

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Míra ošetrovatelské zátěže na Oddělení následné péče v Nemocnici  
České Budějovice, a.s.**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce:  
Ing. Iva Brabcová      2007

Autor práce:  
Lucie Schaffelhoferová

## **Abstract**

The occupation of a nurse belongs to those most responsible, most exhausting but most humanist professions. A nurse searches, addresses problems of patients and seeks for solutions together with other health care staff. However attention has to be paid on nurses themselves, as demands on nurse profession are still growing at present, which brings higher negative stress, felt not just by nurses, but by all employees of health care facilities.

The theoretical part of this thesis includes observation from the České Budějovice Hospital, general information about the profession of a nurse, like for example competences of nurses, their education or registration. The next part deals with physical as well as psychological stress. The theoretical part is closed by a chapter on motivation.

The research was performed in compliance with the Nursing Care Quantification Method at the After care ward of the České Budějovice Hospital.

My work was aimed at finding the level of load on nurses and their subsequent performance, and assessment of the number of nursing staff missing at the 2nd after-care ward of the Hospital České Budějovice a.s.

There were three hypotheses set down. Hypothesis 1 confirms that the load of a nurse of the 2nd after-care ward of Sector B of the Hospital in České Budějovice is at least 500 minutes per nurse. Hypothesis 2 confirms that the performance of a nurse of the 2nd after-care ward of Sector B of the Hospital in České Budějovice is at least 130 per cent. And Hypothesis 3 has confirmed that there should be at least three more staff members at the morning shift at the 2nd after-care ward of Sector B of the Hospital in České Budějovice. The research result show that the nurses on the after-care ward are strongly overloaded.

The findings of the work will be handed over to the Nursing Care Manager of the České Budějovice Hospital as a tool for optimization of personnel policy at the after-care ward.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „**Míra ošetrovatelské zátěže sester na Oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a.s.**“ vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích.....

### **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení a cenné rady při psaní mé bakalářské práce a za ochotu a spolupráci sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České

## **OBSAH**

<b>Úvod</b>	3
<b>1. Současný stav</b>	4
<b>1.1 Nemocnice České Budějovice a. s.</b>	4
1.1.1 Ohlédnutí za dějinami českobudějovické nemocnice	4
1.1.2 Nemocnice České Budějovice, a.s. v současnosti	5
1.1.3 Vize do budoucna	6
1.1.4 Oddělení následné péče	7
<b>1.2 Všeobecná sestra</b>	9
1.2.1 Role sestry	9
1.2.2 Kompetence a práce sestry	10
1.2.3 Vzdělávání zdravotnických pracovníků	11
1.2.3.1 Celoživotní vzdělávání	13
1.2.4 Registrace zdravotnických pracovníků	14
1.2.5 Sesterské povolání z pohledu odborné a laické veřejnosti	15
<b>1.3 Zátěž sester</b>	17
1.3.1 Zdraví a zátěž sester	17
1.3.2 Zátěž ve zdravotnictví	17
1.3.3 Fyzická zátěž	18
1.3.4 Psychická zátěž	19
1.3.4.1 Příčiny psychické zátěže	19
1.3.4.2 Projevy psychické zátěže	20
1.3.4.3 Prevence psychické zátěže	20
1.3.4.4 Syndrom vyhoření	20
<b>1.4 Adaptace nových pracovníků</b>	23
<b>1.5 Motivace</b>	25
1.5.1 Motivace v pracovním prostředí	25
1.5.2 Teorie motivace	25
1.5.3 Motivace ošetrovatelského personálu	26

<b>2. Cíle a Hypotézy</b>	28
2.1 Cíle	28
2.2 Hypotézy	28
<b>3. Metodika</b>	29
3.1 Použitá metoda	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
<b>4. Výsledky</b>	33
<b>5. Diskuze</b>	49
<b>6. Závěr</b>	53
<b>7. Seznam použité literatury</b>	55
<b>8. Klíčová slova</b>	60
<b>9. Přílohy</b>	61

## Úvod

Česká republika prochází procesem transformace a je ovlivněna současnými světovými trendy jako je globalizace a informační exploze. To samozřejmě ovlivňuje i české zdravotnictví. Mění se systém financování péče, dochází k privatizaci zdravotnických institucí, mění se i způsob vzdělávání především sester. Můžeme sledovat rapidní změny hlavně v rozvoji ošetrovatelské péče. Nejspíše je to dáno zvýšenou produkcí literatury a touhou po vzdělaném ošetrovatelském personálu. S rostoucími požadavky přibývá zátěžových situací v povolání sestry a zvyšuje se náročnost této profese. Z důvodu snižování nákladů dochází ke snižování počtu ošetrovatelského personálu, naopak počet hospitalizovaných pacientů na odděleních následné péče jde ruku v ruce hlavně se stárnutím populace, tedy stoupá.

Povolání sestry patří mezi nejodpovědnější, nejnamáhavější a zároveň nejhumánnější profese. Tento pohled je pravděpodobně dán i tím, že sestry jsou v nejužším kontaktu s pacienty. Snaží se vyhledávat a pojmenovávat jejich problémy, více či méně související s jejich onemocněním a společně s ostatními zdravotnickými pracovníky nacházejí vhodná řešení.

Na druhou stranu je potřeba věnovat pozornost také sestrám samotným. Jak už bylo řečeno, v současné době dochází nárůstu požadavků v souvislosti se sesterským povoláním. Aktuálním tématem je nutnost kontinuálního vzdělávání, registrace sester, ve zdravotnických zařízeních se zavádějí nové standardy ošetrovatelské péče. Méně často slyšíme o důvodech sester pro práci na tom kterém oddělení, co jim tato profese dává a především co dělat, aby svou práci vykonávaly co nejefektivněji a aby měly ze svého zaměstnání uspokojivý pocit. Je tedy zřejmé, že nedílnou součástí těchto změn je i zvýšená negativní zátěž, kterou pocítují nejen sestry ale všichni zaměstnanci zdravotnických zařízení.

Ve své práci se zabývám právě mírou ošetrovatelské zátěže sester na oddělení následné péče. Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že je v této době aktuální. Jejím prostřednictvím bych ráda upozornila na poměrně velký výskyt zátěže u sester na těchto odděleních.

## **1. Současný stav**

### ***1. 1 Nemocnice České Budějovice a. s.***

#### ***1. 1. 1 Ohlédnutí za dějinami českobudějovické nemocnice***

Počátky zdravotní péče v Českých Budějovicích se datují od 14 století. Péči o nemocné a nemohoucí poskytoval špitál s kostelem svatého Václava, po jeho zrušení péči převzal nový městský chudobinec, založený roku 1781. Město mělo svou veřejnou nemocnici už od roku 1829 na Senovážném náměstí u pravého břehu Mlýnské stoky naproti tzv. „Ferdinandovým lázním“. Byla to dvoupatrová budova s pěti místnostmi a 72 lůžky pro nemocné, přístavkem s márnicí a zahradou. Budova prošla během své existence několika přestavbami. Přesto že byla i rozšířena, rostoucím potřebám obyvatel Budějovic přestávala stačit. Kvůli stálému nedostatku prostorů byla zřízená pomocná infekční nemocnice v tehdejší Šmídově na Karlově třídě. Okolo roku 1900 vedle nemocnice provozovalo svojí ordinaci ještě osmnáct praktických lékařů, dva zubaři a působil tu i okresní lékař. S lékařským předpisem mohli pacienti do tří lékáren ve městě. Záchranou službu obstarávalo od roku 1896 sanitní oddělení v Radniční ulici a narozeným občánkům na svět pomáhalo na svět kolem třiceti porodních bab, které získávaly svolení k této činnosti po složení zkoušek.(12)

Roku 1913 byla zřízená nová nemocnice a to na Lineckém předměstí v dnešní ulici Boženy Němcové. Stavitel J. Kneissel se nechal inspirovat nemocnicí v Chebu a podle ní postavil nádhernou dvoupatrovou budovu s rozsáhlými sklepeními a věžními hodinami. Stavba měla hlavní nemocniční budovu, hospodářské stavení, infekční pavilon, dezinfekční a úmrlčí pavilon. Nemocnice, která stála na Senovážném náměstí, byla stržena. Postupem doby procházela nemocnice řadou změn. Z počátku byla monoprimariátní, ale už po roce se rozdělila na interní a chirurgicko-gynekologický primariát. Po 1. světové válce přibýly i další samostatné primariáty. V roce 1993 vzniklo samostatné neonatologické oddělení z původního novorozeneckého ordinariátu. Samostatné neonatologické oddělení v českobudějovické nemocnici bylo otevřeno jako první v České republice. I název nemocnice procházel vlivem doby změnami přes nemocniční ústav s názvem Kaiser



Franz Josef-Jubiläumskrankenhaus (Jubilejní nemocnice císaře Františka Josefa), Všeobecnou veřejnou nemocnici, Státní oblastní nemocnici České Budějovice, Krajskou nemocnici s poliklinikou až na Nemocnici a poliklinikou III. typu a od 1. 6. 1996 došlo k registraci Nemocnice České. Tato nemocnice od roku 1998 také využívá prostory bývalé Vojenské nemocnice. (18,38)

Vojenská nemocnice sloužila posádce českobudějovických dělostřelců. Nejprve stála v ulici Dr. Stejskala a ve 20. letech 19. století se přemístila na Lidickou třídu. V roce 1912 byl v zeměbranceckých kasárnách v ulici Boženy Němcové k dispozici objekt pro nemocné vojáky ( Marodenhaus). Později byl upraven na divizní nemocnici a za 2. světové války sloužil jako lazaret. Stejně tak jako nemocnice, která stála na Lineckém náměstí, se i Vojenská nemocnice vlivem doby změnila. Z Okruhové vojenské nemocnice se stala civilní Okresní nemocnice a poté se začala označovat jako Dolní areál, kam se přemístila řada oddělení z tzv. Horního areálu českobudějovické nemocnice. Nemocnice České Budějovice byla od roku 2002 nestátní, příspěvková organizace, která se po dvou letech k 1. 1. 2004 přetransformovala na akciovou společnost. Jejímž jediným akcionářem je Jihočeský kraj. (18)

### ***1. 1. 2 Nemocnice České Budějovice, a.s. v současnosti***

Nemocnice České Budějovice, a.s. je jednou z největších a nejúspěšnějších zdravotnických zařízení v České Republice. Má přes 1600 lůžek Týmu lidí, kteří v tomto zdravotnickém zařízení působí, se podařilo spojit kvalitu poskytované základní i specializované péče s ekonomickou prosperitou, což znamenalo zvýšení odborného jména a autority českobudějovické nemocnice. Najdeme v ní 40 zdravotních oddělení s řadou specializací a podoborů. Některé z nich se sdružují do center specializované péče. Jako jsou to např. Traumatologické centrum, Onkologické centrum, Diabetologické centrum a další. Nemocnice zaměstnává více než 2600 zaměstnanců. Pracuje zde okolo 400 lékařů, 1400 pracovníků nelékařských oborů a 170 kvalifikovaných laborantů. Počet sester je okolo 1180, z nichž téměř polovina má specializační a vysokoškolské vzdělání. V této nemocnici se také připravují na své budoucí povolání studenti Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity,

soukromé zdravotnické školy Bílá vložka, Střední zdravotnické školy České Budějovice a studenti lékařských fakult. Za rok je v ní hospitalizováno přes 51000 pacientů, proběhne zde přes 21000 operací a kolem půl milionu ambulantních výkonů a narodí se přes 2000 dětí. Českobudějovická nemocnice je nositelkou titulu Baby Friendly Hospital. (18,17)

Nemocnice se účastní řady vědecko-výzkumných projektů a jednotlivá oddělení jsou řešiteli různých grantů. Organizuje konference a semináře pro zvyšování kvalifikace sester z celého regionu a každoročně pořádá ve spolupráci s jinými odborníky několik celostátních kongresů a sympozií. Lékaři a sestry úspěšně přednáší na mezinárodních i celostátních kongresech. Snahou nemocnice je, aby pacient nebyl spokojen pouze s úrovní odborné péče, ale také s osobním a citlivým přístupem veškerého personálu nemocnice. (18)

### ***1.1.3 Vize do budoucna***

Českobudějovická nemocnice má své cíle jasně stanoveny. Přeje si být přátelským, komfortním zdravotnickým zařízením, chce snížit čekací doby a klade důraz na vlídné chování personálu. V centru pozornosti je také využívání jednotného informačního systému. Dále je to zkracování doby hospitalizace díky používání nových technologií a léčebně-diagnostických metod. Nemocnice věnuje také mnoho pozornosti ošetřovatelství, jako samostatné vědní a nezastupitelné disciplíně v péči o zdraví člověka. Sestry dbají na zvyšování úrovně kvality poskytované péče a na holistický přístup k pacientům prostřednictvím ošetřovatelského procesu. (18)

Na výborných výsledcích se podílí personál svým odborným růstem. Další důležitou podmínkou je získávání kvalifikovaných pracovníků z vnějšku. V rozvoji hrají hlavní roli vlastní investice, podmíněné vyrovnaným hospodařením a rychlou platební schopností. (18)

V dalších letech je přáním nemocnice přestavět anesteziologicko-resuscitační oddělení, traumatologické ambulance a další prostory v budově chirurgie. Nejrozsáhlejší změnou má být výstavba nového dětského pavilonu. Nemocnice plánuje nejen investice do nových prostorů, ale i do vybavení, k nejvýznamnějším patří lineární urychlovač pro onkologicky nemocné. (18)

#### **1.1.4 Oddělení následné péče**

Českobudějovická nemocnice má dvě oddělení následné péče. 1. oddělení následné péče se nachází v Horním areálu nemocnice. Má 173 lůžek a ambulantní část. Je určené především pro pacienty, kteří jsou dlouhodobě, chronicky nemocní a došlo-li ke zhoršení jejich stavu. Převážně jsou to pacienti s interními chorobami, pacienti po úrazech, ale i onkologicky nemocní. Společným znakem většiny z nich je vyšší věk a polymorbidita. Jedná se o případy, kdy se jiná oddělení postarala o akutní fázi, ale pacientův stav vyžaduje ještě delší hospitalizaci zaměřenou na léčbu, diagnostiku, rehabilitaci či nácvik sebeobsluhy. (17)

2. Oddělení následné péče je součástí Dolním areálu nemocnice. Má k dispozici 107 lůžek a její součástí je neurologická Neurologická laboratoř, která pracuje se specializovanými druhy vyšetření jako je např. EEG sloužící pro posouzení atypických záchvatů epilepsie, polysonografie umožňující diagnostiku poruch spánku a další. K této laboratoři patří Centrum poruch spánku, které bylo zařazeno do celosvětového výzkumu léčby nespavosti. Skladba pacientů a charakter jejich obtíží je zde velmi podobný prvnímu oddělení, navíc zde poskytují péči o pacienty v dlouhodobém bezvědomí. Poskytuje péči hlavně v oblasti neurologie a gerontopsychiatrie. Zdravotničtí pracovníci zde často komunikují s agenturami domácí péče, pečovatelskou službou a sociálními ústavy, do jejichž péče se nemocní po propuštění dostávají, nemají-li možnost vrátit se domů. Na obou odděleních je poskytována vysoce kvalitní, specializovaná, komplexní péče. Zajišťují ji kvalifikovaní lékaři, sestry včetně rehabilitačních pracovníků a sociální pracovnice. (17,18)

Na 2. oddělení následné péče stanice B pracuje celkem 12 sester včetně staniční sestry, 10 členů nižšího zdravotnického personálu a dvakrát denně tam dochází rehabilitační pracovník. Při plném stavu se ošetrovatelský personál stará o 50 pacientů, což je kapacita oddělení. Zaměřují se zvláště na pacienty se sníženou schopností sebeobsluhy, na pacienty s rizikem dekubitů a dehydratace, kde je nejdůležitější prevence. K určení stupně dekubitů využívají stupnici podle Nortonové a k zařazení pacientů dle soběstačnosti jim slouží Bartelův test. Další výraznou

skupinou pacientů jsou ti, co trpí inkontinencí. Péče o ně je vysoce individuální, podle typu a stupně postižení ošetrovatelský personál volí inkontinentní pomůcky (plenkové kalhotky, savé podložky atd.). Na tomto oddělení pacienti zůstávají většinou velmi dlouhou dobu, tak se pro ně zdravotnický personál stává blízkými osobami. (35)

## **1.2 Všeobecná sestra**

Jako sestra je označována osoba, která ukončila ošetrovatelské vzdělání v oboru všeobecná sestra a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi. Ošetrovatelské vzdělání je oficiálně státem uznaný studijní program, poskytující široký vědecký základ v behaviorálních, přírodních a ošetrovatelských vědách, který je nutno absolvovat před vykonáním obecně ošetrovatelské praxe. (36)

### **1.2.1 Role sester**

Role jsou historicky podmíněné a jsou určeny danou společností. Je to očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Váže se na chování jedince, na prožívání s nimiž jsou spojeny emoce i postoje, k vlastnostem osobnosti a hodnotovému systému. S rozvojem ošetrovatelství se postupně rozvíjí i role sestry. K rozvoji dochází nejen díky pokrokům v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, které jsou vzájemně více a více propojené, stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Sestra se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Vlivem změn v kompetencích sestry, dochází ke změnám i v obsahu práce, stává se samostatnější. (5, 30)

Sesterské role jsou zaměřené na pomoc jednotlivcům, rodinám i skupinám. Sestra při jejich vykonávání nezastává pouze jednu, ale vždy jde o více rolí, které se mění a vzájemně prolínají. První z rolí je sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, s níž je sestra na oddělení následné péče každodenně ztotožněna, jelikož základní ošetrovatelská péče je na tomto oddělení prioritní. (30)

Dále sestra působí jako edukátor nemocného a jeho rodiny. V moderním ošetrovatelství je kladen důraz na edukační činnost sestry, kterou se sestra podílí na podpoře, zachování, upevňování zdraví a prevenci jeho poruch. V následné péči jde hlavně o rozvoj soběstačnosti osob s porušeným zdravím, předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka a rozvoj sebeobslužných činností. (5)

Sestra v roli obhájce (advokát) nemocného vysvětluje a reprezentuje jeho práva, tlumočí jeho přání, požadavky a názory, stává se jeho mluvčím, neboť díky

ošetřovatelskému procesu má možnost jej dobře poznat. V českobudějovické nemocnici sestry ošetřovatelský proces aktivně využívají na všech odděleních. (30)

Nezastupitelnou rolí je role manažerky. Při plánování a realizaci ošetřovatelské péče vedoucí sestra úzce spolupracuje s ostatními členy ošetřovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči. Tato role je součástí všech ošetřovatelských činností. Neméně důležité jsou i role jako sestra výzkumnice či sestra nositelka změn. (5)

### ***1.2.2 Kompetence a práce sestry***

V současnosti se od sestry očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení, které se postupně rozšířilo z nemocného na mnoho dalších sociálních skupin. Jako všichni občané i sestry mají povinnost iniciovat a podporovat činnosti, které napomáhají upevňovat zdraví a uspokojovat sociální potřeby společnosti. (23,1)

Rámcové náplně činností jednotlivých kategorií ošetřovatelských pracovníků vydává Ministerstvo zdravotnictví a každé zdravotnické zařízení by je mělo mít podrobněji zpracované v pracovní smlouvě. Sesterské činnosti můžeme z hlediska jejich obsahu rozdělit do několika skupin a to na základní ošetřovatelskou péči, diagnosticko-terapeutickou činnost, psychosociální činnosti, administrativní práce a přípravné a dokončovací práce.(30)

Kompetence sestry legislativně upravuje zákon 96/2006 Sb., 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) a vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle vyhlášky sestra s osvědčením k výkonu povolání je kompetentní k vykonávání činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, přičemž základní a specializovanou péči zajišťuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu. V rámci

komplexní ošetrovatelské péče vykonává samostatně jednotlivé výkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedince a skupin. Na základě indikací lékaře se podílí bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a dispenzární péče. Samostatně tyto výkony vykonává nebo při nich asistuje. Některé činnosti stanovené vyhláškou vykonává pod odborným dohledem lékaře (podávání nitrožilních derivátů, aplikace transfúzí). (5, 29)

V praxi jsou často sestry pověřovány úkoly, které spadají do náplně práce pomocného nebo méně kvalifikovaného personálu. Avšak je tomu také naopak, sestry provádějí úkoly odborného charakteru, překračující pracovní kompetence většinou na přání lékaře. (1)

### ***1.2.3 Vzdelávání zdravotnických pracovníků***

Vzdělávání sester začalo již v roce 1860 na první ošetrovatelské škole, kterou založila Florence Nightingallová. A už o sto let později vznikaly na celém světě vysokoškolská studia ošetrovatelství. V současné době vzdělávání sester lze rozdělit na základní odborné studium potřebné k získání kvalifikace. Samotná kvalifikace musí splňovat určitá kritéria (viz příloha 1). Probíhá na vyšších typech škol nebo na univerzitách. Absolvování poskytuje způsobilost k výkonu povolání sestry. A na další vzdělávání, které je potřebné k celoživotnímu odbornému růstu během profesního života sestry. Do dalšího vzdělávání patří specializační studium, to je zaměřeno na specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, na různé formy terénní a nemocniční péče a na management. Specializační studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních. Dále pak univerzitní studium, jež probíhá na univerzitách jako forma dalšího vzdělávání a to jako bakalářské studium sester ve všeobecném ošetrovatelství, nebo jako magisterské studium ošetrovatelského managementu nebo pedagogiky. V neposlední řadě k dalšímu vzdělávání patří kontinuální (celoživotní) vzdělávání. Sestra je povinna udržovat své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků a to prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, např. odborných akcí profesních organizací, kurzů, stáží nebo samostudiem. (30, 33)

Úroveň a postavení každého oboru ovlivňují dva základní předpoklady-jeho obsah spojený s určitým stupněm pravomoci a odpovědnosti a úroveň přípravy pracovníků oboru. (30)

Se vstupem do Evropské unie prošla kvalifikační příprava sester a postkvalifikační vzdělávání transformací. Převedení většiny studia oboru Všeobecná sestra na vysokoškolskou úroveň zaručuje, že studenti jsou duševně a emočně zralejší. Současné právní předpisy upravují obsah studia, systém celoživotního vzdělávání ale i kompetence sester s ohledem na nový obsah studia. Přijaté změny odpovídají vývoji a postavené oboru ošetrovatelství ve vyspělých zemích. Díky požadavkům Evropské unie a Světové zdravotnické organizace se vzdělávání sester transformuje na vysokou školu. Kvalifikační příprava sester probíhá na univerzitní půdě a na vyšších zdravotnických školách. Střední zdravotnická škola připravuje na budoucí povolání tzv. zdravotnické asistenty, kteří budou provádět základní ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem sestry. (15)

Mezi právní předpisy, které zásadně mění či upravují vzdělávání sester, získání osvědčení ke způsobilosti výkonu zdravotnického povolání, náplně činnosti apod. patří zákon č. 96/2004 Sb., 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), v roce 2005 byl novelizován zákonem č. 125/2005 Sb., vyhláška 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a vyhláška MZ ČR 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Právní předpisy přesně vymezují kompetence sester a rozlišují zdali budou moci pracovat samostatně, bez odborného dohledu (což je výkon činností, ke kterým je sestra způsobilá na základě indikace lékaře a které se provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře). Pod odborným dohledem (je výkon činností, ke kterým je sestra či zdravotnický asistent způsobilý nebo ke kterým



způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí. Pod přímým vedením (se považuje soubor činností, ke kterým je zdravotnický asistent způsobilý nebo ke kterým získává, při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí). (15,29)

### ***1.2.3.1 Celoživotní vzdělávání sester***

Z právních předpisů vyplývá, že sestra na sobě musí pracovat nepřetržitě po celou dobu výkonu svého povolání. Pro sestru ukončení školy rozhodně neznamená konec studia, avšak spíše začátek. Cílem je nejen ochrana veřejnosti před personálem s nízkými znalostmi a dovednostmi, ale i usnadnění pohybu pracovních sil v rámci Evropské unie.(31)

Formy celoživotního vzdělávání jsou specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, studium navazujících vysokoškolských studijních programů, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích, seminářích, konferencích a odborných symposiích. Do celoživotního vzdělávání patří i publikační a vědeckovýzkumná činnost, pedagogická činnost. Aby mohla být každá z těchto uvedených akcí sestrou evidována a použita k obnovení získání osvědčení ke způsobilosti k výkonu povolání, musí mít přidělené kredity prostřednictvím kreditní komise při České asociaci sester. Celoživotní vzdělávání přispívá ke kvalitnější práci, ale také rozšiřuje obzor a umožňuje vstupovat do odborných diskusí. Ovšem za něj nelze považovat jen občasnou návštěvu povinného semináře, měl by to být trvalý aktivní zájem o nové poznatky ve vlastní profesi, aktivní vyhledávání a testování jich v praxi. (23, 33)

### **1.2.4 Registrace sester**

Registrace je systém permanentní kontroly celoživotního odborného růstu sester. Každý zdravotnický pracovník, který získá od Ministerstva zdravotnictví Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dozoru, je zapsán do registru těchto pracovníků, který vede Ministerstvo zdravotnictví. Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu. Je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. (23, 31)

Vznik Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je dán zákonem č. 96/2004 Sb., 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). Vstoupil v platnost dne 1. 4. 2004. Tento zákon byl v roce 2005 novelizován zákonem č. 125/2005 Sb. (27, 29)

V registru jsou zpracovávány údaje, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a jejich držitelé jsou zapsáni do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Osvědčení vydává Ministerstvo zdravotnictví na základě písemné žádosti a pokud žadatel splnil stanovené podmínky. Je vydáno na dobu šest let. Po uplynutí této doby lze platnost prodloužit na další šestileté období, pokud je žadatel (sestra) odborně a zdravotně způsobilý, bezúhonný a vykonává-li zdravotnické povolání v příslušném oboru minimálně jeden rok z období posledních šest let v rozsahu poloviny stanovené doby nebo dva roky v rozsahu minimálně poloviny stanovené pracovní doby. Či složí-li zkoušku, kterou se ověří jeho způsobilost. Rovněž je důležité vědět, že někteří žadatelé musejí navíc doložit i některé další náležitosti. To se týká středoškolsky vzdělaných pracovníků a vysokoškolsky vzdělaných sester, které nemají střední zdravotnické vzdělání. Ti musejí doložit 3 roky praxe v oboru. (28, 26)

Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických povolání je ochrana veřejnosti, která spočívá v principu celoživotního vzdělávání, průběžného obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti, což vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných činností s tím souvisejících. Vysoká kvalita poskytované péče napomáhá ke zvyšování úrovně a prestiže nelékařských zdravotnických profesí. Sestra, která získala způsobilost k výkonu povolání, se může řádně zaregistrovat, splní-li podmínky registrace během jednoho registračního cyklu. Registrace se opakuje v pravidelných pětiletých cyklech. Po zavedení do registru sestra obdrží registrační kartu s registračním číslem a označením její platnosti, současně je jí vydán registrační certifikát. Vzdělávací aktivity zaznamenává do Indexu odbornosti. (30)

Sestra se stává samostatným odborníkem v oblasti uspokojování potřeb pacienta i v jiných oblastech s touto péčí souvisejících.

### ***1.2.5 Sesterské povolání z pohledu odborné a laické veřejnosti***

Přestože se profese sestry ve společnosti hodnotí poměrně vysoko, její image se pozitivně mění jen pomalu. Laická veřejnost není o práci sestry příliš informovaná. Sdělovací prostředky se o sestřích zmiňují jen v souvislosti s nějakou senzací. Např. Sestra vraždila, nebo z jednoho případu zanedbané povinné péče dochází k unáhleným, obecným závěrům o zdravotní péči. Ale o tom že sestra vážící 60 kg musela převléci pacienta, kterého do nemocnice dopravili zdatní hasiči nebo že musela zvládnout agresivního muže, žádnou zmínku nenajdeme. (3, 5)

Z pohledu většiny vedení je sestra je majetkem zdravotnického zařízení. Musí být k dispozici, kdykoli někdo vypadne ze služby bez ohledu na osobní život. Má povinnost číst a brát na vědomí veškerá nařízení. Mít pacienty v naprostém pořádku a zároveň ušetřit pomůcky. Ochotně spolupracovat při zavádění nových ošetrovatelských postupů do praxe i při polovičním počtu personálu. Musí si umět poradit bez lékaře, bez uklízečky, bez sanitáře, bez ošetrovatelky. Musí zvládnout v nutném případě práci všech vyjmenovaných profesí a k tomu nezameškat svou práci. Požadavky kladené na sestru mohou být někdy tak náročné, že působí negativně na jejich práci, tedy na kvalitu požadované péče. (3, 14)

Názory lékařů jsou různé, buďto sestru vnímají jako spolupracovníka, bez kterého by práce na oddělení nebyla možná a jako člověka který je v neustálém kontaktu s pacienty. Ví o nich všechno a on může čerpat z jejich poznatků. K čemu by byla léčba, kdyby pacient nebyl čistý, najedený a spokojený. K čemu budou léky, když pacient bude trpět žízní. Sestra je nepostradatelný a nenahraditelný člen oddělení. Druhý názor je takový, že sestra je nicka, která se svými znalostmi nemůže lékaři konkurovat. Důvodem může být i to, že ošetrovatelství jako věda má kratší historii než lékařství a má také nižší společenský statut. (14)

V neposlední řadě jsou názory pacientů a jejich rodiny. Jejich pohledy jsou taktéž různé a nelze zevšeobecňovat. Záleží na mentalitě, inteligenci, slušnosti a na onemocnění pacienta. A na druhé straně záleží i na mentalitě, výchově a slušnosti sestry. Jsou pacienti, kteří sestru považují za služku a pro druhé je světice nebo anděl. (3)

Sestra je člověk jako každý jiný. Má své starosti i radosti a neliší se od ostatních lidí. Některá pouze pracuje a jiná vykonává své poslání. Zvláště na oddělení následné péče se sestry setkávají s tím, k čemu se obyčejní lidé otáčejí zády s nemocí, utrpením, smutkem a smrtí. Bývají svědky událostí jako je lidské zrození, naděje na život, naděje na uzdravení, událostí při kterých si člověk začne vážit víc zdraví než majetku. Sestry nastoupily cestu, která již trvá více než sto let a jejich povolání se posunulo obrovský kus kupředu. Přesto si sesterské povolání bude muset upevnit současnou pozici a také pracovat na změně své image. Důležitým ale nelehkým úkolem sestry je vybudovat si zdravé sebevědomí. Je potřeba, aby se naučily znát svojí profesionální hodnotu, aby byly schopny řešit své problémy a též aby se účastnily celospolečenských diskuzí a jednání. ( 5, 33)

## **1. 3 Zátěž sester**

### ***1.3.1 Zdraví a zátěž sester***

Zdraví je právo každého člověka, odráží jeho individualitu, genetickou výbavu, ale také prostředí, kde se vyskytuje. Posláním lékařské a sesterské profese je péče o zdraví člověka v oblasti prevence onemocnění, v době nemoci, rekonvalescence a pomoc na konci života. Stává se, že sestry při péči o druhé často zapomíná sama na sebe, přesto že je v jejich zájmu o své zdraví pečovat. Udržování duševního zdraví a pohody pak patří k jednomu z cílů vedoucím ke kvalitnímu životu. (32, 34)

Uspěchaný životní styl dnešní doby se nevyhýbá ani zdravotníkům. Pokud nežádoucí vlivy překročí pro jedince snesitelnou hranici, selžou adaptační mechanismy a mohou se objevit různá onemocnění. Aby k tomuto stavu nedošlo, je nutné o sebe pečovat. (34)

### ***1.3.2 Zátěž ve zdravotnictví***

V rámci svých profesí se zdravotničtí pracovníci setkávají se značnou škálou problémů. Musejí plnit velké množství povinností, jejichž nesplnění může mít i právní dopad. Práce je spojena s větší mírou stresu, nežli je tomu u jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění. Nadměrný stres tedy zhoršuje zdravotní stav a produktivitu práce zdravotníků a přenáší se i do jejich rodin. Přílišný stres je častým důvodem, proč lékaři i zdravotní sestry opouštějí zdravotnictví nebo specifické zdravotnické profese. Podstatné je ovšem, že důsledkům nadměrného stresu je možné předcházet. Na účinné prevenci profesionálního stresu vydělává zdravotník i jeho pacienti. Vzhledem k různorodosti zátěží v profesi (vedle fyzické náročnosti práce a rizika infekce je stále závažnějším problémem i psychická zátěž.) se dopady na zdraví posuzují obtížně, navíc mnohá rizika ve zdravotnictví působí dlouhodobě a skrytě. (2, 8)

Zátěž v práci sestry je možno rozdělit zhruba na ty, které se vztahují k podmínkám pracovní činnosti, dále na zátěže plynoucí z odlišných diagnóz ošetřovaných pacientů a na zátěže které se týkají osobnosti pracovníků.(2)

### **1.3.3 Fyzická zátěž**

Fyzická zátěž ve zdravotnictví se týká převážně personálu na lůžkových odděleních. Obzvláště náročná jsou oddělení s převahou imobilních, inkontinentních a dementních pacientů, jako oddělení následné péče či gerontopsychiatrie. Zvýšenou fyzickou námahu od sester však vyžadují všichni imobilní pacienti, ať už s chronickým neurologickým onemocněním, po úraze nebo s dementními stavy. Úroveň zátěže je různorodá v závislosti na druhu oddělení, skladbě pacientů a jejich zdravotním stavu. Na těchto odděleních pracují převážně ženy různého věku (sestry, ošetřovatelky), proto problém fyzické zátěže nelze podceňovat. (22)

V otázce fyzické zátěže hraje hlavní roli polohování pacienta, provádění osobní hygieny, manipulace s ním v rámci léčebné a ošetřovatelské péče a manipulace s lůžkem. Další zátěž způsobuje manipulace s prádlem, zdravotnickým materiálem při uskladňování na odděleních a nezbytným úklidem na oddělení. Také manipulace s přístroji může být náročná. V neposlední řadě je nutné zmínit i rehabilitaci pacienta. Tělesné zdraví však může ohrozit i řada nežádoucích vlivů-důsledků používání toxických látek aj. (léky, dezinfekční přípravky, záření). V souvislosti s manipulací s jakýmkoliv břemenem si při ní sestry často nepočínají profesionálně a přetěžují svůj organismus. Nepoužívají správné techniky, někdy je neznají, jindy jim jejich použití "přidělává práci". (4, 21)

Ke zvýšení fyzické zátěže přispívají zhoršené prostorové podmínky na jednotlivých odděleních, různé architektonické bariéry, nevhodné dispoziční řešení pokojů a provozních místností, nevhodných mechanických pomůcek na manipulaci s pacienty nebo nedostatek pomůcek vůbec. (9)

Přestože se vybavení nemocnic zlepšuje, manipulace s pacienty při úpravě lůžka, převazu, vážení, koupání a dalších úkonech je ve zdravotnických zařízeních i ústavech sociální péče stálým problémem. Neúměrné je statické zatížení, práce vestoje v předklonu, práce v noci a rotace páteře při častých manipulacích s pacienty.

Fyzickou zátěž hodnotíme stejně jako na každém jiném pracovišti podle platných hygienických předpisů. (9)

#### ***1.3.4 Psychická zátěž sester***

Vzhledem k rostoucímu životnímu tempu, stále větším požadavkům na výkon a narůstajícímu časovému a organizačnímu tlaku se stres stává v posledních letech více součástí běžného života. Psychická zátěž, stres se tedy stává významným faktorem práce zdravotníků. (10)

##### ***1.3.4.1 Příčiny psychické zátěže***

Vyplývá z odpovědnosti zdravotnického pracovníka za zdraví a život pacienta, z odpovědnosti za dodržování konkrétních léčebných či diagnostických aktivit. Zodpovědnost za životy a pohodu může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, ale na druhé straně se sestry mohou cítit při této náročné práci opotřebované a citově vyčerpané. Nedá se podceňovat ani skrytý vnitřní konflikt, pramenící z časové tísně, kdy vysoký počet pacientů často nedovoluje navazovat individuální kontakt, strach z chyb. Nezanedbatelné je působení lidského utrpení a bolesti, kdy může v určitých situacích selhávat profesionální obrana. Vedle těchto hlavních zátěžových momentů, které jsou primární a pramení z vlastního výkonu činností, přistupují i zátěžové momenty sekundárního charakteru. Jsou to konflikty mezi členy zdravotnických týmů, jejichž příčinu lze spatřovat v lidských vlastnostech, v idiosynkrazii vzájemných vztahů, často překrývaných odbornými rozepřemi. (6, 10)

Ošetrovatelství je náročné a jeho společenská prestiž malá, již tento fakt může být pro některé sestry stresující. Nemocní a ale někdy i jejich příbuzní sestřím sdělují své problémy a čekají, že vždy dostanou řešení. Součástí sesterské práce je kvalitní a efektivní komunikace. Sestra se stává spojkou v komunikaci mezi pacientem a lékařem a také mezi ostatními členy ošetrovatelského týmu. Požadavky na práci přesčas a o víkendech zasahují rodinný život sestry. Tak se sestra může dostat do konfliktu rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím netrpěla částečně rodina a naopak. (34)

#### ***1.3.4.2 Projevy psychické zátěže***

Když se od jednotlivce vyžaduje víc než je schopen zvládnout, má to za následek stres. Podle toho jak se stres vyvíjí, tělo na to přiměřeně reaguje. Každý na nadměrnou zátěž reaguje jinak. Problémy se projevují především změnou nálad a chování, avšak projevy je možno nalézt i v somatické oblasti, kdy se objevují zažívací obtíže, bolesti hlavy, nespavost a mnohé další. Přetížení a stresové situace nejen sestřám brání v logickém úsudku. (16)

#### ***1.3.4.3 Prevence psychické zátěže***

Překonávat každodenní vypětí sestřám může pomoci především zdravé pracovní prostředí. Pokud člověk okolo sebe nemá správnou partu lidí, přestaneme se do zaměstnání těšit, což se stává velkou příčinou stresu. Cítí-li se sestra dobře, dá se očekávat, že bude podávat dobrý výkon. Má-li tedy správně pracovat a má-li být pacientovou oporou, je zapotřebí, aby i ona sama byla v dobrém stavu. Existují preventivní opatření, díky nimž je možno předejít vážným stavům, které přicházejí společně se syndromem vyhoření, jako jsou například různé druhy závislostí. Péče o sebe sama má řadu různých oblastí. Jde např. o péči o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, o stravování apod. Patří sem samozřejmě i péče o vlastní tělesný i duševní život. O zdraví je nutno pečovat. Je mnoho relaxačních a preventivních metod, které lze naučit. Je ale potřeba nalézt tu správnou a rozvíjet ji. K psychické pohodě vede nalezení rovnováhy v rodinných vztazích, tělesná pohoda a aktivní společenský život. Relaxace v neharmonickém vztahu není efektivní a je spíše bezvýznamná. (13,34)

#### ***1.3.4.4 Syndrom vyhoření***

Existují různé definice syndromu vyhoření, jako je ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí. Ve zdravotnictví bývá popsán jako ztráta zájmu o lidi, s kterými člověk pracuje, citová otupělost, charakterizovaná tím, že zdravotník ochladne ve vztahu k pacientovi, necítí lítost a nemá ani potřebnou úctu k lidem. Je častý ve zdravotnictví, ale i v jiných profesích, zejména těch, kde je pracovník vystaven intenzivnímu kontaktu s druhými lidmi.



Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpanost, kognitivní vyčerpání a „opotřebením“ a často i celková únava. (33)

Vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Souvisí jednak se zátěží, ale také je důsledkem selhání coping mechanismů. Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání pracovníka a zátěže, které plynou z vysokých nároků. Příčiny vzniku syndromu vyhoření je třeba hledat jak v osobnostních charakteristikách postiženého, tak v konkrétních pracovních podmínkách. (2)

Po prvotním nadšení z práce se dostávají pocity neuspokojení z práce, otupělost, následují drobné zdravotní potíže, např. častá nachlazení nebo potíže s pohybovým systémem (stagnace). Postupně klesá pracovní nasazení a výkonnost. Zdravotník zjišťuje, že nemůže dosáhnout svých ideálů a cílů (frustrace). Nakonec podlehně depresi a přestává být schopen práci vykonávat (izolace). Projevuje se ve třech oblastech a to jako tělesné, citové a duševní vyčerpání. (37)

Samotné vyhoření je výsledek dlouhého pozvolného procesu, který má několik fází. V literatuře se obvykle cituje čtyřfázový model C. Maslachové. Podstatou první fáze je nadšení kde v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se. Ve druhé fázi se objevuje vyčerpání, jak psychické, tak fyzické a ve třetí fázi dochází k dehumanizovanému vnímání sociálního okolí, odcizení a obranným postojům. Čtvrtá fáze se projeví vyčerpáním, negativismem a lhostejností. (2)

Syndrom vyhoření není nemoc, je to proces, který se může objevit v průběhu kariéry pomáhajícího. Způsobuje škody osobní, ale také se v jeho důsledku zhoršuje kvalita poskytovaných služeb. Lze ho vidět i jako sociální problém, protože se jedná o důsledek práce s lidmi a má dopad v sociální sféře. Není nevratným procesem, lze mu rozhodně předcházet a lze ho i léčit. (14)

V prevenci bychom měli vycházet z toho, že je syndrom vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Proto je možné tuto nesrovnalost změnit jednak na straně jedince, osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnutí stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Velká pozornost je věnována především vlivu sociální opory, která má hlavní zdroje v rodině, zaměstnání u zaměstnanců, přátel a dobrých známých. Jako hlavní faktory předcházení vyhoření

jsou uváděny tři skupiny okolností a to nalezení smysluplné pracovní činnosti, získání a převzetí profesionální autonomie a opory a konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám. Včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práce jemu. Je důležité předcházet vyhoření na úrovni jednotlivce, ale stejně tak je důležitá je úroveň organizace. Předcházení vyhoření u pracovníků je vyjádřením zájmu organizace o podřízené. (2)

#### **1.4. Adaptace nových pracovníků (v Nemocnici České Budějovice)**

Vstup do nového zaměstnání je pro každého člověka krokem do neznáma a velmi záleží na přístupu všech, jak se s novou situací vypořádá. Českobudějovická nemocnice každoročně přijímá v průměru 200 nových zdravotnických pracovníků nelékařských oborů. (20)

Adaptační proces je usměrňování a přizpůsobení nového pracovníka na konkrétní pracovní prostředí a zvládnutí činností spojených s jeho pracovním místem. Má zásadní vliv na vývoj vztahu zaměstnance k příslušnému zařízení a na jeho budoucí výkonnost. Adaptační proces je určen pro pracovníky dle zákona č. 96/2004 Sb., 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) a probíhá na příslušných zdravotnických pracovištích. Má dvě roviny a to pracovní a sociální. V pracovní rovině jde o rychlé zvládnutí pracovních požadavků v rámci zařazení, vytvoření si profesních návyků a doplnění teoretických znalostí. V sociální rovině je potřeba začlenit se do pracovního kolektivu. Délku adaptačního procesu řídí jmenovaný zákon č. 96/2004 Sb., krom toho záleží také na schopnostech každého pracovníka a na tom, odkud nový pracovník přichází. (20, 39)

Celý postup se dokumentuje. Každý nový zaměstnanec má připraven Plán zpracování. Je rozdělen do jednotlivých oddílů A - K. Začíná přehledem základních legislativních norem, dále získá pracovník obecné informace o oddělení na kterém pracuje. Do oddílu C spadají teoretické znalosti a praktické dovednosti včetně Standardů ošetrovatelské péče. Vzhledem ke specifitě každého oddělení je oddíl D vypracován samostatně. Účast na ústavních seminářích je součástí kontinuálního vzdělávání. Nakonec čeká každého pracovníka závěrečný test, ke kterému předem dostane seznam doporučené literatury a soubor otázek. Před ukončením plánu zpracování pracovník vypracuje písemnou práci, která obsahuje jednak zpracování zadané kasuistiky a odborného testu v rozsahu 15 - 20 otázek. Tento proces končí ústním pohovorem, kde vedoucí pracovníci zhodnotí celý průběh zpracování včetně vypracované kasuistiky a seznámí pracovníka s hodnocením. Poté pracovník obdrží

Doklad o ukončení plánu zapracování a v rámci zpětné vazby vyplňuje anonymně  
Dotazník pro pracovníka (viz příloha 4). (20)

## **1. 5. Motivace**

### ***1.5.1. Motivace v pracovním prostředí***

Motivace patří k nejsložitějším interakčním faktorům ovlivňující výkon lidí v pracovním prostředí. Motiv lze definovat jako pohnutku chování směřující k uspokojení potřeby. Potřeba je pocíťována jako přebytek či nedostatek, tedy jako narušení rovnováhy organismu. Motivace je tedy podnícené chování, psychologický proces, který chování udává cíl a směr (schopnost manažera ovlivnit jednotlivce nebo skupiny-nebo podněcovat zaměstnance k dobrovolnému podávání optimálních výkonů. (7, 11)

Podněcují ji vnější a vnitřní interakční faktory, které ovlivňují to, jak člověk vnímá cíle a snaží se jich dosáhnout. Je vlastní každému člověku, ale může být ovlivněna vlastními okolnostmi, včetně vlivu ostatních lidí (spolupracovníků a manažerů), a celkovými podmínkami prostředí. Udržení motivace je jedním z hlavních úkolů vedoucích managerů. (7)

### ***1.5.2. Teorie motivace***

Teorie ukazují a zobecňují důvod našeho chování, avšak neexistuje teorie, která by měla univerzální charakter a obecnou platnost. Tyto teorie bývají obecně rozděleny do dvou skupin. První skupina je zaměřena na motivační příčiny, na to co člověka motivuje k práci. Druhá skupina se soustřeďuje na rozpoznání procesu motivace, jeho průběhu. (11)

Nejznámější a nejrozšířenější je teorie lidské motivace Abrahama Maslowa, známá jako hierarchie lidských potřeb. Potřeby jsou v jeho pojetí uspořádány hierarchicky, přičemž obecně platí, že na vyšším stupni se stává pohnutkou chování pouze je-li uspokojena potřeba na nižším stupni. Potřeby jsou uspořádány do pěti tříd od nejnižší po nejvyšší (1. fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeba sounáležitosti, potřeba sebeúcty, seberealizace). Konkrétně lze říci, že základní biologické potřeby představuje hmotná odměna a pevná pracovní pozice. Psychologické potřeby jsou dány vztahy na pracovišti, ať už to mezi ošetrovatelským personálem či vedením, oceněním zásluh a uznáním. Sestra managerka by neměla opomíjet ani možnost seberealizace svých podřízených. (11)

Další známou motivační teorií je Herzbergerova dvoufázová teorie. Tvrdí, že existují dvě skupiny faktorů a to vnitřní a vnější. Vnějších označoval jako hygienické vlivy (neuspokojovatelé), které souvisí s platem, jistotou zaměstnání, pracovními podmínkami a mezilidskými vztahy s kolegy. Mají většinou krátkodobý a vyhasínající účinek, jejich úroveň se projeví ve spokojenosti či nespokojenosti pracovníka. Dlouhodobě nezvyšují výkon a při jejich zlepšení nedochází ke zlepšení motivace, ale k neutralizaci stavu. Vnitřní jsou motivátory (uspokojovatelé), což je povaha samotné práce, pocit úspěšnosti, uznání. Ty stimulují snahu pracovníků k vrcholovým výkonům, k růstu aktivity a kreativity v práci. Každého pracovníka ovlivňují obě skupiny faktorů v různé intenzitě podle aktuální situace. Motivačních teorií existuje mnohem více, zde je uvedeno jen pár nejznámějších pro jejich přiblížení. (7)

### ***1.5.3. Motivace ošetrovatelského personálu***

Motivovat zaměstnance s v prostředí současného českého zdravotnictví není snadný úkol. Mnoho zdravotnických zařízení se nachází ve stavu, který je označován jako organizační deprese, což se projevuje syndromem vyhoření, pesimismem, cynismem, frustrací, lhostejností a ztrátou iniciativy. I podle PhDr. Daniela Golema se setkáváme se zaměstnanci s fenoménem psychologické absence. „Jsou to zaměstnanci, kteří pracují bez zájmu, mechanicky, bezmyšlenkovitě, zjevně znudění či jinak duchem nepřítomni. Zákon entropie hovoří o stupni opotřebovanosti. Entropii, definuje druhý zákon termodynamiky jako tendenci systémů chladnout, rozpadat se, degenerovat. Lze ji zastavit pouze stálým přísunem energie zpět do systémů. (7)

Motivace ošetrovatelského personálu je jednou z nejdůležitějších funkcí sestry manažerky, která musí mít o motivaci náležité vědomosti. Znalost konkrétních motivů jednotlivých pracovníků odkrývá možnost jejich efektivní stimulace. Sestra manažerka by měla mít zmapovanou hierarchii potřeb svých podřízených. Avšak ve vedoucím postavení nemůže motivovat druhé, pokud sama tyto vlastnosti nemá. Z pohledu zaměstnance je rozdíl mezi angažovaností (chci to udělat) a pouhým akceptováním (musím to udělat). Úspěch oddělení nezávisí pouze na technickém

vybavení, ale hlavně na schopnostech sestry manažerky motivovat svůj ošetrovatelský tým. (11)

Sestry stále může motivovat a udávat jim směr slib Florence Nightingalové (..slavnostně před Bohem slibujeme, že budeme vésti celý život mravný a vykonávat svoje povinnosti věrně. Zdržíme se všeho, co je zhoubné a špatné, nepoužijeme aniž vědomě podáme někomu zhoubný lék. Seč naše síly stačí, učiníme vše, abychom pozvedly úroveň našeho povolání, a ponecháme u sebe vše, co v důvěrnosti nám bude svěřeno, rovněž všechny podivné záležitosti, o kterých se dovíme během svého praktického života. Věrně se budeme snažit, abychom pomáhaly lékařům při jejich práci, a oddáme se těm, kteří naší péči budou svěřeni.), který slouží jako poslání sesterské profese a odráží hluboce zakořeněnou vizi a hodnoty ošetrovatelství. (19)

## **2. Cíle a hypotézy**

### **2.1. Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit míru ošetrovatelské zátěže a následný výkon sester na 2. oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a. s.

Cíl 2: Zjistit chybějící počet ošetrovatelského personálu na 2. oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a. s.

### **2.2. Hypotézy**

Hypotéza 1: Zátěž sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a. s. je min. 500 min./jednu sestru/8 hod.

Hypotéza 2: Výkon sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a. s. je min. 130%.

Hypotéza 3: Na ranní osmihodinové směně je na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a. s. min. o 3 členy ošetrovatelského personálu méně.



### 3. Metodika

#### 3. 1. Použitá metoda

K výzkumu byla použita Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče. Metoda byla užitá ke stanovení zátěže a výkonu sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a.s. Z těchto údajů byl pak vypočítán chybějící počet ošetrovatelského personálu. Výzkum probíhal v období od 5.3.2007 - 25.3.2007, tedy 21 dnů včetně víkendů.

Výsledky byly zaznamenávány do formulářů, které jsou součástí skript Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče od autorů Pochylá K. a Pochylý O., které tuto metodu popisují. Pomocí této metody je možné vypočítat optimální počet ošetrovatelského personálu pro danou stanici. Je nezbytné k tomu vypočítat další veličiny jako jsou základní a speciální ošetrovatelská péče, jednorázová denní hodnota a celkový čas. Z výsledků těchto veličin je následně možné vypočítat ošetrovatelskou zátěž a výkon.

Nejprve byli pacienti zařazeni do kategorií dle soběstačnosti, což je základ užití této metody. Kategorizace byla prováděna v oblasti pohybové, osobní hygieny, výživy, vyprazdňování, návštěvy WC, dekubitů a v oblasti spolupráce. Pacienti byli zařazeni podle stanovených kritérií do pěti kategorií. (viz příloha 3). Každá kategorie má stanovený čas na základní ošetrovatelskou péči. V interních oborech kategorii I. odpovídá čas 5 minut, kategorii II. 23 minut, kategorii III. 62 minut, kategorii IV 122 minut.

#### Kategorizace pacientů

Klinické obory	Kategorie			
	I.	II.	III.	IV.
Interní	5 min.	23 min.	62 min.	122 min.
Chirurgické	5 min.	20 min.	58 min.	103 min.
Gyn. Por.	5 min.	25 min.	54 min.	98 min.

Jednotlivé kategorie se sečtou a vynásobí se určeným počtem minut, čímž získáme základní ošetrovatelskou péči (ZOP). Vzorec pro výpočet ZOP je:

$$T_A = \sum_1^{n_p} t_A^i \quad [\text{min}/24\text{hod}]$$

$T_A$ .....součet časů všech pacientů na ZOP [ min 24 hod ]

$n_p$  ..... počet pacient [ - ]

$t_A^i$  ..... čas na ZOP pro jednoho pacienta [ min / pac. a 24 hod]

Dalším krokem bylo vypočtení speciální ošetrovatelské péče, k tomu sloužil záznamový arch, ve kterém jsou jednotlivé výkony sestry rozděleny do čtyř částí a to na I. podávání léků, II. sledování, III. speciální ošetrovatelské a diagnostickoterapeutické výkony, jiné činnosti ve vztahu k pacientovi (viz příloha 2). Každý výkon je kvalifikován v bodové stupnici, která stanoví potřebný čas k jeho provedení. Znamená to tedy, že každý výkon násobíme stanoveným počtem bodů. Hodnota jednoho bodu je 2,5 minuty. Vzorec pro výpočet SOP (speciální ošetrovatelské péče) je:

$$T_B = f \cdot \sum_1^{n_p} t_B^i \quad [\text{min}/24\text{hod}]$$

$T_B$ .....součet časů všech pacientů na SOP [ min / 24 hod ]

$n_p$  ..... počet pacientů [ - ]

$t_B^i$  ..... čas na SOP pro jednoho pacienta [ body / pac. a 24 hod ]

$f$  .....převodní faktor  $f=2,5$  [min/bod]

Další veličinou je jednorázová denní hodnota. Tu je možno získat vynásobením počtu pacientů 40-ti minutami. K výpočtu slouží vzorec:

$$T_c = 40 \cdot n_p \quad [\text{min} / 24\text{hod}]$$

$T_c$ .....výsledná jednorázová

$n_p$ .....hodnota počet pacientů

Ošetrovateľskou záťaž získame vydělíme-li počet sestier ve směnách celkovým časem. Z této veličiny následně vypočteme ošetrovateľský výkon. Což je podíl záťaže a skutečné délky směny 1 sestry (v %). Vzorce pro výpočet ošetrovateľské záťaže a výkonu jsou:

$$Z = \frac{T}{n_s} \quad [ \text{min/ 1 sestru} ]$$

Z ..... ošetrovateľská záťaž [min/1 sestru]

$n_s$  ..... počet sestier ve směnách za 24 hod [ - ]

T ..... celkový čas

$$T = T_A + T_B + T_C \quad [ \text{min/ 24 hodin} ]$$

$$V = \frac{Z}{t_s} \cdot 100 = \frac{T}{\sum t_s} \cdot 100 \quad [ \% ]$$

V ..... ošetrovateľský výkon [ % ]

$t_s$  ..... skutečná délka směny 1 sestry [min]

Chceme-li vypočíst optimální počet sestier musíme znát celkový čas a reálný pracovní fond sestry (hod/ rok). Výpočetní vzorec podle WHO je:

$$T \cdot 365 \text{ (NEBO 366)}$$

$$\text{OŠETŘ. PERSONÁL} = \frac{\quad}{\quad}$$

$$\text{RPF} \cdot 60$$

Ošetrovateľský personál ..... potřebný počet sestier

T ..... celkový čas

365 (nebo 366) ..... dnů v roce

RPF ..... reálný pracovní fond sestry (hod/ rok)

60 ..... převod na hodiny

Pro usnadnění výpočtů lze použít přiložené .xls tabulky na disketě, která je součástí skript.

### ***3.2. Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkum byl prováděn na 2. oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a.s. Výzkumný soubor tvořily sestry na stanici B na ranní osmihodinové směně. V průběhu výzkumu bylo na stanici průměrně hospitalizováno 44,3 pacientů. Měření bylo prováděno každý den za ranní směnu.

## 4. Výsledky

V tabulkách 1-8 a v grafech 1-12 jsou vyjádřeny výsledky třítydenního výzkumu, od 5.3.-25.3.2007.

**Tabulka 1**

**Výsledky za první týden výzkumu od 5.3.-11.3.2007**

Datum	Den	Zátěž (min)	Výkon (%)	Potřebný počet oše personálu na 8 hod	Skutečný počet oše personálu na 8 hod	Rozdíl v počtu oše personálu na 8 hod
5.3.2007	Po	650,9	135%	10,85	8,00	-2,85
6.3.2007	Út	909,1	189%	11,36	6,00	-5,36
7.3.2007	St	911,8	189%	11,40	6,00	-5,40
8.3.2007	Čt	761,8	158%	11,11	7,00	-4,11
9.3.2007	Pá	746,6	155%	10,89	7,00	-3,89
10.3.2007	So	1018,6	212%	10,61	5,00	-5,61
11.3.2007	Ne	1009,8	210%	10,52	5,00	-5,52
<b>Průměr</b>	-	<b>858,4</b>	<b>178%</b>	<b>11</b>	<b>6,3</b>	<b>-4,7</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B byla naměřena v prvním týdnu **průměrná zátěž 858,4 min/ 1 sestru**. Tomu odpovídá **průměrný výkon 178%** na 1 sestru. V průměru byl potřebný počet ošetrovatelského personálu 11 na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný počet byl v průměru 6,3 ošetrovatelského personálu. Což znamená, že v prvním týdnu na oddělení pracovalo **průměrně o 4,7 ošetrovatelského personálu méně**.

**Tabulka 2**

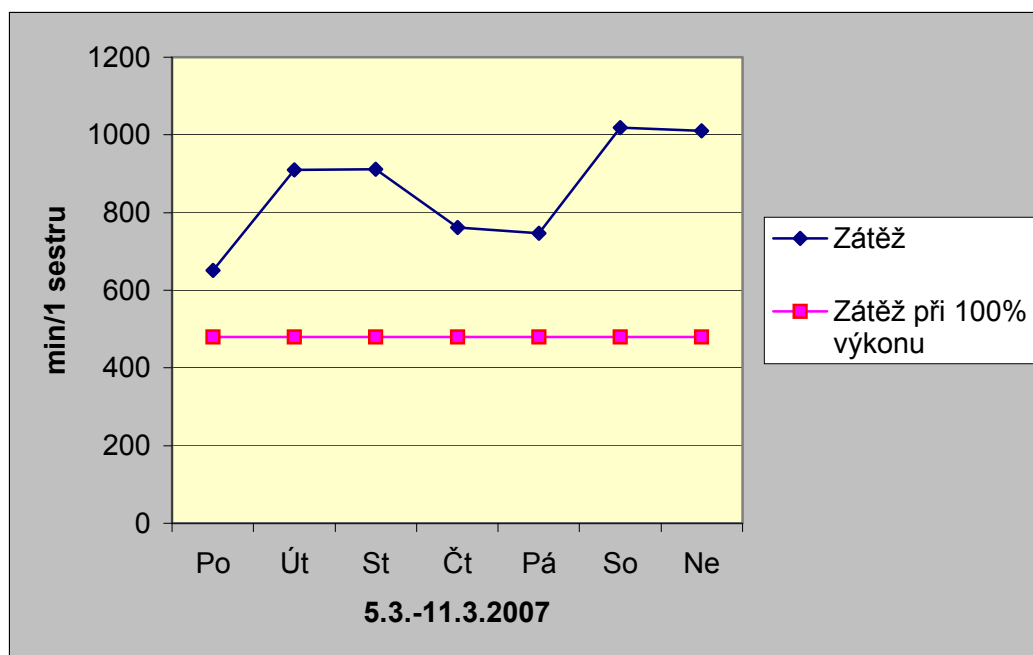
**Kategorizace pacientů první týden od 5.3-11.3.2007**

Kategorie	Počet pacientů příslušné kategorie							Průměr
	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	
<b>I.</b>	1	1	1	0	0	0	0	<b>0,4</b>
<b>II.</b>	10	10	10	10	9	8	8	<b>9,3</b>
<b>III.</b>	17	19	19	20	20	20	20	<b>19,3</b>
<b>IV.</b>	11	13	13	14	14	14	14	<b>13,3</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B bylo průměrně hospitalizováno v prvním týdnu 0,4 pacientů I. kategorie, 9,3 pacientů II. kategorie, 19,3 pacientů III. kategorie, 13,3 pacientů IV. kategorie.

### Graf 1

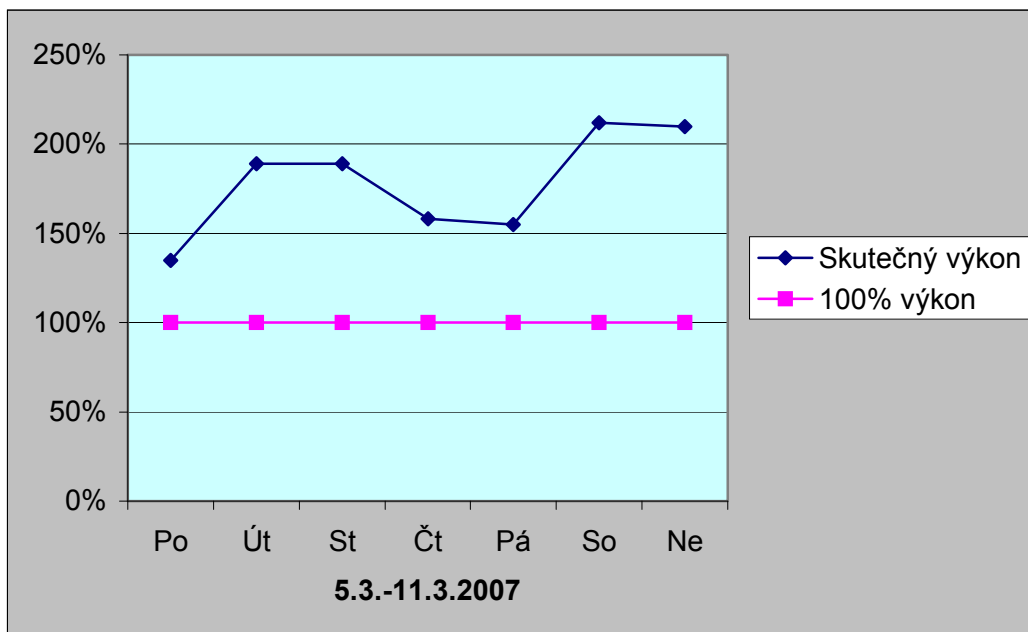
#### Ošetrovatelská zátěž sester-1. týden výzkumu



Grafické znázornění zátěže k tabulce 1. Zátěž sester první den výzkumu-v pondělí byla 650,9 min./ 1 sestru. V úterý se zvýšila a na 909,1 min./ 1 sestru. Ve středu zátěž byla 911,8 min./1 sestru. Ve čtvrtek došlo k mírnému snížení na 761,8 min./ 1 sestru. V pátek zátěž byla 746,6 min./ 1 sestru. V sobotu se zátěž opět zvýšila až na 1018,6 min./ 1 sestru. Nedělní zátěž sester byla 1009,8 min./ 1 sestru. Z toho vyplývá, že zátěž sester v prvním týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byla **v průměru 858,4 min/ 1 sestru** za ranní osmihodinovou směnu. Což je **o 378,4 minut více** než zátěž sester při 100% výkonu. 100% výkonu odpovídá zátěž 480 min./ 1 sestru.

## Graf 2

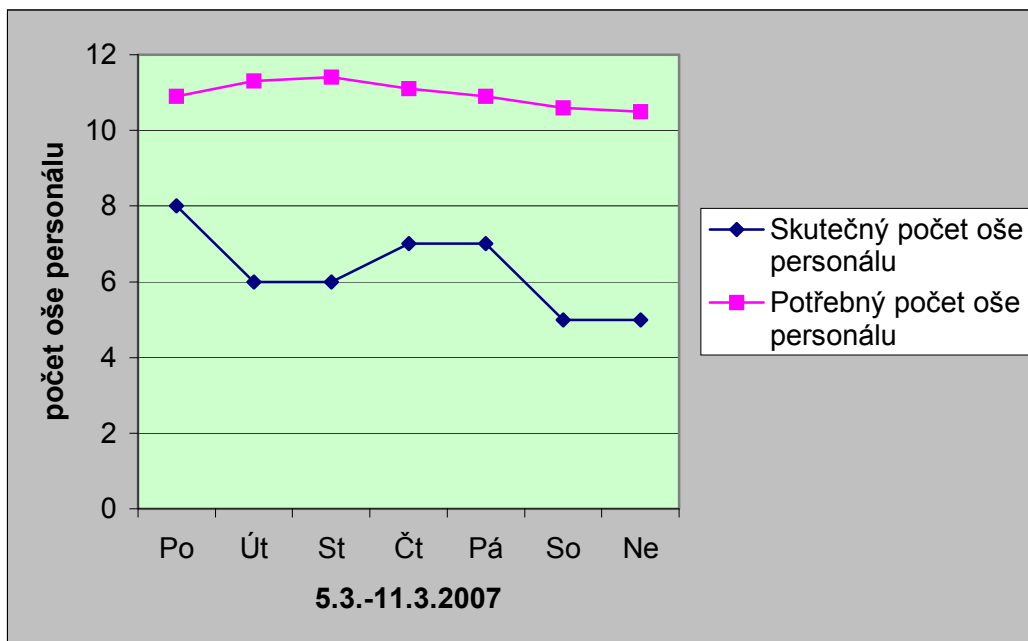
### Výkon sester-1. týden výzkumu



Grafické znázornění výkonu k tabulce 1. V pondělí první týden byl výkon 135% na jednu sestru, v úterý se výkon zvýšil na 189%, ve středu se výkon nezměnil, byl 189%. Ve čtvrtek došlo ke snížení výkonu na 158% a páteční výkon sester byl 155%. V sobotu došlo k výraznému nárůstu výkonu na 212%, v neděli se výkon téměř nezměnil, byl 210%. Průměrný výkon sester v prvním týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byl **v průměru 178% na 1 sestru** za ranní osmihodinovou směnu.

**Graf 3**

**Počet ošetrovatelského personálu-1. týden výzkumu**



Grafické znázornění počtu ošetrovatelského personálu k tabulce 1. V pondělí bylo na oddělení potřeba 10,85 ošetrovatelského personálu, skutečný počet byl 8 ošetrovatelského personálu. V úterý potřebný počet ošetrovatelského personálu vzrostl na 11,36, přičemž skutečný počet se snížil na 6 ošetrovatelského personálu. Ve středu byl potřebný počet ošetrovatelského personálu 11,40 a skutečný počet byl 6 ošetrovatelského personálu. Ve čtvrtek byl potřebný počet ošetrovatelského personálu 11,11, skutečný počet se zvýšil na 7 ošetrovatelského personálu. V pátek byl potřebný počet ošetrovatelského personálu 10,89, skutečný počet se nezměnil, byl 7 ošetrovatelského personálu. Sobotní potřeba ošetrovatelského personálu odpovídala 10,61 ošetrovatelského personálu, skutečný počet se ovšem snížil na 5 ošetrovatelského personálu. V neděli byl potřebný počet ošetrovatelského personálu 10,52, skutečný počet zůstal stejný 5 ošetrovatelského personálu. Potřebný počet ošetrovatelského personálu v prvním týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byl v průměru 11 na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný, průměrný počet byl 6,3 ošetrovatelského personálu. Což znamená, že v prvním týdnu na oddělení pracovalo v **průměru o 4,7 ošetrovatelského personálu méně.**



**Tabulka 3**

**Výsledky za druhý týden výzkumu od 12.3.-18.3.2007**

Datum	Den	Zátěž (min)	Výkon (%)	Potřebný počet ošepersonálu na 8 hod	Skutečný počet ošepersonálu na 8 hod	Rozdíl v počtu ošepersonálu
12.3.2007	Po	920,1	191%	11,50	6,00	-5,50
13.3.2007	Út	962,9	200%	12,04	6,00	-6,04
14.3.2007	St	846,7	176%	12,35	7,00	-5,35
15.3.2007	Čt	740	154%	12,33	8,00	-4,33
16.3.2007	Pá	834,7	173%	12,17	7,00	-5,17
17.3.2007	So	1108,5	230%	11,55	5,00	-6,55
18.3.2007	Ne	1129,8	235%	11,77	5,00	-6,77
<b>Průměr</b>	-	<b>934,7</b>	<b>194%</b>	<b>12</b>	<b>6,3</b>	<b>-5,7</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B byla naměřena v druhém týdnu **průměrná zátěž 934,7 min/ 1 sestru**. To mu odpovídá **průměrný výkon 194% na 1 sestru**. V průměru byl potřebný počet ošepřevatelského personálu 12 na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný počet byl v průměru 6,3 ošepřevatelského personálu. Což znamená, že v prvním týdnu na oddělení pracovalo **průměrně o 5,7 ošepřevatelského personálu méně**.

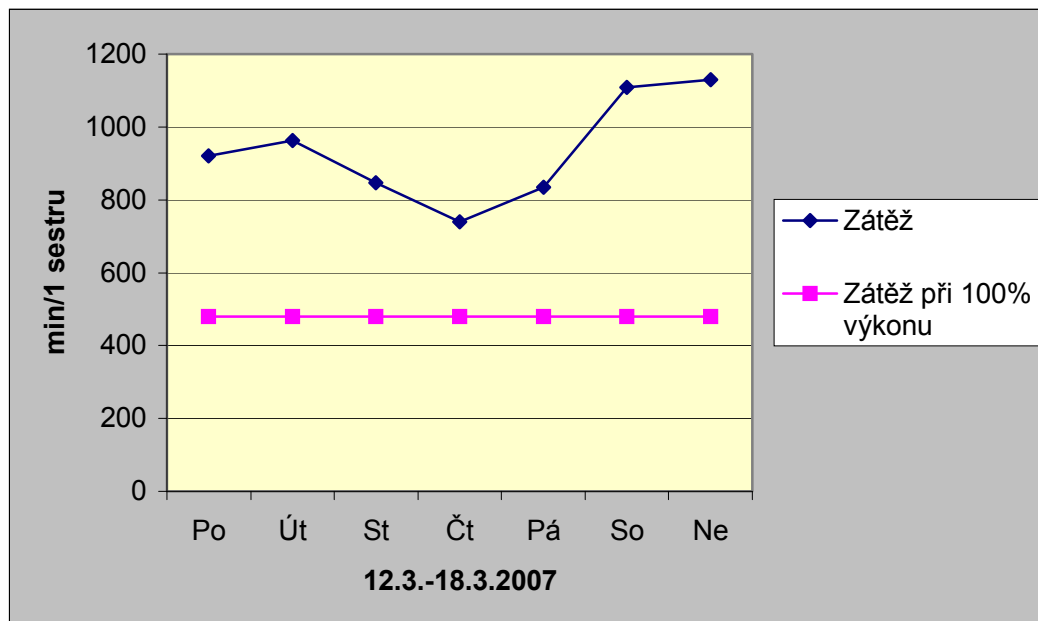
**Tabulka 4**

**Kategorizace pacientů za druhý týden od 12.3.-18.3.2007**

Kategorie	Počet pacientů příslušné kategorie							Průměr
	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	
<b>I.</b>	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>II.</b>	9	10	10	10	10	10	9	<b>9,7</b>
<b>III.</b>	20	21	21	20	20	20	20	<b>20,3</b>
<b>IV.</b>	14	15	15	16	16	16	16	<b>15,4</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B bylo průměrně hospitalizováno v druhém týdnu 0 pacientů I. kategorie, 9,7 pacientů II. kategorie, 20,3 pacientů III. kategorie, 15,4 pacientů IV. kategorie.

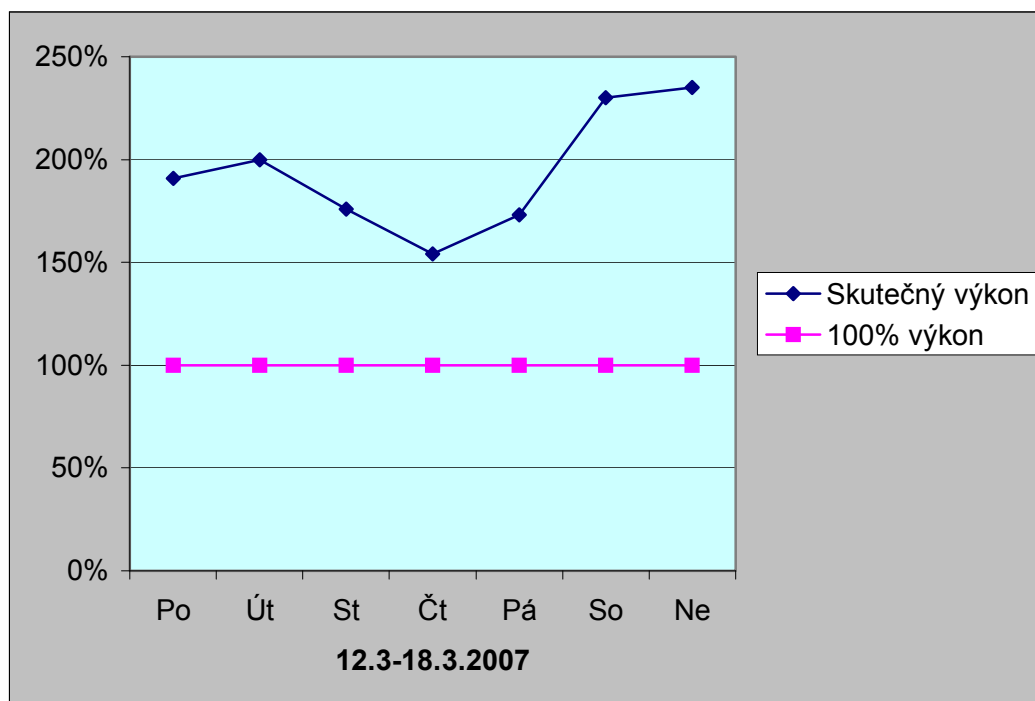
**Graf 4**  
**Ošetrovatelská zátěž sester-2. týden výzkumu**



Grafické znázornění zátěže k tabulce 3. V pondělí druhý týden výzkumu byla zátěž sester 920,1 min./ 1 sestru. V úterý došlo k mírnému nárůstu na 962,9 min./ 1 sestru. Ve středu se zátěž snížila na 846,7 min./ 1 sestru. Ve čtvrtek zátěž klesla na 740 min./ 1 sestru. Páteční zátěž se opět vzrostla na 834,7 min./ 1 sestru, v sobotu zátěž vzrostla na 1108,5 min./ 1 sestru. V neděli byla zátěž 1129,8 min./ 1 sestru. Zátěž sester v druhém týdnu od na 2. oddělení následné péče stanice B byla v **průměru 934,7 min/ 1 sestru** za ranní osmihodinovou směnu. Což je o **454,7 minut více** než zátěž sester při 100% výkonu. 100% výkonu odpovídá zátěž 480 min./ 1 sestru.

**Graf 5**

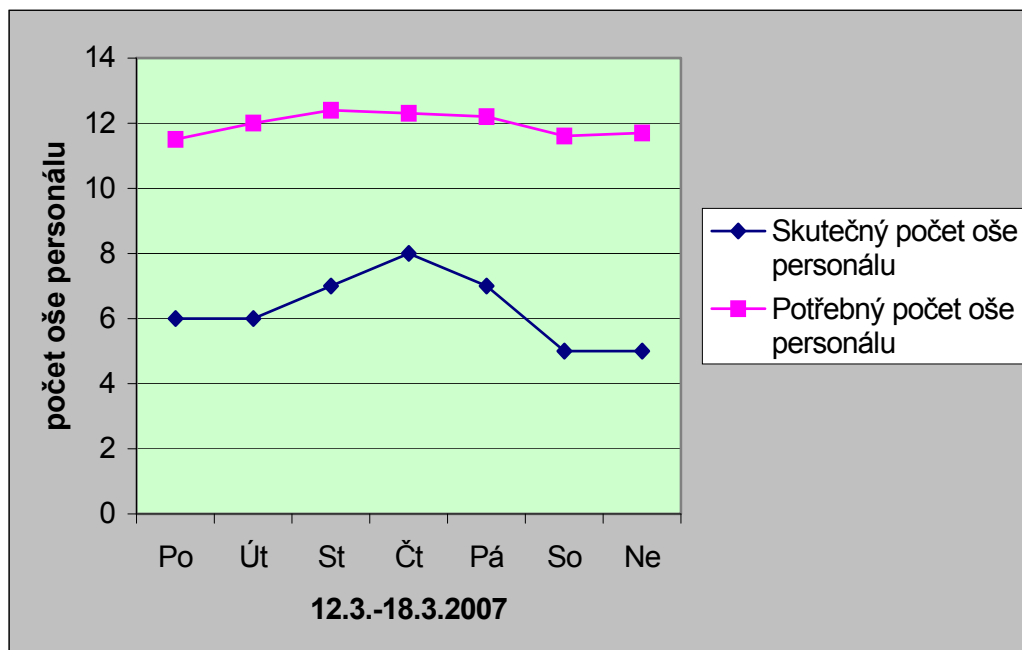
**Výkon sester-2. týden výzkumu**



Grafické znázornění výkonu k tabulce 3. V pondělí druhý týden byl výkon 191% na jednu sestru a v úterý vzrostl na 200%. Ve středu výkon klesl na 176% a ve čtvrtek došlo ke snížení na 154%, páteční výkon sester se opět zvýšil na 173%. V sobotu došlo k nárůstu výkonu až na 230%, v neděli se výkon téměř nezměnil, byl 235%. Výkon sester v druhém týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byl **v průměru 194% na 1 sestru** za ranní osmihodinovou směnu.

**Graf 6**

**Počet ošetrovateľského personálu-2. týden výzkumu**



Grafické znázornění počtu ošetrovateľského personálu k tabulce 3. V pondělí byl potřebný počet 11,50 ošetrovateľského personálu, skutečný počet byl 6 ošetrovateľského personálu. V úterý bylo na oddělení potřeba 12,04 ošetrovateľského personálu, přičemž skutečný počet zůstal stejný, byl 6 ošetrovateľského personálu. Ve středu byl potřebný počet ošetrovateľského personálu 12,35 a skutečný počet se navýšil na 7 ošetrovateľského personálu. Ve čtvrtek byl potřebný počet ošetrovateľského personálu 12,33, přičemž skutečný počet vzrostl na 8 ošetrovateľského personálu. V pátek bylo potřeba 12,17 ošetrovateľského personálu, skutečný počet se snížil na 7 ošetrovateľského personálu. Sobotní potřeba ošetrovateľského personálu byla 11,55 ošetrovateľského personálu, skutečný počet se ovšem klesl na 5 ošetrovateľského personálu. V neděli odpovídal potřebný počet ošetrovateľského personálu 11,77, skutečný počet zůstal stejný, byl tedy 5 ošetrovateľského personálu. Potřebný počet ošetrovateľského personálu v 2. týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byl průměrně 12 na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný, průměrný počet byl 6,3 ošetrovateľského personálu. Což znamená,

že v druhém týdnu na oddělení pracovalo **průměrně o 5,7 ošetřovatelského personálu méně.**

**Tabulka 5**

**Výsledky za třetí týden výzkumu od 19.3.- 25.3.2007**

Datum	Den	Zátěž (min)	Výkon (%)	Potřebný počet oše personálu na 8 hod	Skutečný počet oše personálu na 8 hod	Rozdíl v počtu oše personálu
19.3.2007	Po	726,1	151%	12,10	8,00	-4,10
20.3.2007	Út	749	156%	12,48	8,00	-4,48
21.3.2007	St	846,8	176%	12,35	7,00	-5,35
22.3.2007	Čt	779,6	162%	11,37	7,00	-4,37
23.3.2007	Pá	792,6	165%	11,56	7,00	-4,56
24.3.2007	So	1109,9	231%	11,56	5,00	-6,56
25.3.2007	Ne	1094,4	228%	11,40	5,00	-6,40
<b>Průměr</b>	-	<b>871,2</b>	<b>181%</b>	<b>11,8</b>	<b>6,7</b>	<b>-5,1</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B byla naměřena ve třetím týdnu **průměrná zátěž 871,2 min/ 1 sestru.** To mu odpovídá **průměrný výkon 181% na 1 sestru.** V průměru byl potřebný počet ošetřovatelského personálu 11,8 sester na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný počet v průměru byl 6,7 ošetřovatelského personálu. Což znamená, že ve třetím týdnu na oddělení pracovalo **v průměru o 5,1 ošetřovatelského personálu méně.**

**Tabulka 6**

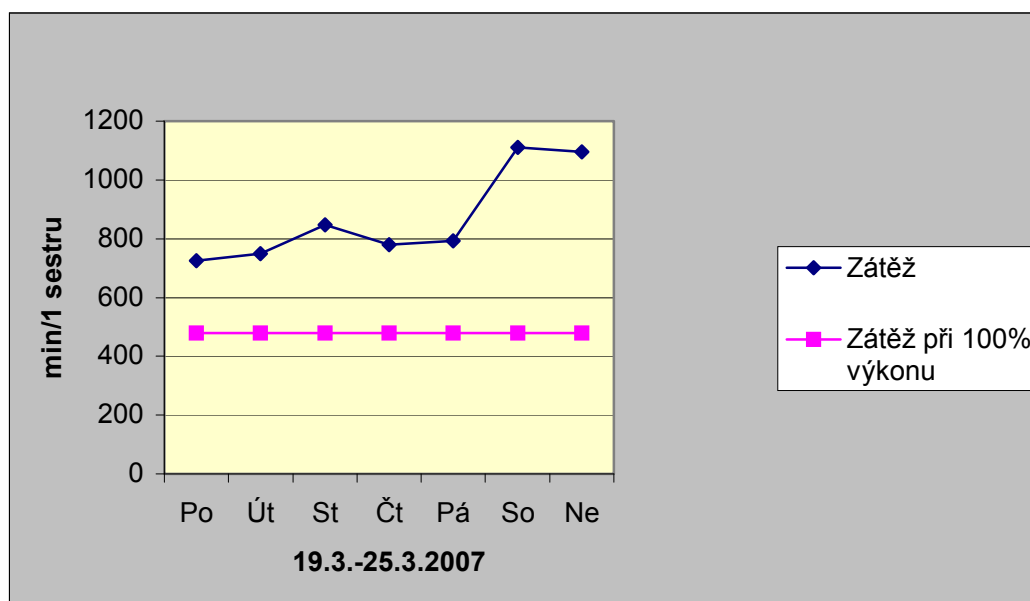
**Kategorizace pacientů za třetí týden od 19.3.-25.3.2007**

Kategorie	Počet pacientů příslušné kategorie							Průměr
	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	
<b>I.</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>II.</b>	10	10	10	10	10	11	11	10,3
<b>III.</b>	20	20	20	20	18	18	18	19,1
<b>IV.</b>	16	16	16	16	16	16	16	16

Na 2. oddělení následné péče na stanici B bylo průměrně hospitalizováno ve třetím týdnu 0 pacientů I. kategorie, 10,3 pacientů II. kategorie, 19,1 pacientů III. kategorie, 16 pacientů IV. kategorie.

## Graf 7

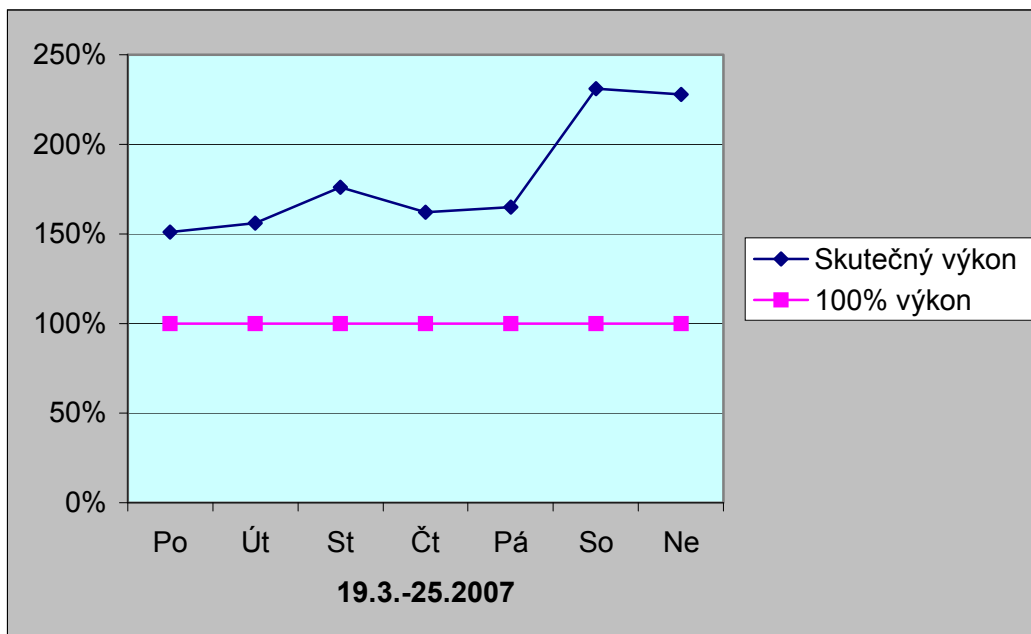
### Ošetrovatelská zátěž sester-3. týden výzkumu



Grafické znázornění zátěže k tabulce 5. V pondělí třetí týden výzkumu byla zátěž sester 726,1 min./ 1 sestru. V úterý byla 749 min./ 1 sestru. Ve středu se zátěž zvýšila na 846,8 min./ 1 sestru. Ve čtvrtek zátěž klesla na 779,6 min./ 1 sestru. Páteční zátěž mírně vzrostla na 792,6 min./ 1 sestru, v sobotu se zátěž zvýšila na 1109,9 min./ 1 sestru. V neděli byla zátěž 1094,4 min./ 1 sestru. Zátěž sester ve třetím týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byla **v průměru 871,2 min/ 1 sestru** za ranní osmihodinovou směnu. Což je **o 391,2 minut více** než zátěž sester při 100% výkonu. 100% výkonu odpovídá zátěž 480 min./ 1 sestru.

## Graf 8

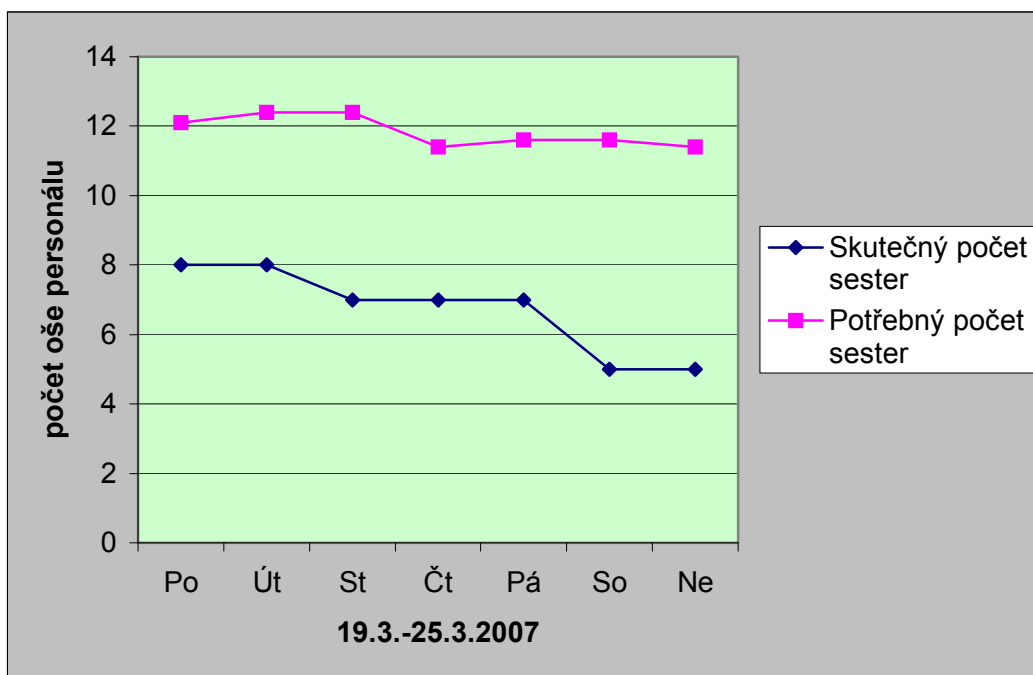
### Výkon sester-3. týden výzkumu



Grafické znázornění výkonu k tabulce 5. V pondělí třetí týden byl výkon 151% na jednu sestru, v úterý mírně vzrostl na 156%. Ve středu se výkon zvýšil na 176% a ve čtvrtek došlo ke snížení na 162%, páteční výkon sester byl 165%. V sobotu došlo k nárůstu výkonu až na 231%, v neděli se výkon lehce snížil, byl 228%. Výkon sester ve třetím týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B byl v průměru **181% na 1 sestru** za ranní osmihodinovou směnu.

## Graf 9

### Počet ošetrovateľského personálu-3. týden výzkumu



Grafické znázornění počtu ošetrovateľského personálu k tabulce 5. V pondělí byl potřebný počet 12,10 ošetrovateľského personálu, skutečný počet byl 8 ošetrovateľského personálu. V úterý bylo na oddělení potřeba 12,48 ošetrovateľského personálu, přičemž skutečný počet zůstal stejný, byl 8 ošetrovateľského personálu. Ve středu byl potřebný počet ošetrovateľského personálu 12,35 a skutečný počet se snížil na 7 ošetrovateľského personálu. Ve čtvrtek byl potřebný počet ošetrovateľského personálu 11,37, přičemž skutečný počet zůstal na 7 ošetrovateľského personálu. V pátek bylo potřeba 11,56 ošetrovateľského personálu, skutečný počet byl 7 ošetrovateľského personálu. Sobotní potřeba ošetrovateľského personálu byla 11,56 ošetrovateľského personálu, skutečný počet se ovšem klesl na 5 ošetrovateľského personálu. V neděli odpovídal potřebný počet ošetrovateľského personálu 11,40, skutečný počet zůstal stejný, byl tedy 5 ošetrovateľského personálu. V průměru byl potřebný počet ošetrovateľského personálu ve 3. týdnu na 2. oddělení následné péče stanice B 11,8 na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný



počet byl průměrně 6,7 ošetrovatelského personálu. Což znamená, že ve třetím týdnu na oddělení pracovalo **v průměru o 5,1 ošetrovatelského personálu méně.**

**Tabulka 7**

**Souhrn výsledků za tři týdny výzkumu od 5.3.-25.3.2007**

Den	Zátěž (min)	Výkon (%)	Potřebný počet oše personálu na 8 hod	Skutečný počet oše personálu na 8 hod	Rozdíl v počtu oše personálu
<b>1. Týden</b>	858,4	178%	11	6,3	-4,7
<b>2. Týden</b>	934,7	190%	12	6,3	-5,7
<b>3. Týden</b>	871,2	181%	11,9	6,7	-5,1
<b>Průměr</b>	<b>888,1</b>	<b>183%</b>	<b>11,6</b>	<b>6,4</b>	<b>-5,2</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B byla naměřena za celé období výzkumu od 5.3-25.3.2007 **průměrná zátěž 888,1 min/ 1 sestru.** To mu odpovídá **průměrný výkon 183% na 1 sestru.** V průměru byl potřebný počet ošetrovatelského personálu 11,6 sester na ranní osmihodinovou směnu, přičemž skutečný průměrný počet byl v průměru 6,4 ošetrovatelského personálu. Což znamená, že na oddělení pracovalo **průměrně o 5,2 ošetrovatelského personálu méně.**

**Tabulka 8**

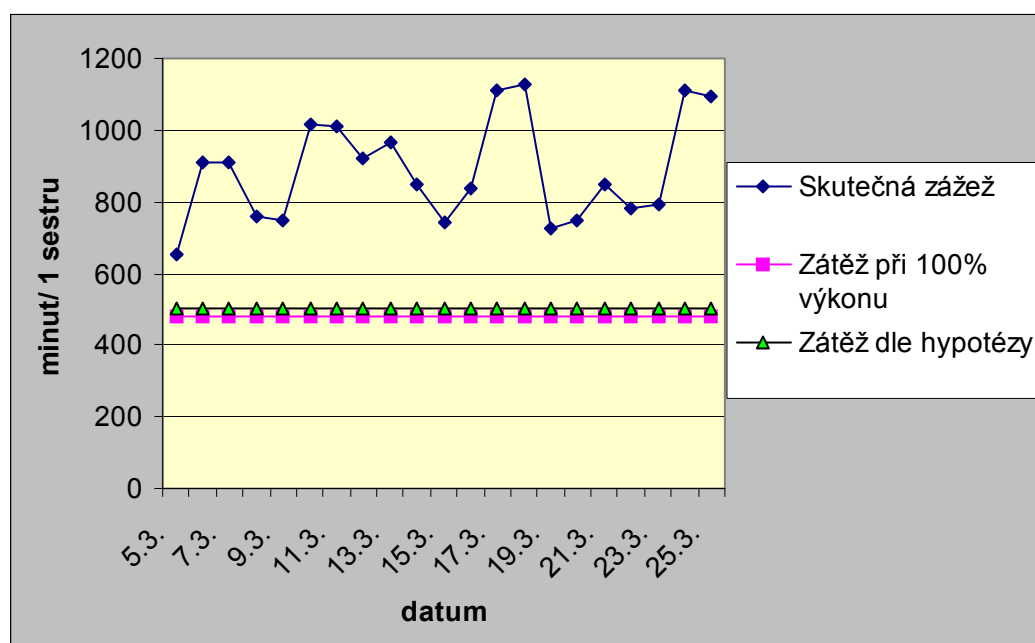
**Souhrn kategorizace pacientů od 5.3.-25.3.2007**

Kategorie	Počet pacientů příslušné kategorie			Průměr
	1. týden	2. týden	3. týden	
<b>I.</b>	0,4	0	0	<b>0,4</b>
<b>II.</b>	9,3	9,7	10,1	<b>9,7</b>
<b>III.</b>	19,3	20,3	19,1	<b>19,6</b>
<b>IV.</b>	13,3	15,4	16	<b>16</b>

Na 2. oddělení následné péče na stanici B v průběhu tří týdnů bylo průměrně hospitalizováno 0,4 pacientů I. kategorie, 9,7 pacientů II. kategorie, 19,6 pacientů III. kategorie, 16 pacientů IV. kategorie.

### Graf 10

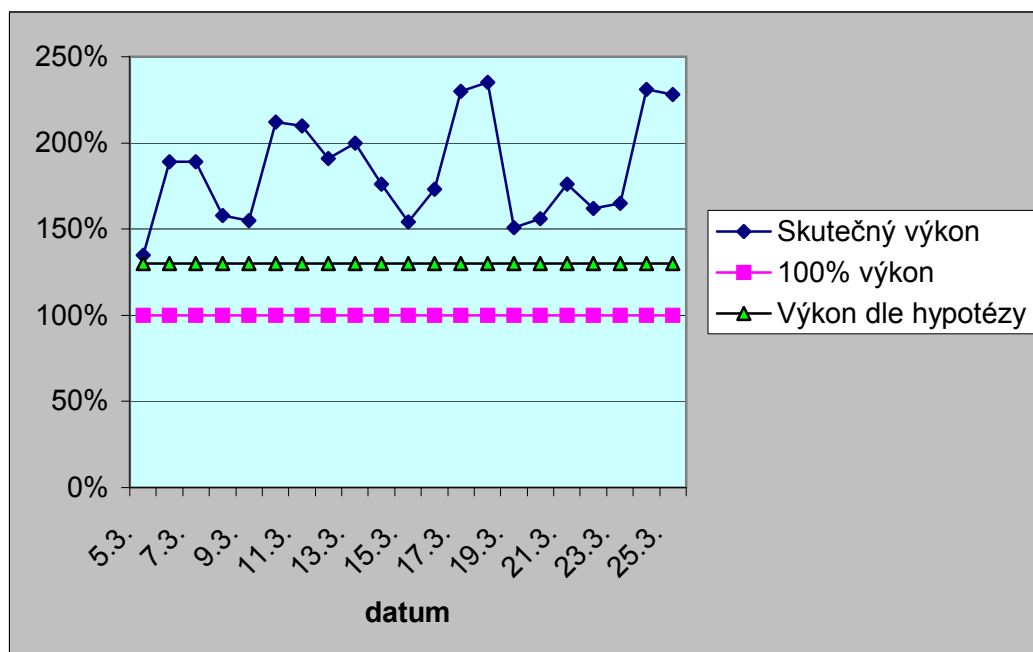
#### Ošetrovatelská zátěž sester-souhrn za období tří týdnů výzkumu od 5.3.-25.3.2007



Grafické znázornění zátěže za třítydenní období. Na 2. oddělení následné péče stanice B byla ošetrovatelská zátěž **v průměru 888,1 min/ 1 sestru**. Zátěž odpovídající 100% výkonu je 480 min./1 sestru. Z toho tedy vyplývá, že byla zátěž **o 408,1 minut větší**. Zátěž podle stanovené hypotézy byla 500min/ 1 sestru, což je o 388,1 min. méně než byla skutečná zátěž.

## Graf 11

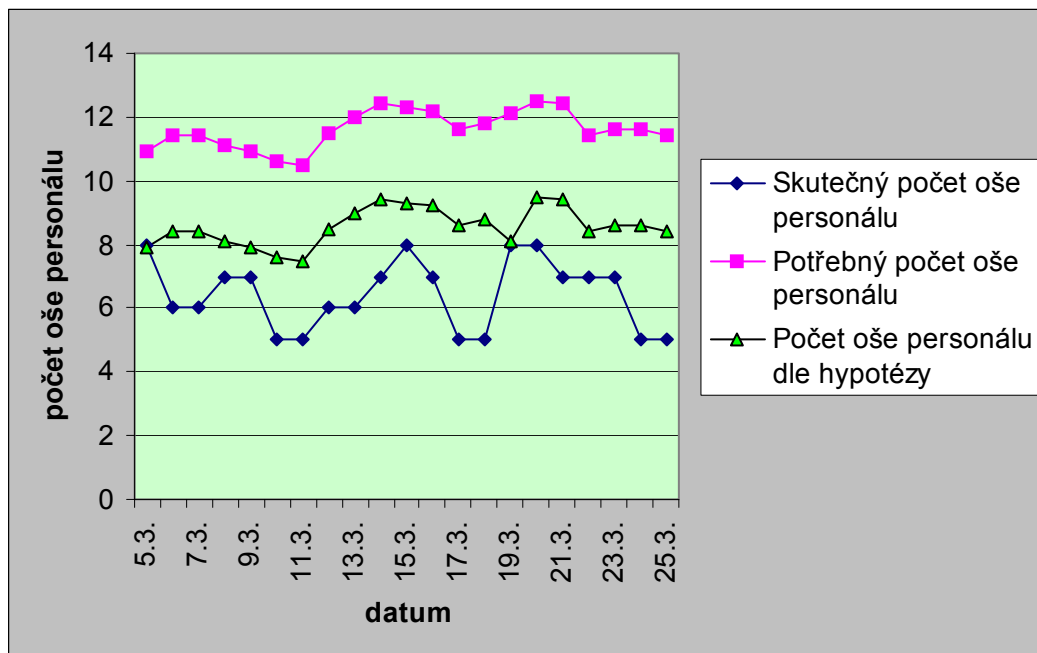
Výkon sester- souhrn za období tří týdnů výzkumu od 5.3.-25.3.2007



Grafické znázornění výkonu za třítydenní období. Výkon sester na 2. oddělení následné péče stanice B byl **v průměru 183% na jednu sestru**. Výkon podle stanovené hypotézy byl 130% na jednu sestru.

## Graf 12

Počet ošetrovateľského personálu souhrn za období tří týdnů výzkumu od 5.3.-25.3.2007



Grafické znázornění počtu ošetrovateľského personálu. Na 2 oddělení následné péče stanice B byl potřebný počet ošetrovateľského personálu v průměru 11,6 na ranní osmihodinovou směnu., přičemž skutečný počet byl v průměru 6,4 ošetrovateľského personálu na ranní osmihodinovou směnu. To znamená, že na oddělení pracovalo **průměrně o 5,2 ošetrovateľského personálu méně.**

## 5. Diskuze

Výzkum byl zaměřen na ošetrovatelskou zátěž, následný výkon sester a na stav ošetrovatelského personálu na oddělení následné péče. Použila jsem metodu kvantifikace ošetrovatelské péče ze skript Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče od autorů K. Pochylá a O. Pochylý. Výzkum probíhal v období od 5.3.-25.3.2007, tedy 21 dnů včetně víkendů. Je ovšem nutno zdůraznit, že pro optimální a přesné výsledky je potřeba vyhradit si na samotný výzkum více času. Ve skriptech této metody je doporučeno provádět měření po dobu 3-6 měsíců, což si myslím, že je optimální. Můj výzkum proto lze brát jen jako pilotní studii.

Metodou kvantifikace ošetrovatelské péče jsem jednotlivé dny stanovila hodnoty základní ošetrovatelské péče, speciální ošetrovatelské péče a celkový čas, kterými bylo možné stanovit zátěž a výkon sester. Je důležité, že hodnotu zátěže a výkonu může ovlivnit mnoho faktorů, jako je například kategorizace pacientů, počet hospitalizovaných pacientů, různorodost výkonů a počet sloužícího personálu.

V prvním týdnu byla ošetrovatelská zátěž sester na 2. oddělení následné péče stanice B v průměru 858,4 minut na jednu sestru. Zátěž odpovídající 100% výkonu činí 480 minut na jednu sestru, což tedy znamená, že zátěž byla o 378,4 minut větší. (viz tabulka 1, graf 1, graf 2)

V druhém týdnu došlo ještě ke zvýšení ošetrovatelské zátěže. Její průměrná hodnota byla 934,7 minut na jednu sestru, tedy o 454,7 minut více než je zátěž při 100% výkonu. Fakt, že došlo k nárůstu zátěže, ovlivnil především nárůst hospitalizovaných pacientů. (viz tabulka 3, graf 4, graf 5)

Třetí týden byla průměrná zátěž 871,2 minut na jednu sestru. Vzestup oproti zátěži při 100% výkonu byl o 391,2 minut na jednu sestru. (viz tabulka 5, graf 7, graf 8)

Za celé období tří týdnů byla tedy průměrná ošetrovatelská zátěž 888,1 minut na jednu sestru. Rozdíl od ošetrovatelské zátěže při 100% výkonu činil 408,1 minut. Závěr je v tomto případě jednoznačný – toto oddělení vykazuje velkou numerickou zátěž sester. Hodnotám zátěže odpovídají i hodnoty výkonu, který se mění v závislosti na změně již zmíněné ošetrovatelské zátěže. V numerickém vyjádření to znamená, že při průměrné ošetrovatelské zátěži 888,1 minut na jednu sestru je

odpovídající průměrný výkon 183% (viz tabulka 7, graf 10, graf 11). V tomto případě se mi potvrdila první i druhá stanovená hypotéza (Zátěž sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a.s., je min. 500 min/ 1 sestru. Výkon sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice je min. 130%). Obecně lze říci, že zátěž sester na lůžkových odděleních patří v porovnání s jinými sestrami k nejvýraznější, což potvrzují i výsledky od autorů Pečenková J., Strnad L. a Milka D. ve výzkumu pracovní zátěže sester z jejich pohledu. (20)

Další měření se týkalo počtu ošetrovatelského personálu. V prvním týdnu byl stanoven průměr skutečného počtu ošetrovatelského personálu 6,3 na ranní osmihodinovou směnu, přičemž potřebný počet ošetrovatelského personálu v průměru činil 11 na ranní osmihodinovou směnu. Na oddělení tedy pracovalo průměrně o 4,7 ošetrovatelského personálu méně. (viz tabulka 1, graf 3)

Ve druhém týdnu skutečný počet ošetrovatelského personálu odpovídal prvnímu týdnu, ale potřebný počet byl o jednoho ošetrujícího pracovníka vyšší, byl tedy v průměru 12 na ranní osmihodinovou směnu. Výsledky ukazují, že v průměru pracovalo o 5,7 ošetrovatelského personálu méně. (Viz tabulka 3, graf 6)

Třetí týden byl skutečný počet ošetrovatelského personálu průměrně 6,7 na ranní osmihodinovou směnu a potřebný počet byl 11,8 na ranní osmihodinovou směnu. Z toho vyplývá, že na oddělení bylo v průměru o 5,1 ošetrovatelského personálu méně. (viz tabulka 5, graf 9)

Za celé třítydenní období byl skutečný počet ošetrovatelského personálu v průměru 6,4 na ranní osmihodinovou směnu a potřebný počet byl průměrně 11,6 na ranní osmihodinovou směnu. Na oddělení tedy nebyl naplněn počet v průměru o 5,2 ošetrovatelského personálu za ranní osmihodinovou směnu. (Viz tabulka 7, graf 12) Těmito výsledky se mi potvrdila i třetí stanovená hypotéza (Na ranní směně pracuje na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice min. o 3 ošetrovatelského personálu méně.) Chtěla bych poukázat na to, že optimální počet ošetrovatelského personálu je nezbytný nejen proto, aby nedocházelo k přetěžování zdravotnických pracovníků, ale i proto aby byla poskytována kvalitní ošetrovatelská péče. Toto tvrzení potvrzuje i K. Pochylá autorka této metody. Říká, že je optimální

počet ošetrovateľského personálu jednou z nesporných podmínek k provádění kvalitní ošetrovateľské péče a současně sebou přináší příznivější podmínky pro práci sestry a tím výrazně přispívá i k dovršení procesu proměny sestry v samostatného odborného pracovníka. (24)

Jeden ze základních a výrazných faktorů, ovlivňujících získané výsledky je také stanovení základní ošetrovateľské péče nebo-li kategorizace pacientů, o čemž bych se ráda zmínila. Pacienti byli podle stanovených kritérií řazeni do kategorií od I. do IV. podle soběstačnosti (viz příloha 3). Kategorizace pacientů je součástí skript Metody kvantifikace ošetrovateľské péče. Pro představu do I. kategorie patří plně soběstační pacienti, do IV. kategorie jsou zařazeni pacienti upoutaní na lůžko a plně odkázaní na pomoc ošetrujícího personálu. Každé kategorii je přiřazena časová náročnost s kterou se pak počítá ve výsledcích (zátěž, výkon, počet personálu). Na 2. oddělení následné péče stanice B bylo za období tří týdnů hospitalizováno v průměru 44,3 pacientů, z toho bylo 0,4 pacientů I. kategorie, 9,7 pacientů II. kategorie, 19,6 pacientů II. kategorie a 16 pacientů IV. Kategorie (viz tabulka 8). Výsledky kategorizace pacientů podle metody kvantifikace ošetrovateľské péče by se mohly mírně lišit, kdyby byla použita kategorizace podle Ministerstva zdravotnictví v ústavní péči. Protože ti někteří pacienti co podle metody kvantifikace spadají do IV. kategorie by podle ministerské kategorizace mohli být ve 3 kategoriích. Tím pádem by se snížil i čas na základní ošetrovateľskou péči, následně by ošetrovateľská zátěž a výkon mohly být o to nižší. Stejně tak by tomu bylo v případě ošetrovateľského personálu.

Dále bych chtěla upozornit na to, že jsem výzkum prováděla v době, kdy na oddělení byly dlouhodobě nepřítomny dvě sestry z důvodu nemoci, což mohlo také výsledky výrazně ovlivnit. Současnost by tedy mohla být jiná.

Metodu kvantifikace ošetrovateľské péče lze doporučit jako objektivní metodu ke stanovení zátěže, výkonu sester a ke stanovení optimálního počtu ošetrovateľského personálu. Díky této metodě by mohla být ulehčena ošetrovateľská péče z hlediska časové náročnosti a mohlo by se tím předejít negativním následkům fyzické i psychické zátěže. Na druhou stranu si myslím, že je tato metoda velmi

časově náročná a že je potřeba dostatek znalého personálu, který by se podílel na pravidelném zaznamenávání, měření a vyhodnocování výsledků za delší dobu.



## 6. Závěr

Zvyšující se ošetrovatelská zátěž byla hlavním důvodem, kvůli kterému jsem si svou práci vybrala. Myslím si, že oblast ošetrovatelství si zaslouží pozornost, vždyť ošetrovatelská péče je základem a tvoří nedílnou součást zdravotní péče, protože převážnou většinu času s pacientem tráví sestra.

Stanovení zátěže, následného výkonu sester a vypočtení optimálního počtu ošetrovatelského personálu je nelehkým úkolem pro každého kdo v této oblasti pracuje. V současném zdravotnictví dochází ke snaze stálého snižování nákladů, což se samozřejmě dotýká i počtu zdravotnických pracovníků. Pro ty co zajišťují personální obsazení, je tedy velice těžké najít optimální kompromis. Právě již zmíněný počet pak výrazně ovlivňuje zátěž a výkon sester.

Svou práci jsem chtěla poukázat na velkou zátěž sester pracujících na oddělení následné péče v českobudějovické nemocnici a tedy i na nedostatek ošetrovatelského personálu. Cílem mé práce bylo zjistit míru ošetrovatelské zátěže a následný výkon sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice. A druhým cílem bylo zjistit chybějící počet ošetrovatelského personálu.

Na základě prvního cíle jsem si stanovila dvě hypotézy. První hypotéza zněla: Zátěž sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a. s. je min. 500 min./jednu sestru/8 hod. Hypotéza se potvrdila, neboť podle výsledků výzkumu byla průměrná zátěž sester 888,1 min./ 1 sestru. Druhá hypotéza zněla: Výkon sester na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a. s. je min. 130%. I tato hypotéza se potvrdila, protože výsledky výzkumu ukazují, že průměrný výkon sester byl 183%.

Ke druhému cíli byla stanovena jedna hypotéza, která zněla: Na ranní osmihodinové směně je na 2. oddělení následné péče stanice B v Nemocnici České Budějovice, a. s. min. o 3 ošetřujícího personálu méně. Hypotéza se potvrdila, výzkum ukázal, že na oddělení bylo o 5,2 ošetrovatelského personálu méně.

V e své práci jsem došla k závěru, že je potřeba zvýšit počet sloužícího ošetrovatelského personálu. Dovolím si tvrdit, že by stačilo navýšení nižšího zdravotnického personálu, neboť práce na oddělení následné péče vyžaduje především základní ošetrovatelskou péči, jako je např. mytí či krmení pacientů.

Kdyby tuto péči zastaly ošetřovatelky, sestry by měli více času na vykonávání své odborné péče. Vzhledem k vysoké zátěži sester bych navrhla, seznámit je s relaxačními technikami, které by pomohly předejít následkům zátěže. Metodu kvantifikace ošetřovatelské péče bych navrhla k užívání při objektivním měření zátěže a výkonu sester, ale pro kvalitu výsledků doporučuji hodnotit zátěž po dobu, jak navrhnou autoři této metody, 3-6 měsíců a s erudovaným personálem, který se na výzkumu bude podílet. Pro stanovení optimálního počtu ošetřovatelského personálu bych doporučila zjednodušenou metodu, kterou vypracovala K. Pochylá. Je možno ji nalézt např. v odborném časopise pro zdravotní sestry-Sestra. (24)

Výsledky výzkumu jsem předala náměstkyni ošetřovatelské péče českobudějovické nemocnice jako nástroj k optimalizaci personálního zabezpečení na 2. oddělení následné péče.

## 7. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S.: *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR*, [online], [cit. 2007-03-09]. Dostupné z:  
<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=295927>
2. BARTOŠÍKOVÁ, I.: *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BŘEZINOVÁ, J.: *Povolání sestry*, Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Sanoma Magazines, spol. s r. o., 11/2006, 57 s. ISSN 1210-0404.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*. 4. vydání, Brno: NCO NZO, 2003. 173s. ISBN 80-7012-386-4.
5. FARKAŠOVÁ D. A KOL.: *Ošetrovatelství-Teorie*, 1 vydání, Osvěta: Martin 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. FRIEDEL, J., PETERS-KUHLINGER, G.: *Jak úspěšně zvládnout stres a tlak v práci*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 112s. ISBN 80-247-1517-1.
7. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE H. R.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a. s., 2003.317 s. , ISBN 80-247-0267.
8. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L.: *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.

9. JIRÁK, Z.: *Pracovní lékařství 3*, 1. vydání, Praha: CIVOP spol. s. r. o., 1996. 101 s. ISBN neuvedeno.
10. KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*, 1. vydání, Praha: Akademie věd České Republiky, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
11. KOHOUTEK, R., ŠTĚPANÍK, J.: *Psychologie práce a řízení*, 1. vydání, Brno: Akademické nakladatelství CERM, s. r. o., 2000. 223 s. ISBN 80-214-1552-5.
12. KOVÁŘ, D.: *Budějovice před sto lety*, 1. vydání, České Budějovice: Historicko-vlastivědecký spolek, 2000. 60 s. ISBN- neuvedeno.
13. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ J.: *Duševní hygiena zdravotní sestry*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
14. *LEMON 3: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*, 1 vydání, Brno: IDV PZ, 1997, 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
15. MÁDLOVÁ, I.: *Vzdělávání všeobecných sester v České republice po vstupu do Evropské unie*, [online], [cit. 2005-06-30]. Dostupné z: <http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=9>.
16. MASTILIAKOVÁ D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 1 vydání, Brno: IDV PZ, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
17. *Nemocnice České Budějovice, a.s.*, [online], [cit. 2007-02-15]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/>
18. *Nemocnice České Budějovice, a.s. 2006 – pro vnitřní potřebu*, 1. vydání. České Budějovice: Nemocnice české Budějovice, rok 2006, s. 66, ISBN neuvedeno.

19. NERUDOVÁ, I.: *Moderní sestra v moderní době*, [online], [cit. 2006-04-01].  
Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=161>
20. OTÁSKOVÁ, J.: *Adaptace nových pracovníků v Nemocnici České Budějovice, a. s.*, Nemocniční zpravodaj, České Budějovice: 3/ 2006. 28 s.  
ISSN nenalezeno
21. PEČENKOVÁ, J., STRNAD, L., MILKA, D.: *Pracovní zátěž sester z jejich pohledu*, Ošetřovatelství, Praha. 1/1999. 48s. ISSN nenalezeno
22. PODSTATOVÁ, H.: *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*, 1. vydání, Olomouc: EPAVA, 2002. 267 s. ISBN 80-86297-10-1.
23. POCHYLÁ K.: *České ošetřovatelství. Koncepce českého ošetřovatelství*, 2. vydání přepracované, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
24. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O.: *Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení optimálního počtu ošetřovatelského personálu*, 1 vydání, Brno: IDV ZP, 1999. 38 s. ISBN 80-7013-290-6.
25. POCHYLÁ, K.: *Umíte si snadno propočítat potřebné počty ošetřovatelského personálu?*, Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Sanoma Magazines, spol. s. r. o., 12/2006. 58 s. ISSN 1210-0404.
26. PŘIKRYLOVÁ, L.: *Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po 1. dubnu 2006*, Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Sanoma Magazines, spol. s. r. o., 2/2006. 58 s. ISSN 1210-0404.

27. *Registr (zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu)*, [online], [cit. 2007-04-05]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/>
28. *Registrace sester*. [online], [cit. 2005-02-23]. Dostupné z: [http://www.clk.cz/poradna/registrace\\_sester.html](http://www.clk.cz/poradna/registrace_sester.html)
29. *Sbírka zákonů a mezinárodních smluv*, [online], [cit. 2006-06-14]. Dostupné z: [http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/zakon\\_07.html](http://www.mvcr.cz/sbirka/2004/zakon_07.html)
30. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 11. Sestra reprezentant profese*, 1. vydání, Brno: IDV PZ, 2002. 41 s. ISBN 80-7013-368-6.
31. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství. Jak se může registrovat v České asociaci sester*, 1. vydání, Brno: IDV PZ, 2001, s. 73. ISBN 80-7013-330-9.
32. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.: *Základy ošetrovatelství*, 1 vydání, Karolinum, Praha 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
33. ŠIMEK, J.: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí, Image sestry-Sociálně psychologické aspekty sesterské profese*, 1 vydání, Velké Bystřice: Galén, 2000, 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
34. ŠIŠLÁKOVÁ, P.: *Udržování duševního zdraví sestry*, *Sestra*, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Sanoma Magazines, spol. s. r. o., 7-8/2006. 58 s. ISSN 1210-0404.
35. ŠTEFLOVÁ, Z.: *Práce sestry na oddělení následné péče*, *Sestra*, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Sanoma Magazines, spol. s. r. o., 12/2006. 58 s. ISSN 1210-0404.
36. THÓTOVÁ V.: *Ošetrovatelství*, 1. vydání, České Budějovice: 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.

37. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie pro pomáhající profese*, 1 vydání, Praha: Portál, s. r. o., 2004, ISBN 80-7178-802-3.
38. VELEMÍNSKÝ, M.: *Deset let samostatného neontologického oddělení*, Nemocniční zpravodaj, České Budějovice: 4/1994. 16 s. ISSN neuvedeno.
39. VOVESNÁ, M.: *Vstup do nového zaměstnání*, [online], [cit. 2005-01-20].  
Dostupné z: <http://www.novezamestnani.cz/index.php?article=150>

## **8. Klíčová slova**

**Sestra**

**Zátěž**

**Výkon**

**Oddělení následné péče**

**Personální obsazení**



## **9. Přílohy**

**Mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu sestry**

**Záznamový list**

**Kritéria pro zařazení pacientů do kategorií pro základní ošetrovatelskou péči**

**Dotazník pro pracovníka**

## **Příloha 1**

### **Mezinárodní kritéria pro kvalifikační přípravu sestry**

- Do ošetrovatelské školy jsou přijímáni uchazeči po ukončeném středním všeobecném vzdělání ve věku 18 let.
- Pokud kvalifikační studium neprobíhá na univerzitě, musí stupeň kvalifikační přípravy sestře umožňovat, aby v univerzitním studiu mohla ve svém oboru pokračovat.
- Studium je výhradně odborné.
- Délka odborné průpravy je minimálně 3 roky nebo obsahuje 4.600 studijních hodin (tj. hodin, které student "prostuduje" ve vyučování, knihovně, vypracováním písemné práce, domácí přípravou, zkouškami atd.
- Teoretickou část studia tvoří 35-50% studijních hodin, podíl praktické výuky je minimálně 50%.
- Studium připravuje všeobecnou sestru, která se profiluje až po dosažení kvalifikace.
- Učební plány a osnovy jsou zaměřeny na samostatnou práci sestry v péči o zdravého i nemocného jedince, prostředí, zdraví a nemoc, nejčastější choroby ovlivňující denní život jedince. V předmětech klinického a komunitního ošetrovatelství je kladen důraz na koncepci individualizované péče, teoretické i praktické instrumentální dovednosti, historii ošetrovatelství a jeho vývoj, na ošetrovatelskou etiku.
- Výuka zahrnuje hodnocení kvality péče a rozvoj kontinuální vzdělávání. Teoretické učivo obsahuje také aplikovanou psychologii, sociologii a komunikaci.
- Odborná praxe zahrnuje klinickou/praktickou zkušenost v základních a specializovaných oborech interny, chirurgie, péče o děti a pediatrie, péče o ženu, mentálního zdraví a psychická péče o starší populaci a geriatrie a zkušenost v domácí péči
- Studium poskytuje sestře dovednosti ve vedení pacienta/klienta a jeho rodiny k aktivní účasti a spolupráci.
- Absolventka je připravena nést vyšší odpovědnost a samostatně pracovat jak v nemocniční tak v terénní péči.

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství, 2002.

**Příloha 2**  
**Záznamový list**

**Pondělí**

**Záznamový list**

<b>oddělení:</b>	
<b>datum:</b>	
<b>sestra:</b>	

Zařazení pac. do kategorií ZOP	Pacient	1	2	3	4	5
	kategorie					
Název	Body	1	2	3	4	5

**I. Podávání léků (zahrnuje přípravu, podávání a sledování účinku léků)**

Název	Body	1	2	3	4	5
1. Podávání léku per os	0,5					
2. Podávání léků sondou	5					
3. Aplikace léků - do těl dutin	1					
4. Aplikace injekcí - s.c., i.m.	2					
5. Aplikace injekcí - i.v.	4					
6. Aplikace infuzí, sledování	6					
7. Asistence při aplikaci krevních derivátů	8					
8. Zevní léčebné prostř.-místní aplikace	2					
9. Zevní léčebné prostř.-celková aplikace	7					
10. Inhalace kyslíku a jiných léčeb. prostř.	4					

**II Sledování**

Název	Body	1	2	3	4	5
11. Sledování vitálních funkcí	1					
12. Příjmu a výdeje tekutin	2					
13. Objemu tělesných částí	2					

**III Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony**

(zahrnuje přípravu, vlastní provedení až dokončení výkonu, včetně asistence lékaři)

Název	Body	1	2	3	4	5
14. Ošetření dutiny ústní	2					
15. Péče o odsávání a odváděcí systémy	4					
16. Péče o ránu, převaz-jednoduchý	3					
17. Péče o ránu, převaz-složitý	8					
18. Péče o žilní přístup, epidurální katetr	2					
19. Péče o stromie	6					
20. Bandážování dolních končetin	2					
21. Klyzma	4					
22. Zavedení a výměna sondy	8					
23. Speciální vyšetření prováděná sestrou	7					
24. Výplach	8					
25. Cévkování močového měchýře	5					
26. Punkce	10					
27. Odběry biolog. materiálu	2					
28. Dechová rehabilitace, nácvik dýchání	4					
29. Asistence při vyšetření	4					
30. Příprava nemoc. k nároč.vyš., op.výkonu	13					
31. Instruktaž a edukace-jednoduchá	2					
32. Instruktaž a edukace-složitá	12					
33. Psychická podpora	6					

**IV Jiné činnosti ve vztahu k nemocnému**

Název	Body	1	2	3	4	5
34. Zajištění konz. vyš., jednání s jinými odb.	2					
35. Příjem propuštění, přeložení, úmrtí	10					
36. Doprovod sestrou na vyšetření	18					

Zdroj: Pochylá, K., Pochylý O., Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu, 1999.

**Příloha 3**  
**Kritéria pro zařazení pacientů do kategorií pro základní ošetrovatelskou péči**

<b>Vylučování stolice</b>	<b>Vylučování moče</b>	<b>Výživa</b>	<b>Osobní hygiena</b>	<b>Pohybová schopnost, polohování</b>	<b>Hodnocená oblast</b>
Pacienti kontinentní	Pacienti kontinentní	Pacienti soběstační	Pacienti soběstační	Pacienti soběstační	<b>I. kategorie (soběstační)</b>
Pacienti kontinentní	Pacienti kontinentní	Podávání jídla k lůžku	Pomoc při převážně samostatné péči o tělo (podání umyvadla a jiných pomůcek)	Nutná pomoc při vstávání a chůzi, vyžaduje dohled. Změna polohy na podnět sestry.	<b>II. kategorie (s částečnou pomocí)</b>
Občasné nekontrolované vyprázdnění střev	Občasné nekontrolované vyprázdnění moč. měchýře při kašli, noční pomočování	Úprava polohy, stravy (mazání, krájení)	Úprava polohy, podání pomůcek, pomoc při mytí některých partií těla	Neschopen samostatné chůze, vyžaduje doprovod	<b>III. kategorie (s podstatnou pomocí)</b>
Nekontrolované vyprázdňování střev, vyžaduje návzik kontinence	Nekontrolované vyprázdňování moč. měchýře, vyžaduje návzik kontinence	Plně odkázán na pomoc, krmení sondou	Převážně nebo úplné převzetí péče o tělesnou hygienu, hygienická péče za podmínek izolace	Upoután na lůžko	<b>IV. Kategorie (omezen na lůžko)</b>
Pacienti v bezvědomí a hospitalizování na ARO a JIP	Pacienti v bezvědomí a hospitalizování na ARO a JIP	Pacienti v bezvědomí a hospitalizování na ARO a JIP	Pacienti v bezvědomí a hospitalizování na ARO a JIP	Pacienti v bezvědomí a hospitalizování na ARO a JIP	<b>V. kategorie</b>

Stav psychiky a spolupráce	Dekubity	Návštěva WC
Stav vědomí dobrý. Psychické funkce neporušeny. Přiměřený postoj k nemoci. Schopen se dobře adaptovat na nové prostředí a podmínky	Pacienti soběstační	Pacienti soběstační
Stav vědomí dobrý. Smyslové vnímání neporušeno. Nepřiměřený postoj k nemoci (přílišné obavy hypochondr, nebo popírání nemoci, bagatelizace nemoci). Pomalu a nedostatečně se adaptuje na nové prostředí a podmínky <i>Spolupráce občas obtížná</i>	Žádný	S částečnou pomocí při opuštění lůžka, eventuelně podložní mísu
Stav vědomí dobrý. Smyslové vnímání neporušeno. Zasažená oblast prožívání (stavy silné úzkosti, deprese a pod.), které mohou zůstat skryty. <i>Spolupráce obtížná v důsledku psych. obtíží a narušené komunikaci s pacientem</i>	<i>Malý-vyžaduje</i> úpravu (změnu) polohy za pomoci sestry po 3 hod.	Pomoc při opuštění lůžka, doprovod na WC, event. podložní mísu
Stav vědomí narušený. Zmatenost, neklid, poruchy smyslového vnímání, které výrazně narušují komunikaci a spolupráci s pacientem (zde zařadíme i umírající pacienty na standardních ošett. jednotkách) <i>Spolupráce velmi obtížná</i>	<i>Velký-vyžaduje</i> polohování po 2 hod.	Podložní mísa, pomoc při vyprazdňování v izolaci (plášť, rukavice...)
Vědomí porušeno, bezvědomí. S pacientem nelze komunikovat	Pacienti v bezvědomí a hospitalizováni na ARO a JIP	Pacienti v bezvědomí a hospitalizováni na ARO a JIP

Zdroj: Pochylá, K., Pochylý O., Metoda kvantifikace ošettřovatelské péče pro stanovení optimálního počtu ošettřovatelského personálu, 1999.

#### Příloha 4

### K. DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKA

- 1.- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené ošetrovatelské vzdělání?  
a/SZŠ                      b/VOŠ(VZŠ)                      c/VŠ
- 2.- V jakém oboru pracujete?  
a/chirurgickém    b/interním    c/jiném
- 3.- Jste na pracovišti  
spokojen/a? 0 - 1 - 2 - 3 -  
4 - 5
- 4.- Byl/a jste spokojen/a s vedením sestry  
školitelky? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 5.- Jak Vás přijaly ostatní sestry do kolektivu?  
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 6.- Jak hodnotíte spolupráci s lékaři?  
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 7.- Jak hodnotíte spolupráci ve zdravotnickém  
týmu? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 8.- Splnila práce na Vámi vybraném oddělení Vaše  
očekávání? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 9.- Máte dostatek informací o kontinuálním vzdělávání?  
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 10.- Jak jste spokojen/a s kvalitou odborných seminářů v  
nemocnici? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 11.- Jak jste spokojen/a s kvalitou seminářů na oddělení?  
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 12.- Jak Vás škola připravila pro výkon  
povolání? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 13.- Jak hodnotíte finanční ohodnocení Vaší práce?  
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 14.- Jaká částka by dle Vašeho názoru odpovídala náročnosti Vaší práce?

15.- Co byste doporučil/a managementu k zajištění bezproblémového provozu oddělení?