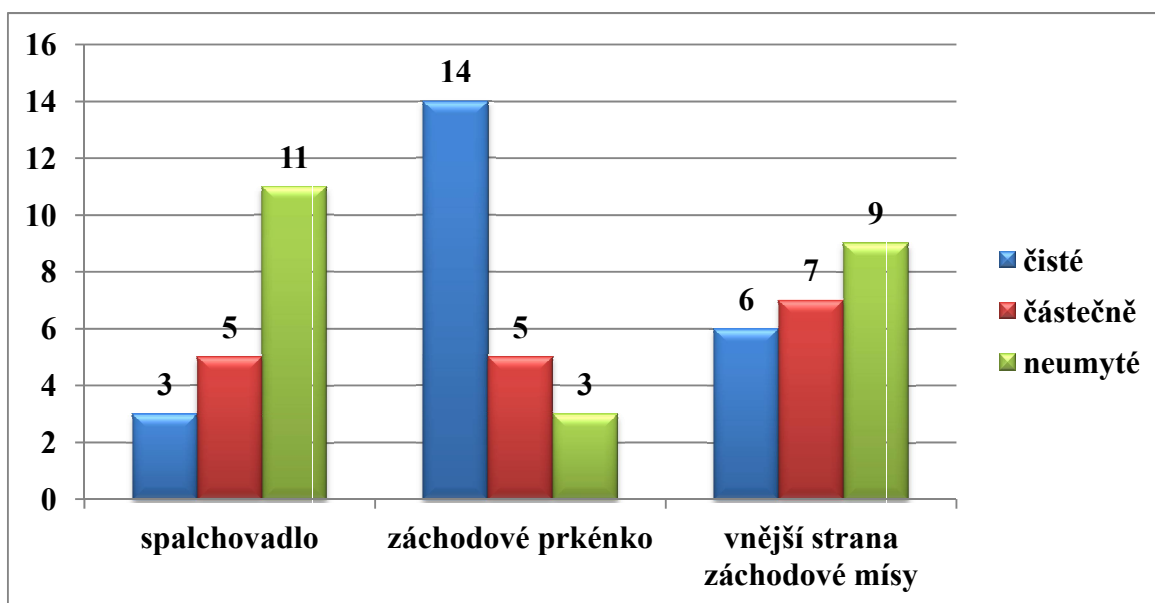
*Splachovadlo:* Z 22 hodnocených toalet bylo u 3 utržené splachovadlo, proto jsem hodnotila pouze 19 z nich. Zjistila jsem, že z 19 splachovadel byla pouze 3 zcela umyta a 5 bylo umyto jen z části. 11 splachovadel z 19 toalet nebylo po 24 hodinách umyto.

*Záchodové prkénko:* Po 24 hodinách od aplikace fixu jsem zjistila, že 14 záchodových prkének bylo zcela umyto a 5 pouze částečně. 3 záchodová prkénka z 22 hodnocených nebyla vůbec umyta.

*Vnější strana záchodové mísy:* Při hodnocení čistoty vnější strany WC mísy bylo 6 toalet ohodnoceno jako čisté a 7 toalet jako částečně čisté. 9 z 22 WC mís nebylo z vnější strany umyto vůbec.

V porovnání s lednovou kontrolou čistoty splachovadel jsem zjistila, že kvalita úklidu byla ještě horší.

Výsledky 2. zkoušky, kdy se hodnotil úklid toalet po 24 hodinách, jsou zobrazeny v grafu níže (Obrázek 7).



Obrázek 7 Graf s absolutními četnostmi- druhá zkouška- hodnocení čistoty toalet po 24 hodinách, (n= 22)

## 2. kontrola po týdnu:

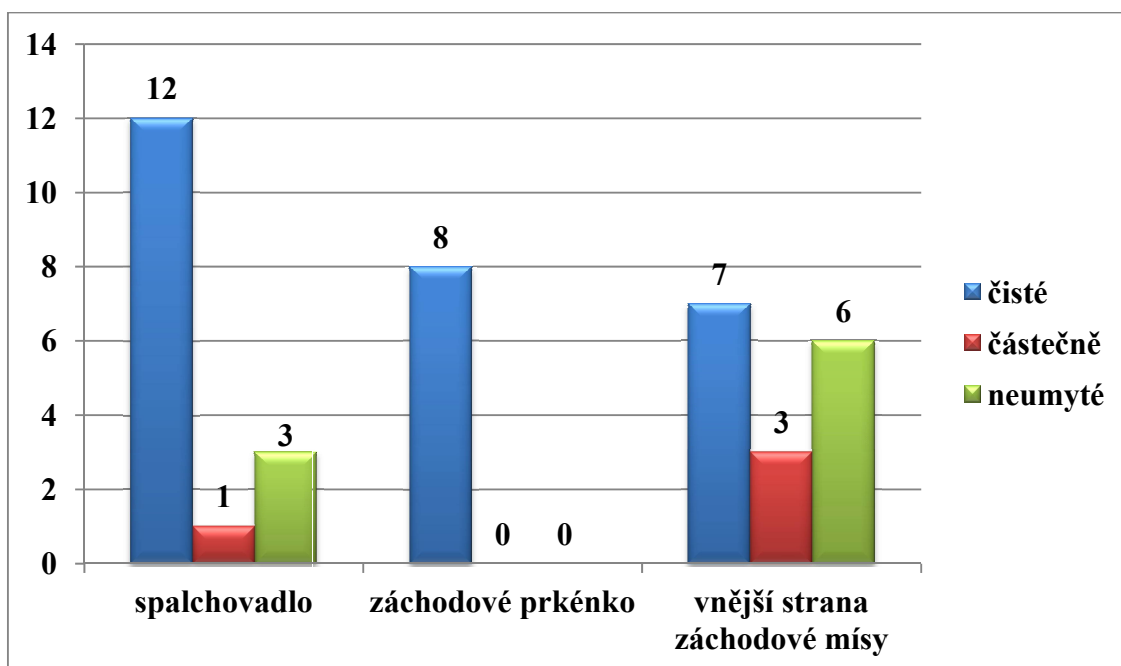
*Splachovadlo:* Z 16 splachovadel, která nebyla umytá, jsem zjistila, že 3 ani po týdnu nebyla umyta opět a jedno splachovadlo bylo umyto jen částečně.

*Záchodové prkénko:* Záchodová prkénka, která nebyla před týdnem umyta, byla nyní již umyta všechna.

*Vnější strana záchodové mísy:* Ani po týdnu nebyly všechny záchodové mísy z vnější strany umyty. 6 záchodových mís nebylo umytých vůbec a 3 jen částečně.

Výsledky 2. zkoušky, kdy se hodnotil úklid toalet po týdnu, jsou zobrazeny v grafu níže (Obrázek 8).





Obrázek 8 Graf s absolutními četnostmi- druhá zkouška- hodnocení čistoty po týdnu, (n=16)

## 6.1 Statistické ověřování hypotéz

### Stanovení hypotéz

Vždy se začíná tím, že je zformulována nulová a alternativní hypotéza. Obecně platí, že nulová hypotéza ( $H_0$ ) tvrdí, že mezi sledovanými jevy není rozdíl, vztah či souvislost. Naopak alternativní hypotéza ( $H_A$ ) předpokládá, že mezi sledovanými jevy významný rozdíl je. Zda přijímáme nebo zamítáme hypotézu se rozhoduje na základě testování nulové hypotézy (Chrástka, 2007, s. 72).

Stanovila jsem si tři pracovní hypotézy. Všechny tři hypotézy se týkaly čistoty toalet a vycházely z dat, která jsem získala provedeným experimentem. Nejprve jsem toalety roztřídila do dvou kategorií na umyté a neumyté. Do kategorie umyté jsem přiřadila ty toalety, u kterých při kontrole úklidu po 24 hodinách nebyla zjištěna přítomnost fixu na splachovadle a ani na záchodovém prkénku. Pokud na jednom z těchto míst byla značka vidět, toaletu jsem určila za neumytou. Čistotu vnější strany záchodových mís jsem do statistického šetření hypotéz nezařadila z toho důvodu, že úklidová firma má povinnost je umývat jednou týdně (z důvodu zajištění anonymity dat neuvádím odkaz, viz. Příloha C). Tímto způsobem mi vyšlo, že při první zkoušce bylo po první kontrole z 22 toalet označeno 10 jako toalety umyté a 12 toalet za neumyté. Při druhé zkoušce, která byla provedena v březnu, jsem označila pouze 6 toalet z 22 za umyté a 16 toalet za neumyté. S těmito výsledky jsem pak pracovala při statistické šetření.

### Hypotéza č. 1

Při první zkoušce jsou toalety (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách umyty.

$H_0$ : Není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

$H_A$ : Je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

Pro statistické ověření stanovené hypotézy č. 1 jsem použila test rozdílů četností. Smyslem tohoto testu je rozhodnout, zda zjištěné rozdíly mezi četnostmi jsou statisticky významné. Testovala jsem rozdíl mezi procentuálními výsledky kontroly čistoty toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách. Absolutní i relativní četnosti nasbíraných dat při kontrole po 24 hodinách jsou v Tabulka 3.

**Vzorec pro výpočet rozdílů četností:**

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i - p_j}$$

n = absolutní četnost

p<sub>i</sub> = první nejvyšší relativní četnost

p<sub>j</sub> = druhá nejvyšší relativní četnost

*Tabulka 3 Četnosti první, lednové zkoušky čistoty toalet, při kontrole po 24 hodinách*

	ni	pi v %	pi
<b>Umyto</b>	<b>10</b>	<b>45</b>	<b>0,45</b>
<b>Neumyto</b>	<b>12</b>	<b>55</b>	<b>0,55</b>
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>1,00</b>

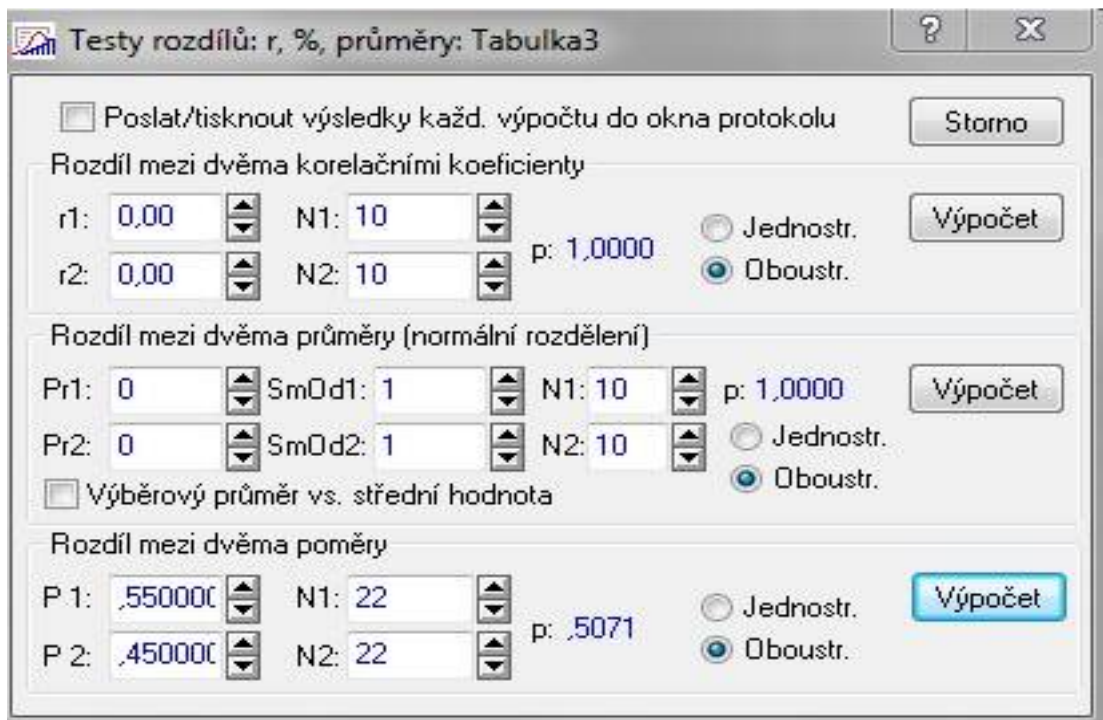
V tabulce vidíme, že statistická většina toalet byla neumytá- 55%.

**Výpočet vzorce:**

$$x^2 = n * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i - p_j}$$

$$x^2 = 22 * \frac{(0,55 - 0,45)^2}{0,55 - 0,45}$$

$$x^2 = 2,2$$



Obrázek 9 Výpočet testu rozdílů první, lednové zkoušky čistoty toalet, (STATISTICA 12)

Hladina významnosti- p: **0,05**

Vypočítaná hodnota p: **0,5**

Vypočítaná hodnota: **2,2**

Tabulková hodnota: **3,841459**

### **Závěr:**

Vypočítaná hodnota je menší než tabulková a zároveň vypočítaná hodnota p je větší než 0,05, proto přijímám  $H_0$ .

Dle vypočítané statistiky mohu tvrdit, že není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet po 24 hodinách.

## Hypotéza č. 2

Při druhé zkoušce jsou toalety (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách umyty.

$H_0$ : Není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách.

$H_A$ : Je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách

K ověření hypotézy č. 2 jsem použila stejný postup jako při ověřování hypotézy č. 1.

Statisticky vyhodnocuji rozdíl v čistotě při druhé kontrole, která probíhala v měsíci březnu.

Zjištěné četnosti jsou zobrazeny v Tabulka 4.

Tabulka 4 Četnosti druhé, březnové zkoušky čistoty toalet při kontrole po 24 hodinách

	ni	pi v %	pi
Umyto	6	27	0,27
Neumyto	16	73	0,73
Celkem	22	100	1,00

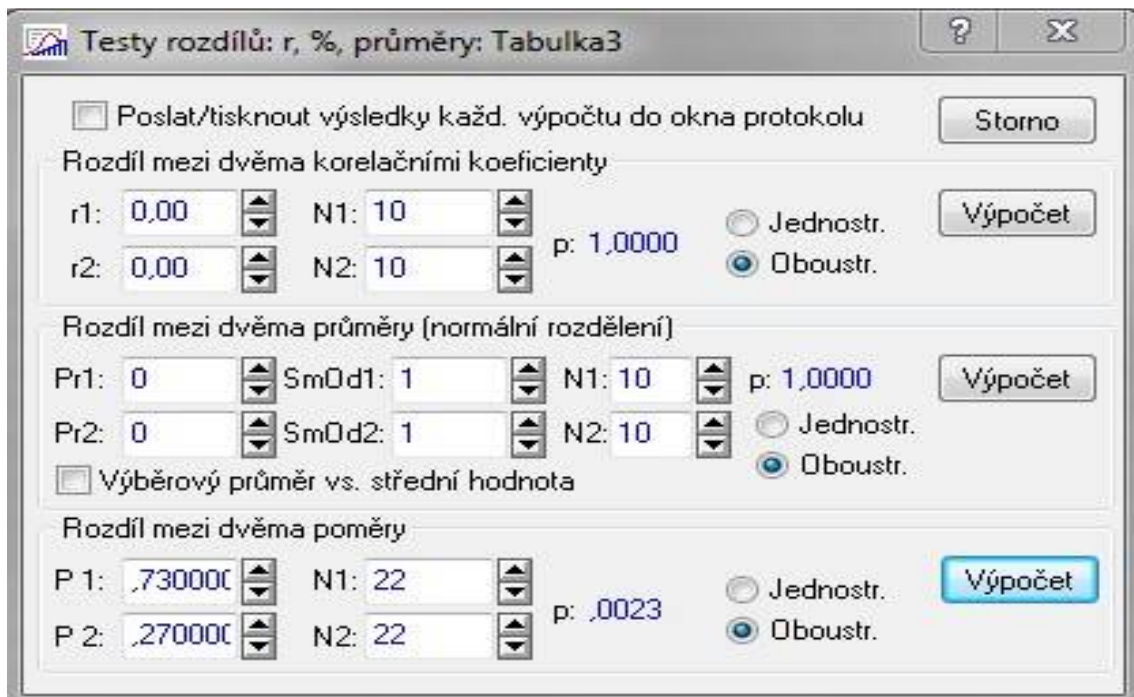
V tabulce vidíme, že statistická většina toalet byla neumytá- 73%.

**Výpočet vzorce:**

$$x^2 = 100 * \frac{(p_i - p_j)^2}{p_i - p_j}$$

$$x^2 = 22 * \frac{(0,73 - 0,27)^2}{0,73 - 0,27}$$

$$x^2 = 10$$



Obrázek 10 Výpočet testu rozdílů druhé, březnové zkoušky čistoty toalet, (STATISTICA 12)

Hladina významnosti-  $p$ : **0,05**

Vypočítaná hodnota  $p$ : **0,0023**

Vypočítaná hodnota: **10**

Tabulková hodnota: **3,841459**

### **Závěr:**

Vypočtená hodnota je vyšší než tabulková, zároveň vypočítaná hodnota  $p$  je menší než 0,05, proto zamítáme  $H_0$  a přijímáme  $H_A$ .

Dle vypočítané statistiky lze tvrdit, že je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet. Při pohledu na tabulku s výsledky můžeme tvrdit, že toalety nebyly umyté.

### Hypotéza č. 3

Výsledky druhé zkoušky čistoty toalet budou lepší než výsledky první zkoušky.

$H_0$ : Není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) mezi první a druhou zkouškou.

$H_A$ : Je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet (splachovadlo+ záchodové prkénko) mezi první a druhou zkouškou.

K ověření hypotézy č. 3 jsem zjišťovala rozdíl mezi dvěma poměry ve stejné populaci. Cílem bylo zjistit, zda je statisticky významný rozdíl v čistotě toalet mezi první a druhou zkouškou. Zjištěná data o neumytých toaletách při první a druhé zkoušce jsou zaznamenána v Tabulka 5.

Tabulka 5 Četnosti neumytých toalet při první a druhé zkoušce

Neumyto	ni	pi v %	pi
První zkouška	12	55	0,55
Druhá zkouška	16	73	0,73

V tabulce vidíme, že větší množství neumytých toalet bylo při druhé kontrole.

Testy rozdílů: r, %, průměry: Tabulka3

Poslat/tisknout výsledky každ. výpočtu do okna protokolu Storno

Rozdíl mezi dvěma korelačními koeficienty

r1: 0,00 N1: 10 r2: 0,00 N2: 10 p: 1,0000 Jednostr.   
 Oboustr. Výpočet

Rozdíl mezi dvěma průměry (normální rozdělení)

Pr1: 0 SmOd1: 1 N1: 10 Pr2: 0 SmOd2: 1 N2: 10 p: 1,0000 Jednostr.   
 Oboustr. Výpočet

Výběrový průměr vs. střední hodnota

Rozdíl mezi dvěma poměry

P 1: 0,550000 N1: 22 P 2: 0,730000 N2: 22 p: 0,2136 Jednostr.   
 Oboustr. Výpočet

Obrázek 11 Výpočet rozdílu mezi dvěma poměry- čistota toalet při první a druhé zkoušce, (STATISTICA 12)

Hladina významnosti- p: **0,05**

Vypočítaná hodnota p: **0,21**

**Závěr:**

Na základě testování rozdílu mezi dvěma poměry jsem zjistila, že vypočítaná hodnota p je vyšší než 0,05, a proto přijímáme  $H_0$ .

Dle vypočítané statistiky lze tvrdit, že mezi první a druhou kontrolou čistoty toalet není statisticky významný rozdíl.



## 7 Diskuse

Cílem výzkumu bylo zjistit materiálně-technické vybavení a hygienickou úroveň čekáren a příslušných toalet v čekárnách ambulantních lékařů jedné vybrané krajské nemocnice. Získané závěry jsou platné pro toto zdravotnické zařízení a nelze je zobecňovat na všechna nemocniční zařízení v České republice. Stanovila jsem 2 výzkumné otázky a 3 hypotézy, které bych nyní ráda zhodnotila.

### Výzkumná otázka č. 1

***Odovídá materiálně-technické vybavení čekáren a toalet u ambulantních lékařů konkrétního nemocničního zařízení stanoveným požadavkům?***

Tuto otázku zodpovídá hned několik oblastí mého zkoumání. V čekárnách jsem sledovala počet míst k sezení, přítomnost věšáků na oděvy, podlahovou krytinu, přítomnost vodících linií a kvalitu orientačního systému. Na toaletách jsem kontrolovala přítomnost hygienického materiálu (toaletní papír, mýdlo, papírové utěrky) a technické závady na toaletách. K výzkumné otázce č. 1 spadá i šetření bezbariérových toalet.

Čekárny musí být vybaveny sedacím nábytkem pro 6 až 8 osob, stanovila to tak vyhláška 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a konkrétních pracovišť domácí péče (Česko, 2012). V mém výzkumu jsem zjistila, že všechny sledované čekárny splnily požadovaný minimální počet sedacího nábytku. Zároveň jsem si všimla, že v některých čekárnách, bylo takové množství pacientů, že si neměli při čekání kam posadit, i když byl minimální počet sedacího nábytku dodržen. Skubýová (2014), která prováděla výzkumné šetření ve stejném nemocničním zařízení, zjistila, že 20 % respondentů bylo nespokojeno s provozem čekárny (Skubýová, 2014).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo standard pro ambulance, v kterém se píše, že v čekárně musí být věšáky na oděvy (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Při mém zkoumání jsem zjistila, že ve 2 případech v čekárně nebyly věšáky na oděvy. Zaznamenala jsem, že v některých čekárnách nebylo úměrné množství věšáků k množství pacientů a bylo by potřeba je dodat. Lidé si tak své kabáty museli držet v ruce, nebo si je pokládali na lavice vedle sebe.

Dalším bodem zkoumání byla podlahová krytina, zdali není poškozena. Vyhláška 306/2012 uvádí, že podlahová krytina musí být z takového materiálu, aby vydržela časté omývání

(Česko, 2012). Zjistila jsem, že pouze v jednom případě bylo poškozené, popraskané linoleum. Nejednalo se však o tak závažné poškození, aby ohrožovalo přítomné pacienty zakopnutím či pádem. V čekárnách se jako podlahová krytina nejčastěji vyskytovalo linoleum, o něco méně dlažba.

Zjistit přítomnost umělých vodících linií bylo dalším bodem mého výzkumu. Vyhláška č. 398/2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, popisuje umělou vodící linii jako speciálně vytvořenou součást stavby, která slouží k orientaci osob se zrakovým postižením, při pohybu v interiéru či exteriéru. Umělou vodící linii tvoří podélné drážky, její šířka v exteriéru by měla být 300 mm (Česko, 2009). Mým výzkumem jsem zjistila, že v celé nemocnici se nevyskytují umělé vodící linie.

V České republice chybí jakýkoliv jednotný koncept nebo návod, jak by měl vypadat orientační systém. Pro jeho hodnocení jsem z části využila informace, které na webových stránkách Spojené akreditační komise uveřejňuje Ing. Michaela Žaloudková (Spojená akreditační komise, 2012) a z části jsem kvalitu informačního systému hodnotila podle svého subjektivního uvážení. Zjišťovala jsem, zda jsou jasně pochopitelné orientační tabule a jsou-li čitelné. Zároveň jsem hodnotila, jestli jsou orientační tabule přístupné a dobře viditelné pro vozičkáře. V 5 případech jsem při svém zkoumání zjistila, že orientační tabule nesplňují mnou nastavená kritéria. Tabule byly většinou poměrně malé. I přes to, že jsem se v prostorách zkoumané nemocnice orientovala a znala ji, sama jsem měla problém některé tabule správně pochopit. Vyčíst informace z tabulek, na kterých byl vyobrazen půdorys chodby s popisem, bylo pro mne docela obtížné. Dále jsem zjistila, že budovy nejsou zvenku dostatečně označeny. Na budovách jsou tabulky, podle mého subjektivního názoru, malých rozměrů a popsány malým písmem. Osoba, která je v areálu nemocnice poprvé, může snadno tabulky přehlédnout. V jednom případě jsem si všimla, že budova není označena vůbec. Orientaci ve vnitřních prostorách nemocnic zkoumala ve své práci Šancová (2008). Ta ve svém výzkumném vzorku zjistila, že 74,4 % respondentů nemělo problém s orientačním systémem a bez problémů našli to, co hledali. Data získala za pomoci dotazníkové metody přímo od návštěvníků zdravotnických zařízení (Šancová, 2008 s. 34).

Při zjišťování, zda jsou na toaletách doplňovány hygienické potřeby (mýdlo, toaletní papír, papírové utěrky), jsem zjistila následující. Na 13 toaletách byl zjištěn nějaký nedostatek. Nejčastěji nebylo doplněné mýdlo v dávkovačích, a to v 8 případech. Toaletní papír nebyl doplněn u 6 toalet. Ve 4 případech si na toaletách nebylo čím osušit ruce. Zkoumané nemocniční zařízení má uvedeno v zadávacím listu pro úklidovou firmu, že se musí denně

doplňovat hygienický materiál na toaletách (z důvodu zajištění anonymity dat neuvádím odkaz, viz. Příloha C). Jelikož jsem výzkum prováděla od 9 hodin ráno, myslím si, že hygienické potřeby nemohly být ještě spotřebovány, ale pravděpodobně nebyly doplněny. Nedostatků jsem si všimla i při dalších kontrolách, kdy jsem hodnotila čistotu na toaletách. V jednom případě jsem si všimla, že na toaletě nebyl po dobu dvou dnů doplněn toaletní papír. Pozitivně ale hodnotím, že na některých toaletách vedle mýdla byl pacientům k dispozici desinfekční prostředek na ruce. V jednom případě byl součástí toalety bidet. Jelikož se jednalo o gynekologickou ambulanci, myslím si, že je přítomnost bidetu vhodná. Spokojeností pacientů s vybavením toalet se zabývala ve své práci Skubýová (Skubýová, 2014), která zjistila, že 34 % respondentů není spokojeno s hygienickými prostředky na toaletách.

Do svého zkoumání jsem zařadila i technické závady na toaletách. 13 zkoumaných toalet bylo bez závad. Jako nejčastěji se vyskytující se závada bylo utržené splachovadlo (3x) a pak nsvítící světlo (2x). Dalšími závadami bylo utržené záchodové prkénko, rozbitý koš, rozbitá vodovodní baterie, kdy nebyl napevno připevněn kohoutek. Na několika toaletách tekla z vodovodních kohoutků pouze studená voda.

Hodnocení bezbariérových toalet nebylo jednoduché. Ze všech ambulančí, které jsem navštívila, jsem objevila pouze 3 toalety, které byly označeny jako bezbariérové. Objevila jsem ještě další 2 toalety, které se svým vybavením a rozměry podobaly bezbariérovým WC. Měly dostatečnou šířku dveří, vedle WC mísy bylo madlo a měly prostornou záchodovou kabinu. Označené bezbariérové toalety jsem hodnotila podle vyhlášky č. 398/2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Určila jsem si, že budu zjišťovat, zda je na v záchodových kabinách háček na oděvy, odpadkový koš, zda se dveře otevírají směrem ven a jsou opatřeny madlem. Zkoumala jsem, zda je v kabinách přítomno signalizační zařízení a jestli je v požadované vzdálenosti od toaletní mísy a v určené výšce nad zemí. Zjišťovala jsem, zda jsou po obou stranách záchodové mísy madla (Česko, 2009). V jedné kabině bezbariérového WC chyběl háček na oděvy, dveře u všech 3 hodnocených toalet se otevíraly směrem ven, v jednom případě na dveřích nebylo instalováno madlo, které by napomáhalo jejich otevírání. U dvou toalet bylo přítomno signalizační zařízení, které vyhovovalo i požadavkům na optimální umístění. U jedné z toalet nebylo přítomno žádné signalizační zařízení. Madla po obou stranách WC mísy byla na všech třech bezbariérových toaletách. U jedné z nich jsem si ale všimla, že jedno

madlo nelze sklopit dolů, protože tomu brání zásobník na toaletní papír, který je nevhodně umístěn vedle záchodu. Tím pádem je toto madlo naprosto bezúčelné.

Jak už jsem zmiňovala výše, v daném zdravotnickém zařízení jsem objevila další dvě toalety, které nebyly označeny jako bezbariérové, ale myslím si, že by byl vozíčkář schopen tyto toalety s možnými obtížemi využít také. Jedna toaleta nespĺňuje požadavky na bezbariérovost kvůli menším rozměrům kabiny než je ve vyhlášce č. 398/2009 stanoveno a neodpovídá ani výška WC mísy, není přítomno madlo na dveřích ani signalizační zařízení. U druhé toalety neodpovídají rozměry kabiny požadavkům na bezbariérovost WC, v kabině není k dispozici signalizační zařízení a ani madlo na dveřích.

Zajímalo mě, jak řeší zdravotnický personál situaci, když potřebuje hendikepovaný pacient použít bezbariérové WC a v čekárně ambulantního lékaře není k dispozici. Zeptala jsem se proto dvou zdravotních sester, které pracovaly na recepci. Na dotaz mi bylo odpovězeno, že v těchto případech pacienta personál zavede na lůžkové oddělení nemocnice, kde bezbariérové toalety jsou k dispozici.

K pochopení pojmu bezbariérovost z pohledu hendikepované osoby je třeba si uvědomit, že existují různá tělesná postižení. Z toho vyplývá, že vznikají i různé nároky na vybavení těchto osob. Záleží na projektantech a na pracovnících stavebních úřadů, jak budou dodržovat vyhlášku č. 398/2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Projektanti by měli brát na vědomí, že vyhláška obsahuje pouze orientační informace a je vhodné tuto problematiku konzultovat s osobami, které ji dobře znají, nebo přímo s hendikepovanými. Bojanovská (2009) ve své práci uvádí, že by problém s bariérami v budovách a na toaletách pomohlo vyřešit, kdyby v týmu architektů byl alespoň jeden vozíčkář, který by důležitost zajištění bezbariérového prostředí neopomíjel (Bojanovská, 2009, s. 31-36).

## Výzkumná otázka č. 2

### ***Odpovídá hygienická úroveň čekáren a toalet v čekárnách ambulantních lékařů v konkrétním nemocničním zařízení daným kritériím?***

Součástí odpovědi na výzkumnou otázku č. 2 je celkové vnímání čistoty v čekárně, které jsem hodnotila subjektivně. Dále jsem hodnotila čistotu zdí, sedacího nábytku, podlahy, přítomnost odpadkového koše a výskyt prachu na květinách, pokud byly v čekárně umístěny. Subjektivně jsem hodnotila čistotu WC a výskyt nepříjemného zápachu na toaletách. Hlavní částí byl však experiment, kterým jsem zjišťovala kvalitu úklidu na WC.

V době, kdy jsem prováděla výzkumné šetření, bylo venku deštivé počasí. Tento faktor jsem samozřejmě brala při hodnocení v úvahu. Ani jedna z mnou navštívených čekáren na mě nepůsobila nečistým dojmem. Čistota podlah odpovídala venkovnímu počasí. Neshledala jsem, že by v některé ambulanci byla podlahová krytina zásadně ušpiněná. V žádné čekárně jsem nevypozorovala ušpiněný sedací nábytek. Všimla jsem si ale, že některý sedací nábytek nebyl vybrán do čekáren zcela vhodně. Například židle, které nejsou z omyvatelného materiálu, jsou podle mého názoru nevhodné, a to především z hygienického hlediska. Věřím, že jsou tyto židle pro pacienty měkké a pohodlné, ale v případě ušpinění třeba biologickým materiálem, nastává problém s vyčistěním. Dle zadávacího dokumentu je úklidová firma povinna každý den v čekárnách odstraňovat skvrny ze sedacího nábytku a každý týden je povinna umýt židle a křesla s omyvatelným povrchem, včetně noh a spodních částí sedadel (z důvodu zajištění anonymity dat neuvádím odkaz, viz. Příloha C). V některých čekárnách byl sedací nábytek už dosti starý a rozviklaný a nebyla by na škodu jeho obměna.

V jedné čekárně byla ušpiněná zeď, ale ne ve větším rozsahu. Nedokázala jsem odhadnout, čím bylo znečištění způsobeno. Zjistila jsem, že ve 3 čekárnách nebyl pacientům k dispozici odpadkový koš. 10 z 22 sledovaných čekáren, využilo k výzdobě květiny. Nejčastěji se jednalo o umělé květiny. Zjistila jsem, že na 7 květinách byla značná vrstva prachu. Vagnerová (2006) ve svém výzkumu, který prováděla v čekárnách ambulantních lékařů, zjistila, že 19 % respondentů přítomnost květin v čekárnách hodnotí pozitivně a líbí se jim (Vagnerová, 2006, s. 36). Já osobně považují přítomnost květin v čekárně za vhodnou. Květiny napomáhají pacientům vnímat okolní prostředí lépe. Na druhé straně je problémem to, že se na nich ukládá prach a při úklidu je otírání prachu z květin opomíjeno, jak dokazuje i můj výzkum. V zadávacím dokumentu pro úklidové firmy není

nijak zmíněno, zda je firma povinna otírat z květin prach. V dokumentu se uvádí, že se musí každý den otírat prach z nábytku, do výše 1,7 m. Není zcela jasné, jestli jsou zde zahrnuty i květiny (z důvodu zajištění anonymity dat neuvádím odkaz, viz. Příloha C).

5 z 22 mnou subjektivně hodnocených toalet na mě nepůsobilo zcela čistým dojmem. Na 4 toaletách byl v době mého výzkumu přítomen zápach různé intenzity. I přes zákaz kouření jsem na jedné z toalet zřetelně cítila cigaretový kouř. Při výzkumu Skubýové (Skubýová, 2014) bylo zjištěno, že 24 % z dotazovaných respondentů nebylo spokojeno s čistou toalet.

Dle vyhlášky č. 306/2012 o podmínkách předcházení a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče se úklid všech prostor zdravotnických zařízení provádí denně na vlhko, dle potřeby i častěji (Česko, 2012). Není však více specifikováno, co vše se má každý den na toaletách uklízet. V zadávacím dokumentu pro úklidovou firmu, která by měla mít na starost úklid daného zdravotnického zařízení, kde jsem prováděla výzkum, není jasně popsáno, co se má na toaletách každý den uklízet. Popisují zde, že se má každý den provádět dezinfekční mytí toalet a každý týden by se měly umýt dezinfekčním prostředkem WC mísy i z vnější strany (z důvodu zajištění anonymity dat neuvádím odkaz, viz. Příloha C).

Čistotu toalet jsem kontrolovala pouze na 22 toaletách. Při první zkoušce pomocí neviditelného fixu, kterou jsem prováděla v lednu, jsem zjistila, že po 24 hodinách od označení nebylo 6 splachovadel umyto vůbec a 4 značky byly odstraněny jen částečně. 4 záchodová prkénka nebyla umyta a 3 jen částečně. 14 WC mís z vnější strany nebylo umytých a 2 pouze částečně. Při druhé kontrole, tedy po 48 hodinách, jsem zjistila, že 3 splachovadla nebyla opět umytá a 4 byla po dvou dnech umytá jen z části. 3 záchodová prkénka nebyla umytá ani po dvou dnech. 7 WC míst z vnější strany nebylo opět umytých a 8 bylo umytých jen částečně. Třetí den, tedy po 72 hodinách, bylo jedno splachovadlo neumyto a 2 jen částečně. 2 záchodová prkénka nebyla opět umyta. 6 WC mís nebylo umytých a 4 jen částečně.

Při druhé kontrole, která byla provedena v březnu, jsem zjistila, že po 24 hodinách bylo 11 splachovadel neumytých a 5 jen částečně. 3 záchodová prkénka nebyla umytá a 5 jen z části. 9 WC mís z vnější strany nebylo umyto a 3 částečně. Při opakované kontrole po jednom týdnu jsem zjistila, že 3 splachovadla nejsou stále umytá a 1 jen částečně. Záchodová prkénka byla všechna umytá. 6 WC mís z vnější strany nebylo po týdnu umytých a 3 pouze z části.

Ve výzkumné části jsem si stanovila tři hypotézy, které jsem následně statisticky ověřila. Všechny tři hypotézy se týkaly čistoty toalet a vycházely z dat, která jsem získala provedeným experimentem. Nejdříve jsem zhodnotila celkovou čistotu toalet na umyté a neumyté. Za umytou jsem toaletu považovala, když při kontrole nebyla přítomna značka na splachovadle a ani na záchodovém prkénku. Pokud na jednom z těchto míst byla značka vidět, toaletu jsem určila za neumytou. Tímto způsobem mi vyšlo, že při první zkoušce bylo po první kontrole označeno z 22 toalet 10 jako umyté a 12 za neumyté. Při druhé zkoušce, která byla provedena v březnu, jsem označila pouze 6 toalet z 22 za umyté a 16 toalet za neumyté. S těmito výsledky jsem pak pracovala při statistickém šetření.

### **Hypotéza č. 1**

**Při první zkoušce jsou toalety (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách umyty.** Statistickým šetřením jsem zjistila, že není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet při první zkoušce a přijala jsem  $H_0$ . 55 % toalet nebylo umyto.

### **Hypotéza č. 2**

**Při druhé zkoušce jsou toalety (splachovadlo+ záchodové prkénko) po 24 hodinách umyty.** Statistické ověření hypotézy č. 2 vedlo k potvrzení statisticky významného rozdílu v čistotě toalet při druhé zkoušce, tudíž k zamítnutí  $H_0$  a přijetí  $H_A$ . 73 % toalet nebylo po 24 hodinách umyto, můžu tedy tvrdit, že statisticky významná většina toalet byla neumyta.

### **Hypotéza č. 3**

**Výsledky druhé zkoušky čistoty toalet budou lepší než výsledky první zkoušky.** Při statistickém ověřování hypotézy č. 3 jsem zjistila, že není statisticky významný rozdíl v čistotě toalet při první a druhé zkoušce a přijímám  $H_0$ .

## 8 Závěr

V dnešní době je trend léčit pacienty pokud možno ambulantně místo hospitalizace v nemocnici. Množství pacientů v čekárnách se zvyšuje. Pacienti si při čekání důsledně prohlíží čekárnu a její vybavení a dělají ze svých zjištění závěry. Tyto závěry mají vliv na to, zda pacient doporučí, či nedoporučí ambulanci dalším osobám. Samotná zdravotnická zařízení by měla mít zájem na tom, aby se pacienti v čekárně cítili příjemně a pohodlně a zároveň, aby čekárny splňovaly požadavky, dané legislativou. Z toho důvodu si myslím, že mé téma, zaměřené na vybavení a hygienu v čekárnách, je aktuální.

Cílem práce bylo sledovat a popsat materiálně-technické vybavení čekáren a toalet u ambulantních lékařů konkrétního nemocničního zařízení. V některých oblastech jsem zjistila převážně drobné nedostatky, například některé čekárny nebyly vybaveny dostatečným množstvím věšáků na oděvy, takže si je pacienti neměli kam odložit. Nedostatky byly v dostupnosti hygienického materiálu na toaletách, kdy nejčastěji nebylo doplněno mýdlo v dávkovačích a v některých případech chyběl toaletní papír. Problém ale nastal při hodnocení bezbariérových toalet. Objevila jsem pouze 3 bezbariérové toalety a ne všechny odpovídaly vyhlášce č. 398/2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Bylo by vhodné, aby se dané zdravotnické zařízení na tyto oblasti více zaměřilo a snažilo se o zlepšení nedostatků. Jsem si vědoma toho, že zkoumané zdravotnické zařízení se skládá ze starších budov a je tudíž v některých směrech omezeno prostory.

Dalším cílem výzkumné části bylo zhodnotit hygienickou úroveň čekáren a toalet v čekárnách ambulantních lékařů v konkrétním nemocničním zařízení. Z pozorování jsem zjistila, že až na drobné nedostatky hygienická úroveň čekáren byla dobrá. Zajímala jsem se, zda je z květin, pokud jsou přítomny, otírán prach. Ve většině případů jsem zjistila, že není. V zadávacím dokumentu pro úklidové firmy není blíže specifikováno, zda jsou úklidové firmy tento výkon povinny provádět. Možná by bylo vhodné do dokumentu doplnit nutnost stírání prachu z květin. Hygienická úroveň toalet už byla o něco horší. V hodnocení čistoty toalet jsem si využila neviditelný fix, díky němuž jsem zjistila, zda jsou toalety denně umývány. Prováděla jsem dvě zkoušky, a to v měsíci lednu a březnu tohoto roku. Ani při jedné ze zkoušek nebylo zjištěno, že by toalety byly denně celé umývány. Dokonce jsem zjistila, že ani po týdnu nebyly všechny toalety zcela umyty. V tomto směru bych doporučila provádět pravidelné namátkové kontroly kvality úklidu.



Kladně hodnotím, že na některých toaletách, a dokonce i v samotných čekárnách, byl k dispozici desinfekční prostředek na ruce. Také se mi líbilo, že v některých čekárnách byl puštěný televizor. Atmosféra v čekárně byla hned příjemnější.

Myslím si, že by bylo vhodné, aby zdravotnická zařízení prováděla občas podobné kontroly, jako jsem prováděla já v mé diplomové práci. Získala by tím objektivní informace, v jakém technickém stavu a na jaké hygienické úrovni jsou jejich čekárny a příslušné toalety. Samozřejmostí je i zjišťování informací přímo od přítomných pacientů, které je nedílnou součástí pro získání kvalitních informací.

# POUŽITÁ LITERATURA

## Knižní zdroje

1. FORET, Miroslav; STÁVKOVÁ, Jana. *Marketingový výzkum: jak poznávat své zákazníky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 8024703858.
2. GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
3. CHRÁSTKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1369-1.
4. JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
5. KOZEL, Roman et al. *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0966-X.
6. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
7. MADAR, Jiří et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
8. METYŠ, Karel a Peter BALOG. *Marketing ve farmacii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-0830-2.
9. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
10. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
11. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Internetové zdroje

12. Dokumenty. *AKVA-pl: Hodnocení kvality ordinací praktických lékařů včetně bezpečí pacientů* [online]. 2010 [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: [http://www.akva-pl.cz/akred\\_dokumenty.html](http://www.akva-pl.cz/akred_dokumenty.html)
13. DVOŘÁK, Rudolf. Pojem kvality: Filosofie, dějiny, současnost. In: *Centrum pro studium vysokého školství* [online]. 2004 [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: <http://fri.zetagroup.net/download/008017e3-2008-02-18.doc>
14. Každá nemocnice může být přehledná. *Spojená akreditační komise* [online]. 2011 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/archiv-aktualit/kazda-nemocnice-muze-byt-prehledna-473/>
15. Kdo je JCI. *Joint Commission International* [online]. 2013 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
16. Kvalita a bezpečnost v ordinacích praktických lékařů bude pod kontrolou. SEIFERT, Bohumil a Svatopluk BÝMA. *Medical tribune* [online]. 2011 [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/22134-kvalita-a-bezpecnost-v-ordinacich-praktickyh-lekaru-bude-pod-kontrolou>
17. O nás. *Spojená akreditační komise* [online]. 2010 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
18. O projektu. *Kvalita očima pacientů: Hodnocení nemocnic* [online]. 2010 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
19. Orientační značení v tuzemských nemocnicích je často nefunkční. ŽALOUDKOVÁ, Michaela. *Spojená akreditační komise* [online]. 2012 [cit. 2014-01-13]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/orientacni-znaceni-v-tuzemskych-nemocnicich-je-casto-nefunkcni-530/>
20. Outpatient Care Facilities. *Government of Dubai* [online]. 2012 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: <https://www.dha.gov.ae/EN/SectorsDirectorates/Directorates/HealthRegulation/MedicalComplaint/Documents/Outpatient%20Care%20Regulation.pdf>
21. Practice Pointers. PENNACHIO, Dorothy. *Medical economics: Smarter business, better patient care* [online]. 2003 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z:

<http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/practice-pointersyour-waiting-room-create-first-rate-impression>

22. Standardy ošetrovatelské péče. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece\\_7399\\_2849\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/standardy-oseetrovatelske-pece_7399_2849_29.html)
23. Standard pro ambulance. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2013 [cit. 2013-12-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/.../Soubor.ashx?...5187...Standard%20-%20Ambulance...>
24. Total Quality Management. *Equica* [online]. 2014 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://www.equica.cz/total-quality-management>
25. Ukazatele kvality zdravotních služeb. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2009 [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnich-sluzeb\\_2150\\_1066\\_3.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnich-sluzeb_2150_1066_3.html).
26. Žádné zbytečné čekání u lékaře. Pacienty hlásí čtečka karet. *Hartmann* [online]. 2014 [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.pomahamelecit.cz/zadne-zbytecne-cekani-u-lekare-pacienty-hlasi-ctec>

## **Legislativa**

27. Česko. Vyhláška č. 306 ze dne 12. září 2012 o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 109. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=78240&nr=306~2F2012&rpp=15#local-content>.
28. Česko. Vyhláška č. 398 ze dne 5. listopadu 2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 129. Dostupné také z: [http://www.sfdi.cz/soubory/obrazky-clanky/poskytovani-prispevku/cyklo-balicek/cb\\_b3.pdf](http://www.sfdi.cz/soubory/obrazky-clanky/poskytovani-prispevku/cyklo-balicek/cb_b3.pdf).

29. Česko. Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 36. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=92~2F2012&rpp=15#seznam>.
30. Česko. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2012, částka 5. Dostupné také z: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Iveta/Dokumenty/Downloads/ZDRAVOTNICTVI\\_05-12%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Iveta/Dokumenty/Downloads/ZDRAVOTNICTVI_05-12%20(4).pdf).
31. Česko. Zákon č. 40 ze dne 9. února 1995 o regulaci reklamy a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 8. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=40~2F1995&rpp=15#seznam>.

### Články

32. KYASOVÁ, M. Prostředí čekárny a ordinace praktického lékaře. *Osobní rádce sestry*. Verlag Dashofer, 2003, č. 8, s. 1-6. ISSN 1214-0074.

### Absolventské práce

33. BOJANOVSKÁ, Petra. *Život na invalidním vozíku aneb jak se žije dnes*. Zlín, 2009. 45 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.
34. SKUBÝOVÁ, Kateřina. *Kvalita péče a etické aspekty v čekárnách zdravotnického zařízení*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková Ph.D.
35. ŠANCOVÁ, Patra. *Prostředí nemocnice*. Praha, 2008. 54 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA.
36. VAGNEROVÁ, Zuzana. *Prostředí čekárny*. Praha, 2006. 56 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Hlaváčková.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A Záznamový arch .....	71
Příloha B Místa aplikace neviditelného fixu.....	73
Příloha C Část zadávací dokumentace pro úklidové firmy.....	74

Příloha A Záznamový arch

<b>Záznamový arch</b>			
<b>Ambulance:</b>			<b>Datum:</b>
<b>1. OBLAST:</b>	<b>Čekárna zdravotnického zařízení</b>	<b>splněno (ano/ ne)</b>	<b>poznámky</b>
	a/ min. 6 míst pro sezení		
	b/ přítomnost věšáků na oděvy		
	c/ čistota čekárny:		
	zdi		
	lavice, židle		
	podlaha		
	přítomnost odpadkového koše		
	prach na květinách		
	d/ podlahová krytina bez poškození		
<b>2. OBLAST:</b>	<b>WC</b>	<b>splněno (ano/ ne)</b>	<b>poznámky</b>
	a/ přítomnost toal. papíru, mýdla, možnost osušení rukou		
	b/ WC a jeho prostory bez technických závad		
	c/ čistota toalety		
	d/ toaleta bez zápachu		
<b>3. OBLAST:</b>	<b>Bezbariérové WC</b>	<b>splněno (ano/ ne)</b>	<b>poznámky</b>
	a/ na WC je umyvadlo, háček na oděvy, odpadkový koš		
	b/ dveře se otevírají směrem ven		
	c/ dveře jsou opatřeny madlem		
	d/ je přítomno signalizační zařízení		
	e/ signalizační zařízení je v dosahu od záchodové mísy		
	f/ signalizační zařízení je ve výšce 600- 1200 mm nad zemí		
	g/ po obou stranách záchodové mísy jsou madla		
<b>4. OBLAST:</b>	<b>Bezbariérovost prostředí čekárny</b>	<b>splněno (ano/ ne)</b>	<b>poznámky</b>
	a/ přítomnost umělé vodící linie		
<b>5. OBLAST:</b>	<b>Orientační systém</b>	<b>splněno (ano/ ne)</b>	<b>poznámky</b>
	a/ jsou jasné orientační tabule		
	b/ písmo na orientačních tabulích je čitelné		
	c/ orientační tabule jsou přístupné a dobře viditelné i vozíčkářům		

<b>6. OBLAST:</b>	<b>KONTROLA DŮKLADNOSTI ÚKLIDU WC POMOCÍ NEVIDITELNÉHO FIXU S UV SVĚTLEM</b>		
<b>Místa aplikace fixu:</b>	<b>Kontrola po daném časovém intervalu. Je fix stále viditelný pod UV světlem?:</b>		
	<b>1. zkouška</b>		
	<b>1. kontrola po 24 hod.:</b>	<b>2. kontrola po 48 hod.:</b>	<b>3. kontrola po 72 hod.:</b>
splachovadlo			
záchodové prkénko			
spodní strana záchodové mísy			
	<b>2. zkouška</b>		
	<b>1. kontrola po 24 hodinách</b>	<b>2. kontrola po týdnu</b>	
splachovadlo			
záchodové prkénko			
spodní strana záchodové mísy			



Příloha B *Místa aplikace neviditelného fixu*



---

**c) 1 x za dva týdny**

- dezinfekční mytí stropu (dle požadavků OP)
- velký sanitární den = velký úklid všech prostor operačních sálů

**06 Čekárny, chodby**

**a) denní práce**

Mytí :

- dezinfekční mytí podlah
- otírání prachu z parapetů a stolků na vlhko
- stírání prachu z nábytku do výše 1,7 m
- odstraňování skvrn na sedacím nábytku
- odstraňování skvrn na dělicích dveřích, skleněných přepážkách a omyvatelných stěnách
- dezinfekční otírání madel

Likvidace odpadu :

- vyprazdňování všech odpadkových košů s ohledem na zásady třídění odpadu
- výměna sáčků v koších

**b) týdenní práce**

- dezinfekční mytí odpadkových košů
- mytí dělicích dveří
- mytí židlí a křesel s omyvatelným povrchem, včetně noh a spodních částí sedadel
- dezinfekční mytí podlah i za sedacím nábytkem a v nepřístupných místech
- stírání prachu z rámu obrazů a nástěnek

**c) měsíční práce**

- mytí radiátorů
- mytí omyvatelných stěn a keramických obkladů, dělicích dveří a skleněných přepážek
- otření informačních tabulí a vypínačů, příp. el. zásuvek
- na odděleních kožním a interním důkladné vyčištění černého soklu u podlahy na chodbách
- dezinfekční mytí omyvatelných ploch stěn
- úklid balkonů a to formou zametání vždy první pondělí v měsíci

---

## 07 Toalety, koupelny, sprchy, čistící místnosti, úklidové místnosti

### a) denní práce :

Mytí :

- dezinfekční mytí podlah
- dezinfekční mytí umyvadel, odkládacích poliček
- dezinfekční mytí sprchových kabin, van, toalet, muší
- otření prachu z okenních parapetů
- odstranění skvrn na dveřích, otření klik a obložení
- otření nábytku a polic
- dezinfekční mytí výřevků
- doplňování hygienického materiálu

Likvidace odpadu:

- vyprazdňování odpadkových košů
- výměna sáčků v koších
- dezinfekční otření odpad.košů

### b) týdenní práce

- dezinfekční mytí kabin WC, včetně klik a dveří
- dezinfekční mytí odpadkových košů
- dezinfekční mytí povrchů nábytku a polic
- dezinfekční mytí omyvatelného obložení a dělicích stěn
- dezinfekční otření vypínačů
- dezinfekční mytí nábytku do výše 1,7m
- dezinfekční mytí wc mís i z venkovní strany, nádržky na vodu, mytí umyvadel včetně sifonů a spodní strany umyvadla

### c) měsíční práce

- mytí nábytku a parapetů nad 1,7 m
- dezinfekční mytí radiátorů

---

## 08 Schodiště

### a) denní práce

- dezinfekční mytí podlah a schodů
- otírání madel a zábradlí na vlhko

### b) měsíční práce

- mytí keramických obkladů stěn (dezinfekční)