

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Marie Bártová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Očekávání versus realita práce sester na kardiologickém oddělení
bakalářská práce

Mgr. Věra Stasková R.N.

2008

Marie Bártová

Anticipating versus reality of work of nurses in cardiosurgery department.

In my bachelor paper I dealt with expectation of nurses before their entry in practice and confrontation with the reality of work at hospital units. Expectation plays an important part in coping with the nursing occupation. There are many factors that can influence it both in a positive and negative way. The fast pace in current medical establishments requires that a nurse should assess, predict and evaluate the state of patients and that she should react to it within several minutes so that the care for the ill is most efficient and coordinated. Such a task is difficult for every-one but for a nurse disappointed by the health system it is an impossible task. Therefore it is important that there is a correspondence between expectations and the final reality of work.

The theoretic part describes the development of the nursing, characteristic features of nursing (the role of, activity, personality and mission of a nurse), expectation of nurses before they start working, some factors influencing the expectations and the final confrontation with work at medical units, satisfaction of nurses at cardio-surgical unit, characteristic of the cardio-surgical unit and the task of the nurse in taking care of the patients at the cardio-surgical unit.

The paper aimed at finding out whether the expectations correspond with the reality of work of nurses at the cardio-surgical unit and whether the nurses are satisfied in their job. Based on the literature two hypotheses were set. Hypothesis n. 1: Nurses at cardio-surgical unit claim that the job has encountered their original expectations and hypothesis n.2: Nurses at cardio-surgical unit are satisfied with their job. Both hypotheses were confirmed. The aim the paper was fulfilled. From the assessed questionnaires can be concluded that but for minimum exceptions nurses at cardio-surgical unit are satisfied with their job and the work has fulfilled their expectations.

The questioning method, questionnaires was used to achieve the goal of the paper and to verify the set hypotheses. A questionnaire for the nurses was used, put together according to the studied secondary literature. The researched file was made up by nurses from cardio-surgical unit of the Center of Cardiovascular and Transplantation Surgery in Brno. 100 nurses took part in the research.

I would like to use this paper to improve conditions for work at cardio-surgical unit, to provide it to nurses at the unit where the research was carried out to study and to inform on the results the management of the said unit.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Očekávání versus realita práce sester na kardiologickém oddělení vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 3.5 2008

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Věře Staskové R.N. za její cenné rady a odborné vedení při konzultacích.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Vývoj ošetrovatelské profese.....	4
1.2 Charakteristické rysy ošetrovatelského povolání.....	5
1.2.1 Osobnost sestry	5
1.2.2 Poslání sestry.....	7
1.2.3 Činnosti a funkce sestry.....	8
1.2.4 Role sestry	9
1.3 Očekávání sester před nástupem do zaměstnání	11
1.4 Některé faktory ovlivňující očekávání a výslednou konfrontaci s prací na oddělení	
1.4.1 Motivace.....	13
1.4.2 Společenská prestiž.....	14
1.4.3 Kompetence sestry.....	15
1.4.4 Platové podmínky.....	17
1.4.5 Pracovní doba.....	17
1.4.6 Složení a počet personálu.....	18
1.4.7 Vztahy na pracovišti.....	18
1.4.8 Vzdělávání sester – možnost seberealizace.....	19
1.4.9 Charakteristika pracovních podmínek.....	20
1.5. Spokojenost sester na kardiochirurgickém oddělení.....	24
1.6. Práce sestry na kardiochirurgickém oddělení.....	25
1.6.1 Intervence sestry v předoperační péči na kardiochirurgickém oddělení.....	25
1.6.2 Intervence sestry v pooperační péči na kardiochirurgickém oddělení	27
1.6.3 Pooperační péče na jednotce intenzivní péče.....	29
1.6.4 Následná péče o pacienty po operaci srdce.....	30
2. Cíle práce a hypotézy	32
3. Metodika	33

3.1 Použitá metodika.....	33
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	33
4. Výsledky.....	34
5. Diskuse.....	65
6. Závěr.....	72
7. Seznam použitých zdrojů.....	73
8. Klíčová slova.....	77
9. Přílohy.....	79

Úvod

Každý člověk stráví větší část svého života ve svém zaměstnání. Spokojenost a seberealizace v pracovní činnosti hraje velkou roli v jeho životě a často se odráží i do osobního života.

Povolání sestry bylo, je a vždy bude nejen fyzickou, ale především velkou psychickou zátěží, která vyplývá jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních a jiných problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské praxi dochází.

Práce sestry je v naší společnosti nepostradatelná a je jedním z nejnáročnějších povolání vůbec a to jak po psychické tak po fyzické stránce. Velký význam pro činnost sestry má její motivace k práci, schopnost adaptace k náročnému povolání, působení různých pracovních aspektů jako např. pracovní doba, složení a počet personálu, vlastní vybavení pracoviště, vztahy na pracovišti, platové podmínky, možnost vzdělání – seberealizace, kompetence sestry, společenská prestiž jejího povolání. Všechny tyto aspekty se odráží na kvalitě poskytované péče. Sestry po ukončení studia přicházejí na oddělení plny očekávání, s velkými cíly a chutí, pomoci všem, dělat vše podle pravidel a svého nejlepšího svědomí, chtějí poskytovat co nejkvalitnější péči a uspokojovat i ty nejnáročnější klientovi potřeby. Po zařazení do pracovního režimu a několika měsících praxe postupně ztrácejí své ideály, přizpůsobují se již zažitým zvyklostem oddělení a kolektivu, podřizují se sestrám s delší praxí na oddělení, přejímají od nich zkušenosti a dovednosti ovšem jak kladné, tak záporné.

Práce sester na kardiologickém oddělení je velmi zodpovědná a náročná. Je zde značně technicky náročné přístrojové vybavení a to především na obsluhu, nezbytné jsou znalosti z oblasti kardiologie i chirurgie. Důraz je kladen na individuální péči a uspokojování potřeb nemocných.

Ve své práci bych chtěla zmapovat do jaké míry naplňuje práce sester na kardiologickém oddělení jejich očekávání a do jaké míry jsou spokojeny ve svém zaměstnání.

Téma jsem si vybrala, protože mě velmi zajímá tato problematika. Sama bych chtěla pracovat právě na kardiologickém oddělení.

1. Současný stav

1.1 Vývoj ošetrovatelské profese

Nemoci provázejí lidstvo už od pradávna. Dalo by se říci, že již s prvními lidmi na Zemi se postupně začala vyvíjet potřeba léčení a ošetřování nemocných. Činnosti sice nebyly koordinované, ale vycházely ze samé podstaty ošetrovatelství, tj. ochoty pomáhat. Pomoc druhému a odpovědnost za druhé by měla být považována za pilíř ošetrovatelství i v dnešní době (21).

Samotná sesterská profese prodělala v relativně krátkém období velké změny. Ošetrovatelství bylo v minulosti ovlivňováno třemi vývojovými směry. První z nich je linie charitativní. V ní bylo ošetřování nemocných pojato jako morální, humánní pomoc nemocnému trpícímu člověku, který se ocitl v pro něj nové a náročné životní situaci. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na pomoc v uspokojování základních životních potřeb. Již ve starověku se objevují první ošetrovatelé (diakoni). Tehdy jako pomocní kněží pečovali o nemocné. Až do poloviny 19. století ošetřovali nemocné převážně řádové sestry a bratři. Řády v dějinách ošetrovatelství sehrály významnou roli. Charitativní ošetrovatelství se pak soustředilo zejména kolem klášterů. Vedle klášterů byly zakládány nemocnice. Zárodky organizovaného ošetrovatelství můžeme v českých zemích sledovat již v 10. století, kdy vznikaly na území Prahy první hospice, což byly v podstatě útulky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby, v nichž civilní sestry poskytovaly charitativní pomoc v základních potřebách (21).

Druhý vývojový směr byl vynucen rozvojem medicíny. Díky novým lékařským postupům vyplynula potřeba jistého pomocníka. Jeho úlohou by bylo provádět jeho pokyny a dohlížet na nemocného a to jak v domácnostech, tak v nově vznikajících špitálech. Tak se postupně vyvíjela role sestry jako pomocníka lékaře. Tento vývojový trend si poměrně rychle vynutil odborné vzdělání sester. Ve druhé polovině 19. století byly založeny první ošetrovatelské školy (21).

Mezi nejvýznamnější osobnosti ošetrovatelství patří bezesporu Florence Nightingelová (1820 – 1910). Pocházela z bohaté rodiny. Byla doslova legendou své

doby. Měla mimořádně kvalitní vzdělání a politicky vlivné přátele. Hlavní vliv na rozvoj ošetřovatelství měla její kniha – Poznámky o ošetřovatelství, která byla hlavní metodikou práce pro budoucí sestry. Také založila Školu při Nemocnici Svatého Tomáše v roce 1860 v Londýně. Zde poprvé cíleně vychovávala ošetřovatelky pro nemocniční a domácí službu. Vytvořila první koncepci ošetřovatelství vycházející z charitativního pojetí péče o nemocného, v němž jsou akceptovány především humánní motivy ošetřovatelství. Její dalekosáhlé reformy ovlivnily podstatně moderní zdravotnictví a ošetřovatelskou péči. Její spisy jsou dodnes nevyčerpatelným zdrojem inspirace pro sestry i řídící pracovníky ve zdravotnictví (21).

Na počátku 20. století ovlivnil práci sester především třetí směr rozvoje ošetřovatelství. Ten byl zaměřen na samostatnou práci sestry v terénní péči. V dnešní době představuje právě tato samostatná kompetence sestry v péči o upevnění, ochranu a návrat zdraví člověka základní charakteristický rys vyspělého ošetřovatelství a systému zdravotní péče (21).

Dnešní všeobecná sestra je považována za člena týmu a ovládá nové dovednosti, které byly v minulosti naprosto tabu. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti svých činností. Protože se tyto činnosti mění, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější. Nejdůležitější by pro ni měla být kvalitně poskytovaná péče. Pro sestru by se neměla její profese stát pouze prací. Sesterské povolání je posláním. Sestra nesmí zapomenout, že každý pacient je především člověk. Musí se snažit být ochránkyní jeho zájmů (27).

1.2 Charakteristické rysy ošetřovatelského povolání

1.2.1 Osobnost sestry

Jsou povolání, která kladou jen málo specifických požadavků na své nositele. Povolání sestry patří mezi ty profese, které kladou zcela specifické požadavky na osobnost, charakterové vlastnosti, na psychické předpoklady, schopnosti a dovednosti a míru sociální zralosti (6).

Osobnost je jedinečný a neopakovatelný celek fyzických a psychických vlastností. Sestra jako nositelka ošetrovatelského povolání by měla mít na paměti tři slova, která charakterizují ošetrovatelství - moudrost, láska a pomoc. Musí být vzdělaná, sociálně a emocionálně zralá a pozitivně orientovaná v péči o druhé. Identifikuje se ve vztahu k druhému člověku a v péči o něj. V tom je sestry podstata, velikost, ale i zranitelnost. Právě sestra je osobou, která má možnost být u zrodu nového života i při jeho ukončení (9).

Základní etické zásady jako např. zvýšená samostatnost spojená s převzetím větší osobní odpovědnosti sestry, ochota sestry aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něho s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a potřeby intimity jsou důležité pro všechny činnosti sestry. Při realizaci ošetrovatelského procesu založeném na aktivním kontaktu sestry s pacientem je nezbytné, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Důvěra nelze vynutit, vykřičet ani ji nelze přikázat. Sestra se o ni musí usilovně snažit při každém kontaktu s pacientem. Musí mít na paměti, že je velice obtížné ji získat, ale ztratit se dá poměrně rychle a snadno.

Mezi základní aspekty ovlivňující, zda pacient bude mít k sestře důvěru patří: vztah sestry k povolání, kultivovanost projevu, chování a vystupování, odborné znalosti, zevnějšek sestry. Vzhled sestry, to jak vypadá a jedná, vyjadřuje mnoho o tom, jaká je. Napovídá o jejích osobnostních rysech. Vzájemný vztah, který se mezi pacientem a sestrou vytvoří, umožňuje úzkou spolupráci a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu.

Povolání sestry klade specifické požadavky na její osobnostní předpoklady, zejména na sociální zralost. Ta zahrnuje: sociocentrismus , což znamená orientaci na potřeby druhých, toleranci, kooperaci, tj. schopnost spolupráce, která je daná pozitivním vztahem k lidem, schopnost nést vysokou zodpovědnost, empatie a optimistické ladění. Důležité je sebepoznání, sebevýchova a znalost své hierarchie hodnot (9).

Osobnost sestry úzce souvisí i s jejím profesionálním chováním. To jsou takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání (profesionální role) a které se vyvíjely po celou dobu trvání této profese. Čím je profese historicky starší, tím jsou

ustálenější způsoby chování jejích nositelů. Sestra byla v očích pacientů vždy vnímána jako člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci, který jim pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí je řešit a věnuje jim svou péči a zájem. Během doby lidé vytvořili pro sestru označení „anděl“. Sestra by si tohoto označení měla vážit, být na ně hrdá a snažit se ze všech sil vyplnit jeho obsah (27).

V profesionálním chování respektuje sestra práva pacienta a preferuje uspokojování jeho potřeb.

Psychické předpoklady pro práci sestry jsou senzomotorické, do nichž můžeme zařadit šikovnost, zručnost, pohybovou obratnost. Dále estetické, ty sestra uplatňuje při líbivé úpravě zevnějšku a zdravotnického prostředí, intelektové sem řadíme myšlenkové procesy a operace, sociální, což je pozitivní vztah k lidem atd. (6,9).

Chování sestry je určeno dokumenty Morálním kodexem sestry (viz příloha 3) a Kodexem práv pacientů (viz. příloha 2).

1.2.2 Poslání sestry

Poslání sestry ve společnosti je pomáhat. Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám a skupinám. Snaží se uspokojovat jejich aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální pohody. Jejím cílem je zařadit je zpět do jejich běžného života, který vedli před onemocněním. Základním posláním sestry je navrátit nemocnému zdraví, zamezit, aby nedocházelo ke zhoršování nemoci, doprovázet umírající a zajistit kvalitní péči. Sestra přejímá odpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče a je v tomto směru výhradní autoritou. Je zodpovědná za péči, kterou poskytuje. Být humánní, zodpovědná a empatická. To vše vyžaduje, aby si sestra naplno uvědomila, že její profese není povoláním, ale posláním. Každý nemocný je jedinečnou osobností a sestra se tak k němu musí chovat. Jejím posláním je pomoci mu svými činnostmi ve všech oblastech jeho života. Mezi úkoly sester patří také plánovaná a poskytovaná péče v průběhu onemocnění a rehabilitace. Do těchto oblastí spadají všechny tělesné, psychické a sociální aspekty života, protože ovlivňují zdraví, nemoc, postižení a umírání (22).

1.2.3 Činnosti a funkce sestry

Nové trendy v ošetrovatelství očekávají, že je sestra uznávaným odborníkem. Její činnosti umožňují rozšíření jejího působení z nemocného na mnoho dalších sociálních skupin. Sestry mají povinnost iniciovat a podporovat činnosti napomáhající upevňovat zdraví a uspokojovat sociální potřeby společnosti. Sestry napomáhají zajistit distribuci ošetrovatelských služeb mezi všechny občany (15, 24).

Dnešní moderní pojetí ošetrovatelství klade důraz na celou osobnost člověka. Člověk jako biopsychosociálněspirituální bytost má své potřeby ve všech těchto oblastech. Práce sestry zahrnuje komplex znalostí a dovedností aplikovaných na klienta jako na celek (24).

Činnosti sestry můžeme z hlediska jejich obsahu rozdělit na základní ošetrovatelskou péči, která zahrnuje činnosti zaměřené na identifikaci a plánované uspokojování základních potřeb člověka. Tyto potřeby mohou být onemocněním pozmeněny, nebo nemocný není schopen zajistit je sám.

Do diagnosticko-terapeutické činnosti sestry patří práce spojené s přípravou a provedením různých vyšetření. Na toto navazuje následné pozorování nemocného a jeho ošetření. Do terapeutické činnosti patří všechny úkony týkající se sledování stavu a léčení nemocného, např. odběry biologického materiálu na vyšetření.

Pro ošetrovatelskou diagnostiku a pro spolupráci s nemocným a jeho rodinou je nezbytná psychosociální činnost sestry. Je důležitá při tvorbě a realizaci ošetrovatelského plánu a na zajišťování celkové pohody ošetrované osoby. Patří sem různé formy komunikace, poskytování instrukcí a informací, edukační práce, ochrana oprávněných zájmů pacienta, jeho podpora, pomoc při dorozumívání a kontaktu s okolím apod.

Administrativní činnosti jsou sice potřebnou součástí práce sestry, avšak nesmějí ji odvádět od její hlavní povinnosti, čímž je samozřejmě ošetrování nemocných. Proto je nutné vytvořit si harmonogram práce a vše si dobře naplánovat, vždy uvážit, které práce jsou nezbytné a které jsou zbytečné. Do administrativních činností patří vedení

ošetřovatelské dokumentace, záznamy o nemocném, vyplňování žádanek na vyšetření, výkazy pro zdravotní pojišťovny atd.

Činnosti spojené s přípravou ošetřovatelských, diagnostických a léčebných výkonů, péče o pomůcky včetně jejich dekontaminace, doplňování materiálů, léků a mnoho dalších prací souhrnně nazýváme přípravné a dokončovací práce. S výjimkou specializovaných výkonů je však může provádět ošetřovatelka, případně sanitárka. Při používání pomůcek k jednorázovému použití, které se po výkonu znehodnotí, se rozsah těchto prací výrazně snižuje (27).

Funkce sestry jsou stále stejné, bez ohledu na prostředí v němž pracuje. Rozlišujeme čtyři funkce sestry. První funkce je poskytování a řízení ošetřovatelské péče, ať už podpůrné, preventivní, léčebné, rehabilitační nebo pomocné, pro jednotlivce, rodiny nebo skupiny. Tato péče se poskytuje v rámci ošetřovatelského procesu. Druhou funkcí je výuka a výchova pacientů nebo klientů a zdravotnického personálu. Třetí je aktivní a účinné začlenění sestry do zdravotnického týmu. Rozvoj ošetřovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu řadíme do čtvrté oblasti sester (22).

Dále rozdělujeme primární a na skupinový systém sester. Primární sestra přijímá pacienta, uvede ho a seznámí s chodem oddělení. Dále mu sděluje nemocniční řád a práva pacientů, seznámí ho s ošetřujícím personálem a zodpovídá jeho případné dotazy. Skupinová sestra zodpovídá v průběhu své pracovní směny za realizaci ošetřovatelského procesu a to u skupiny pacientů, kteří ji byly přiděleni (15).

1.2.4 Role sestry

Člověk se v průběhu svého života stane příslušníkem různých sociálních skupin. Ty většinou ve značné míře ovlivňují a modifikují jeho osobnost. Vliv těchto sociálních skupin se liší v závislosti na typu a určitých kvalitách každé skupiny a na vztahu k postavení a roli, kterou ve skupině jednatel získá (33).

S rozvojem ošetřovatelství se mění postupně i role sestry. Vynucuje si to pokrok v medicíně a v ošetřovatelské péči. Do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, sociologie, etiky a stále větší uplatnění

nachází i zdravotnická technika. Vyspělé zdravotnictví je charakterizováno pojetím sesterské práce, kdy je sestra rovnocenným členem zdravotnického týmu (27).

Základní role sestry v moderním ošetrovatelství můžeme rozdělit do několika skupin. Sestra pečovatel, kdy tato role je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční tak v terénní péči. Snaží se identifikovat jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.

Sestra jako edukátor nemocného a jeho rodiny hraje nezastupitelnou roli. V moderním ošetrovatelství je kladen velký důraz na edukační činnost sestry. Touto činností se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebeobslužných činností, na pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nábítku potřebných praktických dovedností např. ošetrování ran, aplikaci inzulínu, monitorování hladiny krevního cukru, atd.(27).

V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím a funguje jako obhájce nemocného. Prostřednictvím sběru anamnézy má možnost nemocného dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty.

Při plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra spolupracuje s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Je zde jako koordinátor. Snaží se získat nemocného a jeho rodinu k aktivní spolupráci na individualizované péči. Další rolí sestry je podílet se na diagnosticko – terapeutické lékařské péči. Připravit nemocného k vyšetření, asistovat při něm, zajišťovat různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod. Tato role se nazývá sestra asistent (27).

Sestra manažerka zastává manažerské funkce. Patří sem např. ředitelka ošetrovatelské péče, náměstkyně pro ošetrovatelství, vrchní sestra či staniční sestra. Hlavní náplní této funkce je zajišťovat a sledovat kvalitu ošetrovatelské péče, případně ji měřit a vyhodnocovat výsledky.

Při ošetřování nemocných uplatňuje sestra v rámci ošetřovatelského procesu všechny uvedené role v kontaktu s nemocnými i zdravými osobami, případně s jejich rodinami.(15)

1.3 Očekávání sester a konfrontace s realitou práce na oddělení:

Očekávání je z latinského slova Anticipatio, což je předem utvořená představa. Předjímání určitých procesů, jevů, předvídání jevů, která nastanou v budoucnu. Předjímání je důležitou funkcí lidské psychiky. V myšlení je anticipace předpokladem cílového průběhu myšlení. Člověk je dokonce z antropologického hlediska považován za bytost, která žije v anticipaci, a jen díky jí je schopen existence. Zakládá se na naší zkušenosti ze srovnatelnou situací. Nemusí vždy odpovídat realitě (11).

Povolání sestry je charakteristické velkou psychickou i fyzickou zátěží. Klade vysoké nároky na zralost jedince, jeho sociální citění a ochotu pomáhat druhým. Rozhodnutí stát se sestrou je velice zodpovědné a vždy musí být motivované touhou pomáhat nemocným, ne touhou po společenské prestiži, uznání či ohodnocení. Budoucí sestra se soustavně připravuje na své povolání, získává nové znalosti a dovednosti a s nimi roste i její očekávání příchodu do vlastní praxe. Toto očekávání hraje velice významnou roli při zvládnání ošetřovatelského povolání. Je zde spousta faktorů, které ho mohou ovlivnit a to, jak negativně tak pozitivně. V novém moderním pojetí ošetřovatelství je zdůrazňována důležitost kvalitně poskytované péče, kdy toto povolání může vykonávat pouze kvalifikovaná sestra. Rychlé tempo v současných zdravotnických zařízeních od ní vyžaduje, aby posuzovala, předvídala a hodnotila stav pacientů a během několika minut na něj reagovala tak, aby péče o nemocné byla maximálně účinná a koordinovaná. Tento úkol je obtížný pro každého, ale pro sestru, která je zdravotnictvím zklamána, je to úkol nemožný. Proto je korespondence mezi očekáváním a výslednou realitou práce, tak důležitá (5,17,30).

Očekávání je součástí lidského myšlení. Každý jedinec ho prožívá jiným způsobem. Někdo je optimisticky založen a očekávání je pro něj pouze příjemným aspektem nové životní situace. Nepřipouští si, že mohou vzniknout i nepříjemné

okolnosti. Jiného člověka pohlcuje nervozita již týden před očekávanou změnou. Každá absolventka před nástupem na oddělení pociťuje velkou míru zodpovědnosti, nervozity, a obav. Přemýšlí, zda zapadne do nového kolektivu, zda ji kolegyně přijmou, zda vůbec zvládne své povinnosti a nezklame sebe a svého nového zaměstnavatele. V našem případě zejména staniční sestru oddělení. Zároveň se však těší na nové zážitky, na pomoc lidem, využití svých dovedností, znalostí a pracovní náplň (17).

Ne vždy však očekávání koresponduje s výslednou realitou. Pak nastávají konfliktní situace a zklamání. Každý člověk se s touto situací vyrovnává svým způsobem. V podstatě lze však obecně říci, že existují pouze dvě varianty řešení – boj nebo útěk. Buď se absolventka rozhodne přizpůsobit podmínkám na oddělení, časem zapadne do nového kolektivu, pokusí se nedostatky na oddělení řešit společně s dalšími sestrami a rozhodne se pracovat v rámci své kompetence naplno, kvalitně, s čistým svědomím a v zájmu pacienta. Nebo bohužel zvolí druhou variantu. Rozhodne se oddělení opustit, odejít na jiné oddělení, do jiné nemocnice či do zahraničí. Tímto rozhodnutím bohužel může oddělení přijít o velice kvalitní, spolehlivou a pracovitou sestru. V tomto rozhodování hraje velkou roli také staniční sestra oddělení, která je zodpovědná za chod na oddělení. Nová sestra by v ní měla mít oporu, vidět v ní svůj vzor a učit se od ní.

Lze také říci, že některé absolventky přicházejí na oddělení plně naivity, myslí, že „spasí celý svět“, chtějí odstranit veškeré nedostatky oddělení, využít své vědomosti a domnívají se, že lze „zachránit všechny“. Pro ně je pak konfrontace s realitou velice obtížná a těžká. Těžce snášejí, že nestíhají udělat vše podle svých představ. Považují se za neschopné a pociťují to, jako své vlastní selhání. U těchto sester pak častěji dochází k syndromu vyhoření. Syndrom profesionálního vyhoření je pro nás všechny stále aktuálním tématem (5, 17, 30).

Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání. Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“ či alespoň pravidelný kontakt s nimi a závislost na jejich hodnocení. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě kognitivní vyčerpání, „opotřebením“ a často i celková únava. Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu. Nejpodstatnějším znakem je

poslední zmiňovaný chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního okolí.

Svou roli sehrávají individuální faktory, kdy na sebe třeba sestra klade vysoké nároky, chce vše zvládnout sama a upřednostňuje potřeby jiných před vlastními. Ke vzniku syndromu vyhoření u sestry vedou ovšem i podmínky pracovní. Práce není oceněna, sestra pocítuje málo uznání a pochvaly, velké množství starých, chronicky nemocných nebo umírajících pacientů, dlouhodobý nedostatek personálu, pracovní stres, neuspokojení ze špatně organizované péče a málo efektivních výsledků ošetřování. Všem těmto projevům by se měla sestra snažit předcházet a již při prvních příznacích se pokusit aktivně proti syndromu vyhoření bojovat. Vyhoření je tedy důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou, mezi ideály a skutečností. Je to výsledek dlouhého pozvolného procesu.

Obecně lze tedy říci, že očekávání hraje velikou roli při subjektivním hodnocení spokojenosti sestry na oddělení. Pokud práce splní nebo dokonce předčí její očekávání má takzvaně vyhráno a bude na oddělení nejspíše naprosto spokojena. Pokud je však sestra hned po nástupu na oddělení zklamána, ponese si nejspíše toto zklamání po celou dobu své práce a časem zjistí, že na oddělení není spokojena. S tímto zjištěním nastupuje pocit prázdnoty a sestra se musí sama rozhodnout, co dál (5, 17, 30).

1.4 Některé faktory ovlivňující očekávání a výslednou konfrontaci s prací na oddělení

1.4.1 Motivace

Motivace je z latinského moveo = pohybuji. Je proces aktivity člověka vyvolané motivem a končící realizací (uspokojením) motivu. Pod pojmem motivace zahrnujeme celek vědomých i nevědomých faktorů psychického rázu, na jejichž základě se uskutečňuje naše chování a jednání. Motivace souvisí s vnitřní pohnutkou (motivem), chování člověka je pak ovlivněno danou situací. Při motivovaném chování vzniká hodnotová orientace. Člověk posuzuje a hodnotí všechny podněty z hlediska vzniklých motivů. Jeho chování není ovlivněno pouze jedním motivem, ale celým komplexem motivů. V motivaci chování a jednání lidí jsou velké individuální rozdíly. V podstatě

jsou podmíněny velkými rozdíly v zkušenostech lidí, odlišných podmínkách života a výchovy, zvláštnostmi osobnosti.

Motivace mladých dívek k výběru jejich budoucího povolání sestry je různá. Mohou mít vzor z domova, vnitřní potřebu pomáhat druhým, realizovat se v péči o nemocné nebo jen nevědí, co dělat jiného. Tato motivace je důležitým faktorem pro jejich ztotožnění se s rolí sestry. Ovlivňuje jejich pracovní nasazení, spokojenost s prací sestry a to, zda budou své povolání vykonávat kvalitně. Tyto motivy patří do skupiny vnitřních individuálních motivů. Jsou u každého člověka jiné, nutí ho, aby jednal určitým způsobem. Dalším faktorem, který však ovlivňuje práci sester jsou motivace vnější. To je schopnost vedoucích pracovníků, v tomto případě nejčastěji staničních sester, efektivně motivovat své podřízené ke kvalitní práci. Jsou různé způsoby a teorie, jak správně vést a motivovat lidi ve svém okolí. Důležitou roli zde ale hraje osobnost staniční sestry, její přirozená schopnost vést a řídit kolektiv sester, přirozená autorita a schopnost zužitkovat své schopnosti a získané dovednosti. Využívá i materiální motivy ke zlepšení práce sester, jako jsou např. mimořádné odměny, platové ohodnocení. Pokud je sestra efektivně motivována, vykonává svou práci kvalitně a s maximálním úsilím. Motivace se tak odráží i v péči o pacienta. V kvalitní péči o pacienta nesmíme také zapomínat, že i pacientovo chování a jednání ovlivňují motivy a tyto motivy přispívají k jeho léčení nebo ho naopak ztěžují (6, 17, 30, 33).

1.4.2 Společenská prestiž

Společenská prestiž povolání je charakterizována jako vážnost, ocenění nebo hodnocení, kterému se povolání těší u ostatních lidí dané společnosti. Udává, na jakém místě společenského žebříčku, se budou vykonavatelé určité profese pohybovat. Nejsou zde určené přesné parametry pro měření a výzkum společenské prestiže, jde o celkový názor společnosti. Je i rozdílnost ve výsledcích v různých zemích a společnostech. .

Sociologické výzkumy, mezi které patří mimo jiné i sledování prestiže jednotlivých povolání, byly v uplynulých letech velice omezovány. Proto nebyly objektivní informace o ocenění povolání sestry v současné době. Sestry měly a dosud

mají pocit, že společnost jejich práci podhodnocuje. Proto velice příjemně překvapily výsledky opakovaného sledování prestiže různých povolání v letech 1990-1992, kdy sestry mají své stabilní 7.-10. místo v žebříčku 70 různých profesí. Novější výsledky zatím nejsou k dispozici, lze však předpokládat, že prestiž povolání sestry ve společnosti stoupá (33).

Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na ošetrovatelské povolání a spolu s dalšími faktory vytváří jeho společenskou prestiž. Současně je projevem vztahu sestry k ošetrovatelskému povolání (27).

Pokud chce sestra kvalitně pracovat a chce aby její práci ocenili i ostatní musí při každém kontaktu s pacientem uplatňovat své interpersonální dovednosti. Ošetrovaní pacienti to vnímají velmi citlivě a pokud je uplatňuje dobře, mohou lépe vyjádřit své problémy a pociťovat opravdovou pohodu a podporu.

1.4.3 Kompetence sestry

Schopnosti sester jsou dány zákonem. Tento zákon vstoupil v platnost dne 1.4.2004. Jedná se o 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) (32, 36).

Dle vyhlášky číslo 424/2004 všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy). Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, vědomí, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Zajišťuje a provádí vyšetření biologického

materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky). Provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost, centrální a periferní žilní vstupy, provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,. Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály. Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních. Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů. Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta (32, 36).

Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetřovatelskou péči při těchto výkonech a po nich.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodická opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Tyto opatření se týkají lůžkové i ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob. Klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetřovatelského procesu. A samozřejmostí musí být řádně vedená zdravotnická dokumentace. Koncepce ošetřovatelství je základním východiskem pro další tvorbu koncepcí ošetřovatelství v jednotlivých klinických oborech (32, 36).

1.4.4 Platové podmínky

Ve zdravotnickém zařízení je šestnáctitřídní platový systém. Zaměstnanci jsou zařazováni do těchto platových tříd podle daných norem. Přechod na tento nový platový systém, přestože byl odkládán, se uskutečnil už před schválením zákonů o způsobilosti k výkonu zdravotnických povolání, a to jak lékařských, tak nelékařských. Garantem mzdových systémů je Ministerstvo práce a sociálních věcí, které nyní chystá novou katalogu prací, která by měla odstranit současné zmatky se zařazováním jednotlivých zaměstnanců do odpovídajících platových tříd. Do platového ohodnocení zdravotnických zaměstnanců se také promítá přechod zdravotnických zařízení ze státního majetku na akciové společnosti (37).

Na kardiologickém oddělení by sestry měly mít příplatky za práci v riziku, tzn. na oddělení náročném na přístrojové vybavení i složení pacientů. Dále mají jednorázové odměny. Náročnost jejich práce by se měla promítnout i v jejich platovém ohodnocení např. příplatky za služby o svátcích a víkendech.

1.4.5 Pracovní doba

Ve zdravotnickém zařízení je nutný nepřetržitý provoz. K jeho zajištění na pracovišti je nutný směnný provoz. Sestry pracují v osmihodinových směnách (37,5 hodin týdně), kdy se služby dělí na denní, odpolední a noční nebo ve dvanáctihodinových směnách. Dvanáctihodinové směny jsou nejvíce využívány na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo na jednotkách intenzivní péče. Dále při nedostatečném počtu zaměstnanců v době dovolených, zvýšené pracovní neschopnosti zaměstnanců nebo nedostatečném počtu personálu na pracovišti, o víkendech a státem uznávaných svátcích.

Ze zákona je daný mezi jednotlivými směnami nepřetržitý odpočinek po dobu 12 hodin během 24 hodin a nepřetržitý odpočinek v týdnu alespoň 35 hodin. Zaměstnavatel je také povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po čtyř a půl hodinách nepřetržité práce pracovní přestávku v trvání nejméně 30 minut. Poskytnuté přestávky na jídlo a oddech se ale nezapočítávají do pracovní doby (37).

Při nedodržení potřebného odpočinku dochází k porušení zákona a zaměstnanec se může hájit porušením Zákoníku práce. U sester však často díky tomu dochází k fyzickému, ale především psychickému vyčerpání, které se může odrazit i na kvalitě práce, což je ve vztahu k pacientovi daleko závažnější problém.

1.4.6 Složení a počet personálu

Na každé ošetrovací jednotce jsou kladené jiné nároky na složení a počet personálu. Je to dáno specifikami jednotlivých oddělení. K zajištění provozu ošetrovatelské jednotky a k odvedení kvalitní práce zdravotnického personálu je nezbytný dostatečný počet a správné složení pracovníků. Faktory, které obecně určují složení personálu, jsou: průměrná obložnost oddělení, klasifikace pacientů, průměrná délka pobytu, typ poskytované zdravotní péče, charakteristika instituce (počet pacientů, lůžková kapacita, provozní rozpočet) a speciální výkony dané jednotky. Na oddělení RES by měla být zajištěna kvalitní péče díky poměru 1 sestra na 1 pacienta stejně jako je to na oddělení anesteziologicko - resuscitačním. Na oddělení JIP by měla setra mít na starosti nejvíce tři pacienty (4).

Nedostatek pomocného ošetrovatelského personálu je obrovská zátěž především pro sestry, které pak místo odborné péče o pacienty musejí zajišťovat i jejich pracovní náplň. Ve zdravotnictví je práce týmová a činnost každého člena týmu má svůj význam a nezbytnost.

1.4.7 Vztahy na pracovišti

Mezi faktory ovlivňující očekávání sester jsou vztahy na pracovišti jedním z nejdůležitějších. To, jak se nová sestra v již zaběhnutém kolektivu cítí a jak ji sestry mezi sebe přijmou má přímou souvislost s tím, zda bude sestra na oddělení spokojená a zda práce naplní její očekávání. Vzájemné jednání a důvěra v pracovním týmu vytvářejí u každého pracovníka pocit pracovní spokojenosti nebo nespokojenosti a vytvářejí dobrou či špatnou pracovní atmosféru, která se pak odráží na kvalitě jejich práce.

Na každém pracovišti existují mezilidské vztahy formální a neformální. Formální vztahy jsou dány nutností, cílem a úkoly pracoviště, řádem a organizačními

normami provozu, pracovní náplní a funkcemi lidí. Neměly by být ovlivňovány případnými sympatiemi či antipatiemi mezi členy týmu. Neformální vztahy jsou určeny pocitem blízkosti a soudržnosti, který vůči sobě spolupracovníci mají. Může je sblížovat věk, vzdělání, počet dětí, stejné místo bydliště, podobné záliby, životní styl, vzájemná sympatie a další. To pak vede k formování různých skupin v zaměstnání. Chování sestry zcela specificky utváří skupina jejích nejbližších spolupracovníků. Ti mívají nejsilnější vliv především na sestru absolventku, která je nezkušená, potřebuje od ostatních pomoc při výkonu své práce a nemá potřebné zkušenosti. Přichází však po studiu s určitou představou, jak má vypadat její práce. Velmi často se proto stává středem nežádoucí pozornosti. Její nové kolegyně už dávno zapoměly, jaké to je, přijít na nové oddělení nebo se jí „mstít“ za své vlastní špatné zkušenosti. Je to pozice např. „mě také nikdo nepomohl, nikdo se mě nezastal, musela jsem se o sebe postarat, tak proč bych teď měla někomu pomáhat.“ Nápadně to někdy připomíná vojenskou šikanu. Tato situace vyústí v zásadní odmítání nové sestry a být v pozici „sám proti všem“ je velice obtížné. Jen silné osobnosti se dokážou prosadit. Většina mladých sester se radši přizpůsobí, aby v pracovním kolektivu obstály. Některé bez problémů, jiné s nepříjemnými vnějšími nebo vnitřními konflikty, které řada z nich vyřeší odchodem ze zdravotnictví (33).

Práce sestry má tedy týmový charakter. Znamená to, že při převážné většině ošetrovatelských výkonů je vázána na spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, především lékaři, ostatními sestrami, laboranty, ošetrovatelkami a pomocným personálem. Činnosti všech pracovníků na sebe vzájemně navazují, prolínají se a podmiňují. Na to by neměli žádní členové zdravotnického týmu zapomenout (21).

1.4.8 Vzdělávání sester-možnost seberealizace

Na nejvyšším místě v hierarchii lidských potřeb a hodnot jsou potřeby seberealizační. Jsou to potřeby, které přesahují bezprostřední (egoistické) zájmy jedince. Pro jedince se stávají důležité teprve tehdy, když jsou uspokojeny jeho nižší potřeby biologické a sociální. Seberealizace je spojena s poznáním a důležitým pocitem, že člověk využívá všechny své možnosti k tomu, aby byl prospěšný druhým. Pokud člověk během svého života nezíská pocit seberealizace, ať už v jakékoliv činnosti, může se mu

zdat jeho život nenaplněný a bezvýznamný. Každý jedinec nachází uspokojení této potřeby v jiných činnostech, což souvisí i s jeho osobní hierarchií hodnot a s tím, co je pro něj důležité.

K tomu, aby jedinec tento pocit měl, musí být schopen naplnit nejdůležitější role svého osobního, ale i pracovního života. Musí naplnit své cíle, které si určil. Má-li sestře její povolání přinést pocit seberealizace, musí splnit očekávání lidí, s kterými se při své práci dostává do sociální interakce, být jimi kladně hodnocena a tím získávat pozitivní zpětnou vazbu. Těmito lidmi jsou pacienti, které ošetřuje, sestry, s kterými pracuje, lékaři a další pomocný personál (38).

Sestra je úzce spojena s činností lékařů, a proto potřebuje neustále rozšiřovat a doplňovat své vědomosti, znalosti a seznamovat se s novými poznatky v oboru. Měla by studovat odbornou literaturu, navštěvovat konference a semináře pořádané sesterskými a lékařskými společnostmi a vzdělávat se pomocí samostudia. Musí se sama aktivně snažit o rozšiřování svých znalostí, aby se nesnižovala její kvalifikace a odborná způsobilost.

V současných materiálech WHO se vzdělávání sester dělí na předregistrační (kvalifikační) a postregistrační (celoživotní) . Označení pro takto kvalifikovanou sestru v regulované profesi je termín registrovaná sestra a pro ostatní pracovníky zdravotnický asistent. Pro sestru je kvalifikace a registrace nezbytností (25).

1.4.9 Charakteristika pracovních podmínek

Pracovní podmínky a pracovní prostředí do značné míry ovlivňují, jak se sestře naplní její očekávání při nástupu na oddělení. Je zde souhra několika různých faktorů, které mohou mít rozhodující vliv při hodnocení spokojenosti sester na oddělení. Patří sem např. : škodliviny, fyzická a psychická zátěž na sestry, počet personálu a interpersonální vztahy na pracovišti, ale také platové podmínky a pracovní doba. To vše, a mnoho dalších faktorů, může novou sestru od práce odradit nebo ji naopak pomoci vytvořit si k ní kladný vztah. Vedoucí pracovníci by měli tyto faktory pravidelně hodnotit, snažit se odstraňovat případné nedostatky a sledovat rizika jednotlivých pracovišť. Mnoho o tom může vypovědět i sledování nemocnosti sester na

jednotlivých odděleních, jejich spokojenost a četnost jejich odchodů či případného střídání.

Pracovní podmínky mohou na jedince působit jak pozitivně, tak negativně. Pozitivní působení může být např. získávání nových dovedností, znalostí, navázání nových kontaktů, větší zátěžová tolerance, zvýšení fyzické zdatnosti a kondice, uspokojení z práce, možnost seberealizace apod. Negativním působením na straně druhé jsou myšleny důsledky, které mají vliv na tělesné či duševní zdraví sestry. Souhrnně jsou označovány jako různé subjektivní příznaky, které mohou vést až k poškození zdraví a duševní rovnováhy, jako je např. únava (lokální, celková, chronická), poškození muskuloskeletárního či nervového systému, až po vznik pracovních úrazů a nemocí z povolání (20).

Při výkonu svého náročného povolání musí každá sestra pamatovat na své zdraví. Musí si uvědomit, že pokud sama nebude zdravá, nemůže kvalitně vykonávat svou práci, je více ohrožena vlastní omylností, nesoustředí se v důsledku nemoci na svou práci a může poškodit zdraví pacienta (27).

Níže popsané již budou jen pracovní podmínky související s kardiochirurgickým oddělením.

Škodliviny z vnějšího prostředí

Do této skupiny řadíme alergeny, chemické škodliviny, infekce, a fyzikální faktory. Všechny tyto škodliviny jsou specifikované pro kardiochirurgické oddělení.

Alergeny a alergie jsou problémem dnešní doby, mohou vzniknout prakticky na jakýkoliv agéns. Ve zdravotnictví se vyskytuje spousta látek chemické povahy, které mohou působit jako alergeny. Převážně se jedná o dezinfekční prostředky, prostředky k sterilizaci a ochranné pomůcky. Patří sem ale i léky, např. antibiotika. U sester vznikají navíc alergie na prach při přestýlání lůžek a při úklidu.

Chemickým látkám je vystavena většina zdravotnického personálu. Tyto látky mohou působit alergenně, toxicky, karcinogenně nebo mohou být toxické pro reprodukci, teratogeny. Jsou to například anestetika (Halotan, N₂O), dezinfekční přípravky, přípravky k chemické sterilizaci. Počet chemických látek, které však mohou

prostřednictvím pracovního prostředí na jedince působit, lze pouze odhadovat. Kardiochirurgická oddělení patří mezi oddělení s vysokým výskytem chemických škodlivin a to převážně z dezinfekčních prostředků. Sestry musí při manipulaci s nimi být opatrné a používat ochranné pomůcky (20).

Infekce vzniká po průniku původce nákazy do tkání vnímavého hostitele. U zdravotníků je mnohem častější kontaminace povrchu těla nežli vlastní infekce. Kontaminace vzniká hlavně v souvislosti s neznalostí pracovníka, porušování bezpečnostních pracovních postupů, porušování zásad sterilizace a dezinfekce, podceňování míry infekčního rizika a nesprávná manipulace s nástroji kontaminovanými biologickým materiálem. Nejvíce infekčním materiálem je krev, ale nelze podceňovat ani jiný biologický materiál. Sestry na kardiochirurgickém oddělení pracují s krví a krevními deriváty velmi často. S biologickým materiálem pracují převážnou část své pracovní doby.

Nelze také opomenout výskyt fyzikálních faktorů na zdravotnických pracovištích. Fyzikální faktory mohou způsobit vážné nemoci z povolání. Tyto faktory jsou typické pro jiné profese a proto se na ně v souvislosti se zdravotnictvím velice často zapomíná. Jejich vliv je však nezpochybnitelný. Patří sem např. hluk, prach, vibrace, záření z přístrojů na operačních sálech atd. Na kardiochirurgickém oddělení je výrazný hluk z přístrojového vybavení jako je např. servoventilátory zajišťující všechny druhy umělé plicní ventilace, analyzátory krevních plynů a mnoho dalších (20).

Fyzická zátěž

Fyzická náročnost zdravotnického povolání je důležitým aspektem této profese. Profesi sestry mohou vykonávat pouze jedinci, kteří nemají žádné zdravotní potíže, netrpí chronickým onemocněním a nemají žádný handicap bránící výkonu tohoto povolání. Potvrzení o zdravotní způsobilosti k výkonu tohoto povolání je součástí přijímacího řízení na všechny zdravotnické školy, ať už střední, vyšší odborné či vysoké.

Nepřiměřená fyzická náročnost pracovních úkonů může být zdrojem nadměrného přetěžování a to nejvíce pohybového aparátu, ale i srdečně cévního a

dýchacího systému. V pracovním lékařství se udává, že fyzická zátěž, při které je dynamicky zatížená větší část svalů lidského těla, ale nepřekročí určitou mez, je neškodná a neprojeví se její nepříznivý vliv. V případě, že úroveň fyzické zátěže dlouhodobě překračuje výše uvedený limit, dochází obvykle k předčasnému fyzickému opotřebenosti s řadou průvodních zdravotních potíží (20, 21, 24).

Fyzická zátěž u zdravotníků na kardiochirurgickém oddělení se týká převážně personálu na lůžkových odděleních. Záleží však samozřejmě na skladbě a zdravotního stavu pacientů. Nelze upřednostňovat standardní ošetrovatelskou jednotku před resuscitačním oddělením. Fyzická zátěž je na těchto odděleních velkým problémem. Na odděleních stále pracují převážně ženy. A to ženy různého věku, proto problém této zátěže nelze podceňovat. Fyzickou zátěž způsobuje zejména manipulace s pacientem v rámci ošetrovatelské a léčebné péče.

Kardiochirurgické oddělení se řadí mezi oddělení s vysokou fyzickou zátěží pro sestry. Na kardiochirurgickém oddělení je specifická fyzická zátěž spojená zejména s polohováním nemocných, jejich závislostí na pomoci druhé osoby ve všech oblastech sebezpečí, náročných léčebných a diagnostických výkonech.

Psychická zátěž

Povolání zdravotní sestry sebou nese velké nároky na psychiku pro nositelky této profese. Sestry musí být emočně stabilní, vyrovnané a citově vyspělé. Mají zodpovědnost za zdraví a život pacienta. Pacienti jim věří a vkládají své zdraví, mnohdy i další život, do jejich rukou. Sestry musí neustále sledovat příznaky chorob, měnit se stav pacientů, všimnout si jejich chování a jednání. Musí vykonávat několik činností najednou, kdy každá z těchto činností musí být provedena s precizností, přesností a hlavně bez chyby. S povoláním sestry je úzce spjato slovo empatie. Člověk má tu vlastnost, že prožívá libě či nelibě nejen události týkající se jeho osoby, ale i bolest a utrpení druhých. Vcítuje se do jejich starostí a mnohdy je přejímá i za starosti vlastní. Pro sestru je typické ztotožnění s potížemi pacientů. Mnohdy se neubrání pocitu bezmoci a zbytečnosti. V těchto případech tzv. selže profesionální obrana sestry. Proto je psychická zátěž významným faktorem ovlivňující práci zdravotníků. Vedle těchto

hlavních zátěžových momentů, které jsou primární a pramení ze zvláštního výkonu činnosti sestry, přistupují i zátěžové momenty sekundárního charakteru. Do těchto sekundárních zátěžových momentů řadíme zejména konflikty mezi členy zdravotnického týmu (20).

Vysoké požadavky na práci, nutnost podávat maximální výkon i při nedostatku personálu, nízké finanční ohodnocení nebo nedostatečná prestiž oboru jsou stresory, které vedou k únavě a k pocitu přetrvávající vyčerpanosti. Dlouhodobá únava se stává chronickou, je spojená s hlubokým vyčerpáním a ztrátou výdrže. Toto vše vede postupně k syndromu vyhoření. Ten je blíže popsán v podkapitole očekávání sester a konfrontace s realitou práce na oddělení. Psychická zátěž je jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících očekávání sester a výslednou konfrontaci s jejich prací (28).

1.5 Spokojenost sester na kardiochirurgickém oddělení

Samotný pojem spokojenosti není jednoduché definovat . Často pojem "spokojenost" vyjadřuje pocit být v pohodě, nemít starosti či konstatování, že vše probíhá podle vlastních představ. Lze také říci, že spokojenost je vnímání týkající se stupně splnění požadavku. Spokojenost tedy vyjadřuje názor člověka na to, do jaké míry se shodují jeho představy, očekávání a požadavky s tím, co je mu reálně nabízeno a jak jsou jeho požadavky uspokojeny. Měření spokojenosti sester na kardiochirurgii je složité a to především souvisí s tím, že hodnotíme subjektivní názory a pocity jednotlivců. Někteří lidé jsou výrazně skromní, naopak jiní při hodnocení uplatňují vysoké nároky a jsou přehnaně kritičtí. Obecně platí, že je – li realita práce lepší než očekávání, je spokojenost vysoká a na druhé straně – je-li realita práce horší než očekávání, dochází k frustraci sester a spokojenost je potom velmi nízká. Velmi často je nepřiměřené očekávání výsledkem nedostatku informací a lze ho aktivní komunikací usměrnit tak, aby lépe odpovídalo skutečnému stavu.

Pro zjišťování spokojenosti sester na kardiochirurgii lze použít různé metody kvalitativního nebo kvantitativního výzkumu. Pokud jde o metody kvalitativního výzkumu, nejčastěji jsou používány přímé rozhovory s jednotlivými sestrami nebo jejich skupinami. Pro kvantitativní výzkum se nejčastěji používá metoda dotazníku. Pro

hodnocení jednotlivých hledisek je používána pětistupňová škála (1 = velmi spokojena až 5 = velmi nespokojena). Vedle toho je nabídnuta možnost hodnocení odmítnout, pokud sestra s danou činností nemá zkušenosti nebo ji nepoužívá nebo nemá dostatek informací pro hodnocení (3).

1.6 Práce sestry na kardiologickém oddělení

Práce na kardiologickém oddělení je velmi náročná a to po stránce fyzické i psychické. Na všechny zaměstnance jsou kladeny velké nároky co se týká vědomostí, zručnosti, určité technické dovednosti. Sestra, která se rozhodne pracovat na kardiologickém oddělení, musí mít znalosti z kardiologie i z chirurgie, musí být zručná a schopná. Je zde velice náročné přístrojové vybavení, jelikož pacienti mají monitorovanou celou řadu životních funkcí. Důraz při péči o nemocné na kardiologickém oddělení je kladen na individuální péči a uspokojování jejich potřeb. Jedná se převážně o pacienty vyššího věku a po operaci mohou být hůře mobilní. Velmi důležitý i lidský a citlivý přístup sester k nemocným. Práce zde vyžaduje sestry „akční“, samostatné, pečlivé, zodpovědné, obětavé takové, které jsou tím nejlepším monitorem stavu nemocného, takové, které jsou schopné podpořit rodinné příslušníky v době, kdy stonání jejich blízké osoby není úplně ideální, sestry, které motivují nemocného ke spolupráci v péči o jeho zdravotní stav, sestry, které jsou si v týmu navzájem oporou a v neposlední řadě sestry, které jsou schopny to, co umí a znají, naučit ty kolegyně, které stojí teprve na začátku (29).

1.6.1 Intervence sestry v předoperační péči na kardiologickém oddělení

Předoperační péče začíná rozhodnutím lékaře o operaci nemocného a končí jeho převozem na operační sál. V této fázi hraje nejdůležitější roli příprava pacienta na operaci. To znamená hlavně zajištění předoperačních vyšetření, ale sestra nesmí zapomínat, že operace představuje zásah do organismu a to, jak po stránce somatické, tak i po stránce psychické, spirituální, sociální, ale i ekonomické. Úlohou sestry v předoperační péči je proto i zapojení pacienta do rozhodování, poskytnutí informací, prostoru pro kladení otázek a odpovědí na ně.

Cílem předoperačního vyšetření je zhodnocení celkového stavu pacienta, odhalit nebo určit přidružené choroby, které zvyšují rizikovost operace a zvážit možné komplikace antikoagulační léčby. Základním prvkem předoperačního vyšetření je kvalitně odebraná anamnéza. Ta je zaměřena na potíže, jejich charakter, intenzitu, trvání, závislost, stenokardie, palpitate, dušnost, klaudikace, synkopy, tělesnou výkonnost, dřívější operace, anestézie a komplikace s tím spojené, úrazy a jejich následky, alergie, pracovní a sociální anamnézu, gynekologická anamnézu u žen a farmakologickou anamnézu. Další sledovaná onemocnění na která se v průběhu odebrání anamnézy nesmí zapomenout jsou hypertenze, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin, diabetes mellitus, hormonální či metabolická onemocnění, tumory, plicní choroby, kouření, onemocnění zažívacího traktu, jaterní postižení, ledvinné choroby. Sestra musí pacienta seznámit s uspořádáním oddělení a denním harmonogramem. Zkontrolovat u něj předoperační vyšetření. Do těchto vyšetření patří EKG, Rtg, krevní tlak, koronarografické vyšetření, ECHO, standardní biochemické vyšetření krve a hematologické vyšetření, určení krevní skupiny, virové vyšetření, biochemické vyšetření moče, ultrazvukové vyšetření karotid. Další doplňující vyšetření mohou být určené ošetřujícím lékařem. Rozsah těchto vyšetření může být pozmeněn urgentností operace (7, 29).

Důležitá je i psychická příprava nemocného. Nemocný přichází do neznámého prostředí. Ví, že ho čeká náročná operace, má strach, je úzkostný. Sestra musí povzbuzovat pacienta, aby se ptal na vše, co mu není jasné. Dát pacientovi příležitost k verbalizaci strachu a úzkosti. Posoudit, čeho se bojí a jak moc se bojí . Zjistit, jaké postupy využívá pacient běžně ke snížení strachu a úzkosti. Psychický stav pacienta lze hodnotit i podle škály, kde se uvádí, zda je pacient klidný, mírně úzkostný, plačtivý, depresivní, pasivní atd. Sestra by měla umožnit kontakt s nejbližší rodinou, pokud to předoperační stav pacienta dovoluje. Sestra by měla pacientovi vysvětlit všechny pojmy, které pacient udává jako nesrozumitelné (14).

Již od prvního okamžiku v nemocnici je nezbytný vstřícný a laskavý přístup veškerého personálu. K psychické přípravě patří také důkladné seznámení pacienta s tím, kde bude výkon prováděn, s plánovanou dobou výkonu podle operačního rozpisu a s plánovaným návratem. Sestra musí zhodnotit jaké informace pacient o výkonu má, co

očekává. Dále sestra vysvětlí nemocnému průběh předoperační přípravy a seznámí ho s pooperačním průběhem. V rámci fyzické přípravy pacienta sestra zhodnotí schopnost pacienta porozumět instrukcím a jeho schopnost spolupráce. Musí správně informovat pacienta o nutnosti lačnění a vyprázdnění tlustého střeva, přípravu operačního pole a vhodné hygieně před operací. Poučí pacienta o nutnosti změny vyprazdňování v pooperačním období, zavedení močového katétru, podkládání podložní mísy. Nacvičuje a poučuje pacienta o nutnosti odkašlávání v pooperačním období. Pacientovi podává dostatek informací o pooperační imobilizaci jako je délka imobilizace, den mobilizace. Měla by nacvičit s pacientem pohyb, otáčení a posazování na lůžko. Podat pacientovi dostatek informací o projevech, zvládnání a tlumení pooperační bolesti (14).

V den operace je úkolem sestry hlavně uklidnit nemocného, zkontrolovat, zda od půlnoci nejedl, nepil a nakouřil a zda dodržel veškeré ordinace lékaře. Je důležité, aby nemocný před odchodem na operační sál odložil zubní protézu, protetické náhrady, kontaktní čočky, brýle, paruku, umělé oční řasy, naslouchací aparátky, hodinky, šperky, doklady či jiné cennosti. Sestra zajistí jejich uložení v trezoru. Zkontroluje také přípravu operačního pole. Těsně před odvozem na operační sál sestra poučí pacienta, aby se šel vymočit. Pak mu sestra dle ordinace anesteziologa podá premedikační léky, které usnadňují úvod do anestézie. Sestra nesmí zapomenout zdůraznit, že po premedikaci již pacient nesmí opustit lůžko. Na operační sál je nemocný dopraven na lůžko a sestra zodpovídá za veškerou dokumentaci, kterou musí mít pacient při převozu u sebe (1, 7,8, 23 ,29).

1.6.2 Intervence sestry v pooperační péči na kardiochirurgickém oddělení

Po kardiochirurgické operaci je nemocný převezen na resuscitační oddělení, kde je mu poskytována intenzivní pooperační péče. Všechny srdeční operace a obzvláště operace provázené komplikacemi vyžadují pooperační intenzivní péči. Zde je neustále monitorován a sledován. Cílem pooperační péče je u nemocného stabilizovat a optimalizovat jeho hemodynamiku, udržet bilanci tekutin minimalizovat bolest, pooperační stres a sledovat či případně korigovat krevní ztráty a odchylky v koagulaci. .

Pooperační stav nemocného je ovlivněn celou řadou faktorů. Patří sem např. průběh operace, předoperační postižení srdce, předoperační stav, přidružené choroby, komplikace aj. Základem péče a předcházení komplikací je neustálá a podrobná monitorace všech vitálních funkcí, jako jsou krevní tlak, EKG záznam, centrální žilní tlak, dechová frekvence, pulzní saturace, tělesná teplota, stav vědomí eventuelně srdeční výdej a hemodynamické parametry za pomoci Swan – Ganzova plicnicového katétru. Monitorují se též faktory hemokoagulace z důvodu možného pooperačního krvácení.

Sestra má v intenzivní péči o nemocného po operaci srdce nezastupitelné místo, neboť sebedokonalejší monitor nemůže nahradit zkušenou, vzdělanou a svědomitou sestru. Ta zajišťuje nepřetržité sledování a péči o nemocného po srdeční operaci. Kardiochirurgický pacient v pooperačním období vyžaduje neustálou přítomnost vyškoleného personálu. Na oddělení resuscitační péče má jedna sestra na starost jednoho pacienta, na kterého dohlíží v průběhu 24 hodin.

Jeden z cílů pooperační péče je postupně dovést pacienta k úspěšnému odvyknutí od ventilátoru a k extubaci za plného vědomí. Po extubaci může pacient za šest hodin po výkonu přijímat tekutiny perorálně. Během celého pooperačního období hraje velmi důležitou roli dechová rehabilitace. Aby mohl nemocný dobře provádět dechovou rehabilitaci, musí být dostatečně tlumena bolest v operační ráně. Ta je mnohdy velice silná. Z toho důvodu je často bolest tlumena pomocí podávání analgetik do epidurálního katétru. Zvládnutí bolesti, odvyknutí z ventilátoru a plné vědomí nemocného jsou některá kritéria pro překlad nemocného. Velkou roli v celém zotavovacím procesu hraje také komunikace a psychická podpora pacienta. Pooperační péče velmi ovlivňuje další stav pacienta a možnost jeho plného a včasného uzdravení.

Po stabilizaci stavu je nemocný přeložen na jednotku intenzivní péče první nebo druhý pooperační den. O překladu nemocného rozhoduje jeho ošetřující lékař. Sestra napíše ošetřovatelskou překládovou zprávu, odhlásí nemocného ze stravy a stavu pacientů a zajistí převoz nemocného na jednotku intenzivní péče (1, 7,8, 23 ,29).

1.6.3 Pooperační péče na jednotce intenzivní péče

V intenzivní péči o pacienta po operaci srdce je ke každému pacientovi přidělena jedna sestra. Ta zajišťuje péči formou ošetrovatelského procesu, zaměřuje se na splnění všech individuálních potřeb pacienta. Ten je z operačního sálu převážen na anesteziologicko – resuscitační oddělení či na oddělení intenzivní péče za kontinuálního monitorování přenosným monitorem. Intenzivní péče začíná přijetím pacienta na toto oddělení. Mezi hlavní činnosti sestry při ošetřování pacienta patří v první řadě přebrat ústně i písemně dokumentaci a další pokyny týkající se pacienta. Napojit ho na monitor a ventilátor u lůžka, napojit hrudní odsávání a připevnit močový sběrný sáček. Musí zajistit bezpečnost pacienta přidáním postranic na lůžko, vhodným polohováním pacienta. Musí monitorovat pacienta, jeho základní životní funkce, sledovat funkčnost drénů, množství a charakter odsátého obsahu. Sledovat a zaznamenávat množství a měrnou hmotnost moči a to obvykle po hodině pokud lékař neurčí jinak. Mezi další součásti péče patří aplikovat a zaznamenat infúzní a transfúzní terapii podle ordinace lékaře. Dle požadavku lékaře natočit EKG záznam, rtg snímek srdce a plic. Sledovat tělesnou teplotu, zde platí, že při teplotě pod 36 °C by se měla použít vyhřívací podložka. Dále se provádí kontrolní odběry krve hodinu po převzetí pacienta na oddělení. Sestra dle ordinace lékaře upravuje ventilační parametry, rychlost podávání předepsaných léků. Odsává pacienta dle potřeby nejdéle však po hodině. Musí kontrolovat ztráty z hrudního odsávání (při ztrátě nad 160 ml/ hod. informovat anesteziologa, při dalších ztrátách kontaktovat chirurga). Sestra musí kontrolovat a udržovat správnou polohu pacienta, kontrolovat operační ránu, převazy dělat podle ordinace lékaře za přísně aseptických podmínek. Aplikovat analgetika a jiné léky podle ordinace lékaře. Vykonávat u pacienta ranní a večerní toaletu. Snažit se mobilizovat pacienta od prvního dne po operaci (cvičení na posteli, posazování, sed v křesle, nácvik chůze). Po extubaci rehabilituje dýchání pacienta inhalací kyslíku přes inhalační masku, plíce lze procvičovat dýcháním proti odporu pomocí nafukovacího míče. Sestra by měla maximálně snížit riziko infekce, to znamená hlavně dodržovat zásady hygieny, hlavně hygieny rukou a při manipulaci se systémy používat rukavice. Péče na JIP zahrnuje dále sledování funkce trávicího traktu. Peristaltika se obvykle navrácí během dvou až tří dnů,

proto sestra kontroluje, zda se nemocný vyprázdnil či nikoli a uvědomí lékaře. V intenzivní péči je nejdůležitější jakékoli změny stavu pacienta hlásit lékaři. Všechny intervence sestra zaznamená do ošetrovatelské dokumentace. Při nekomplikovaném průběhu je po dalších 1 - 2 dnech nemocný překládán na standardní lůžkové oddělení (1, 7,8, 23 ,29).

1.6.4 Následná péče o pacienty po operaci srdce

Úlohou sestry v následné péči o pacienty po operaci srdce je převážně edukovat, zodpovídat veškeré dotazy, týkající se propuštění a další léčby. Musí si uvědomit, že období rekonvalescence není u všech nemocných stejné. Záleží na mnoha okolnostech, jako je rozsah operace, stáří, rychlost hojení, kondice před výkonem atd. Cílem rehabilitace (dále RHB) je návrat nemocného do plnohodnotného života. S RHB se začíná několik hodin po přijetí do nemocného a pokračuje v průběhu týdnů a měsíců po propuštění. Rehabilitace v průběhu hospitalizace zahrnuje pohybovou RHB s určením možnosti zátěže po propuštění, informace o nutnosti změny životního stylu, psychologickou pomoc a rady v socio – ekonomické oblasti (1, 7,8, 23 ,29).

Po propuštění nemocného má RHB formu buď organizovaných rehabilitačních skupin nebo formu lázeňského pobytu, popř. kombinaci obou.

Většina nemocných se vrací na svoji běžnou úroveň fyzické činnosti během 6 – 8 týdnů po operaci. Během těchto týdnů, ale zvláště krátce po propuštění nesmí nemocný své tělo přetěžovat nebo na ně klást vysoké a nepřiměřené nároky. Srdce se musí postupně připravit na to, aby zvládlo běžnou činnost. Nemocný musí být informován, že pokud by mu některá činnost způsobovala neobvyklou únavu, je třeba snížit stupeň zátěže a začít znovu a pomaleji. Při komplikacích musí navštívit praktického lékaře nebo konzultovat pracoviště, kde byl operován. Tuto edukaci musí sestra před propuštěním nemocného zajistit.

Pro ovlivnění dlouhodobé prognózy je třeba zásadně změnit životní styl. Období po akutním onemocnění je dobou, kdy je pacient nejvíce přístupný a ochotný spolupracovat. Sestra musí tohoto období využít a edukovat ho. Pro časnou rehabilitaci a komplexní sekundární prevenci jsou dobře zavedena lázeňská rehabilitační zařízení.

Sestra nemocného o využití této možnosti informuje. Pacient má možnost v příjemném lázeňském prostředí naučit se novému životnímu stylu. Do těchto zásad patří hlavně úprava stravy, pohybového režimu a protikuřácké intervence. Kouření patří mezi jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů. Riziko se zvyšuje s délkou doby kouření a s počtem vykouřených cigaret. Ženy jsou ohroženy stejně jako muži.

Prevence spočívá také ve změně stravovacích návyků. Platí zásada jíst častěji a v menších porcích, každé sousto dostatečně rozkousat. Součástí léčby je i dostatečná tělesná aktivita. Měl by převládat pohyb, kdy se střídá svalové uvolnění se svalovým stahem. Vhodnou tělesnou aktivitou je např. chůze, procházky v přírodě, jízda na kole, plavání. Řada nemocných po prodělaném onemocnění srdce přičítá hlavní podíl vzniku onemocnění stresu. Během psychické zátěže se zrychluje tepová frekvence, zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se metabolismus a zvyšuje se svalová činnost. Sestra musí nemocného edukovat o zásadách zvládnání stresu (1, 7,8, 23 ,29).

Sledování krevního tlaku patří mezi základní sekundární prevenci. (14)

2.Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit zda koresponduje očekávání s realitou práce sester na kardiologickém oddělení .

Cíl 2: Zjistit zda jsou sestry na kardiologickém oddělení spokojeny ve svém zaměstnání.

2.2.Hypotézy

H:1 Sestry na kardiologickém oddělení udávají, že práce splnila jejich původní očekávání

H:2 Sestry na kardiologickém oddělení jsou spokojeny ve svém zaměstnání.

3 .Metodika

3.1 Použité metody :

K dosažení cíle práce a ověření stanovených hypotéz byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Byl použit dotazník pro sestry, který byl sestaven na základě prostudování odborné literatury. Dotazník obsahoval celkem 13 otázek, které byly uzavřené, polouzavřené a otevřené. Prvních pět otázek bylo identifikačních, zbylé byly zaměřeny na očekávání sester při studiu a na konfrontaci s realitou práce po nástupu na oddělení. Dále byla zjišťována spokojenost sester pomocí škály, kdy 1 = velmi spokojena, 5 = velmi nespokojena. V polouzavřených otázkách měly sestry možnost se ke zvolené odpovědi vyjádřit. Dotazníky byly anonymní, jejich vyplňování zcela dobrovolné.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru:

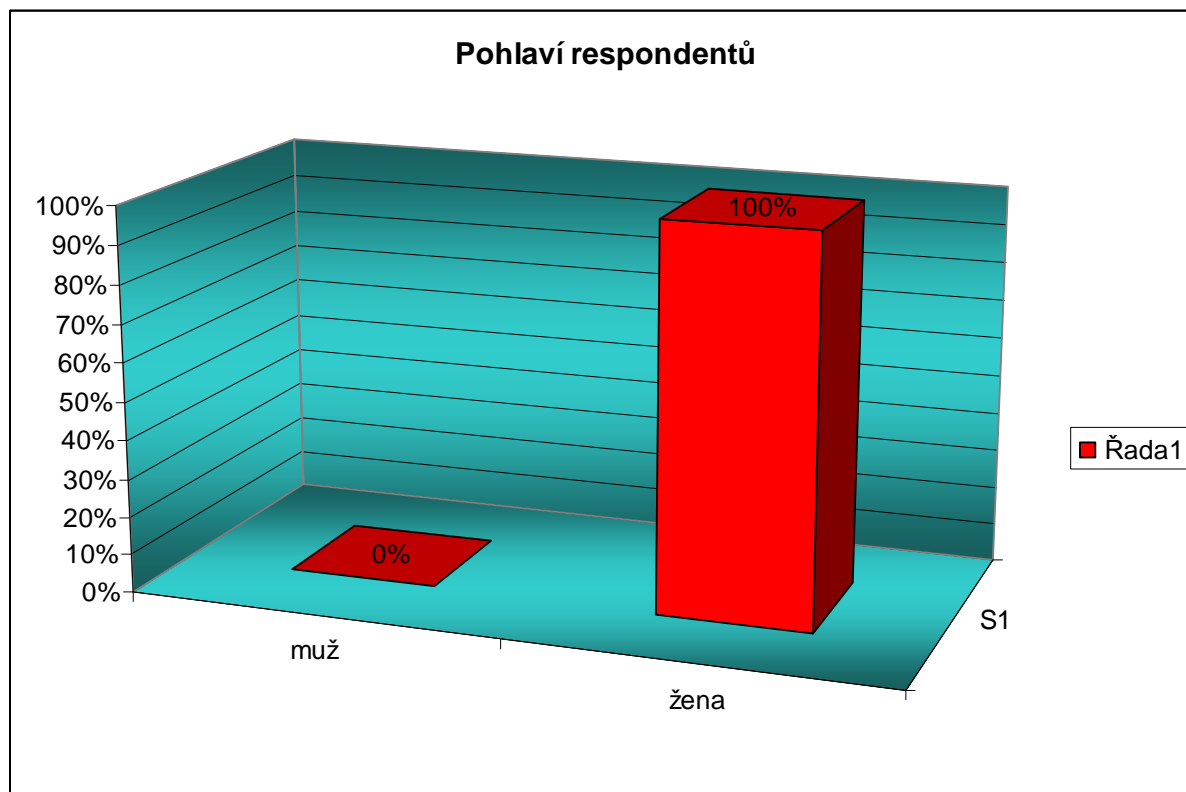
Dotazník byl určen sestrám, které pracují na kardiochirurgickém oddělení. Výzkum byl realizován v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně. Pro umožnění výzkumného šetření byla oslovena vrchní sestra Naděžda Dlábková.

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na kardiochirurgickém oddělení. Bylo rozdáno celkem 130 dotazníků na kardiochirurgické oddělení. Cílem bylo získání co největšího počtu respondentů pro objektivnost výsledků. Návratnost dotazníků byla 85 %. Vráceno bylo 110 dotazníků, z čehož však 10 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplnost údajů. Úplných vyplněných dotazníků ke zpracování bylo 100.

4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů

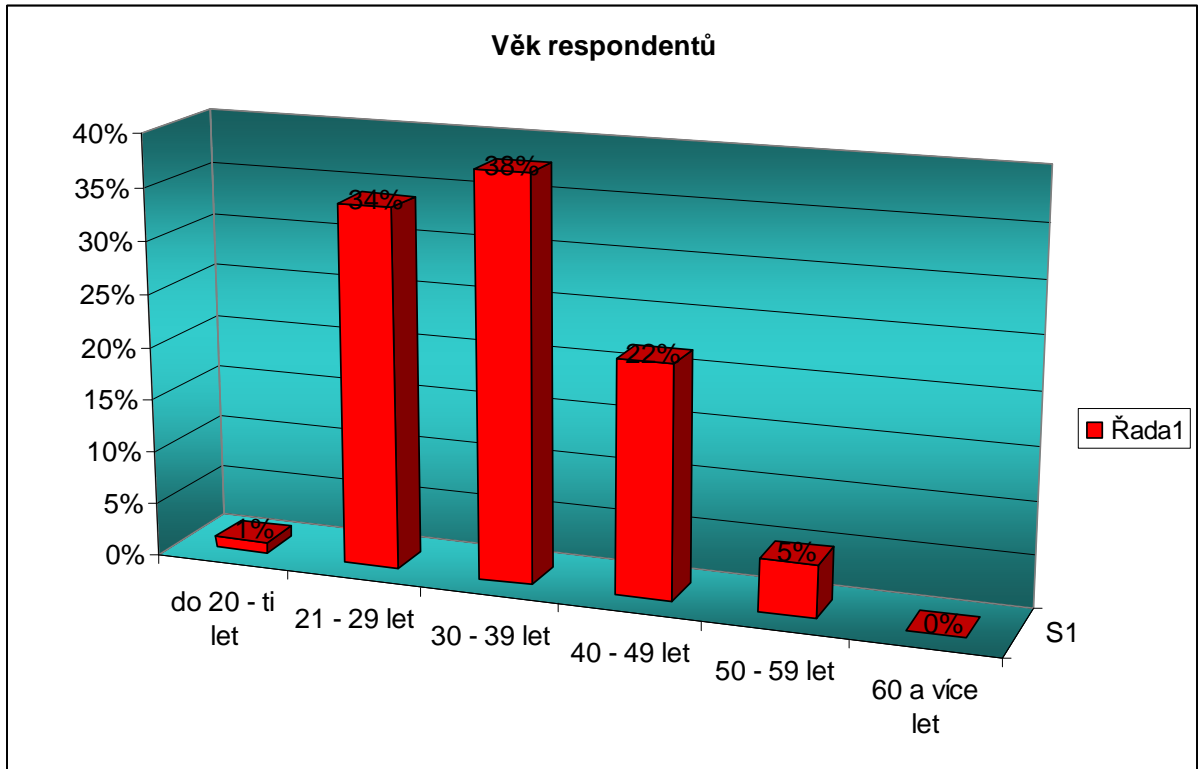
(Graf 1 k otázce 1)



Graf znázorňuje, že ze 100 sester na kardiokirurgickém oddělení je 100 žen (100 %) a žádný muž (0 %).

Graf 2 Věk sester pracujících na kardiologii

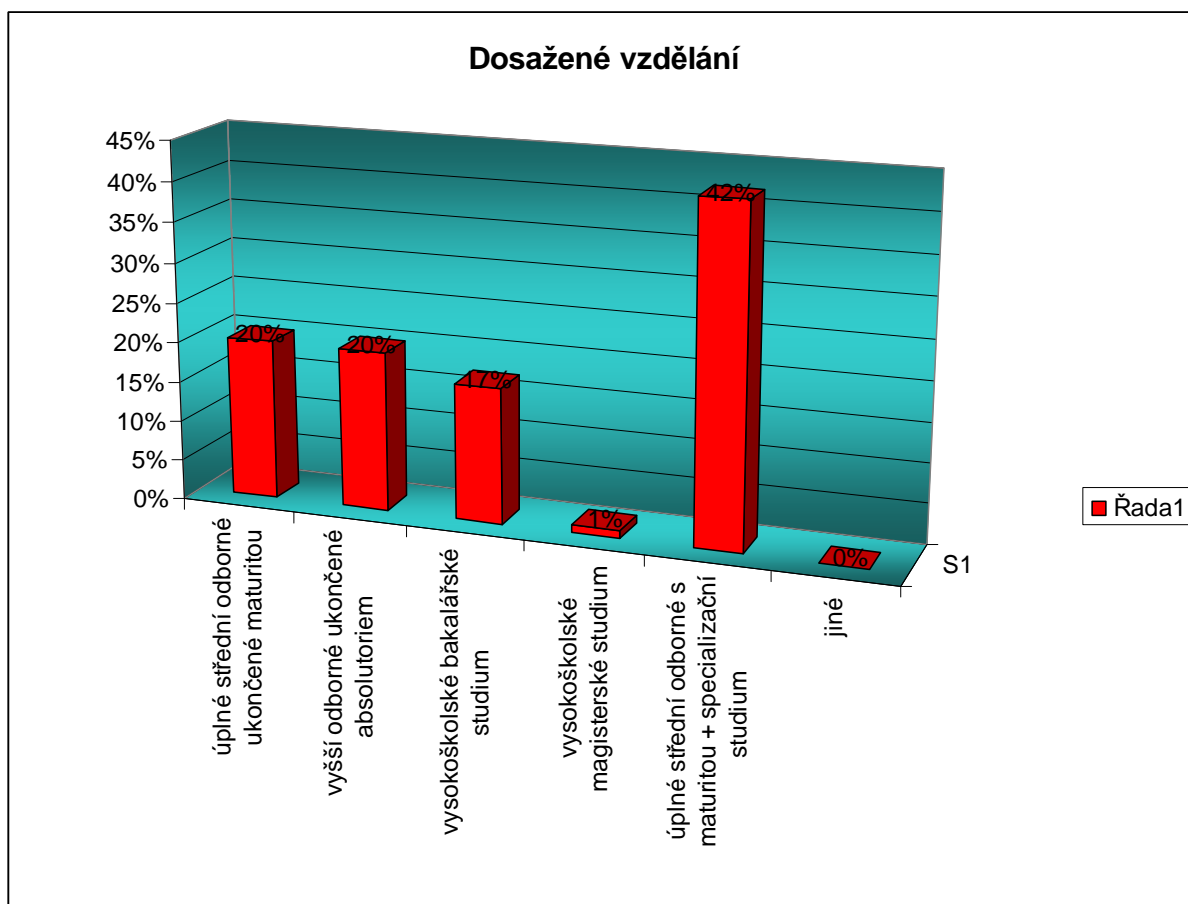
(Graf 2 k otázce 2)



Graf informuje o věku sester na kardiologickém oddělení. Ze sta sester na kardiologickém oddělení je 38 sester ve věku 30 – 39 let (38 %) , 34 sester ve věku 21 – 29 let (34 %) , 22 sester ve věku 40 – 49 let (22 %) , 5 sester ve věku 50 – 59 let (5 %) a pouze 1 sestra ve věku do 20 – ti let (1 %) . Na kardiologickém oddělení nepracuje žádná sestra ve věku 60 a více let (0 %) .

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester na kardiokirurgickém oddělení

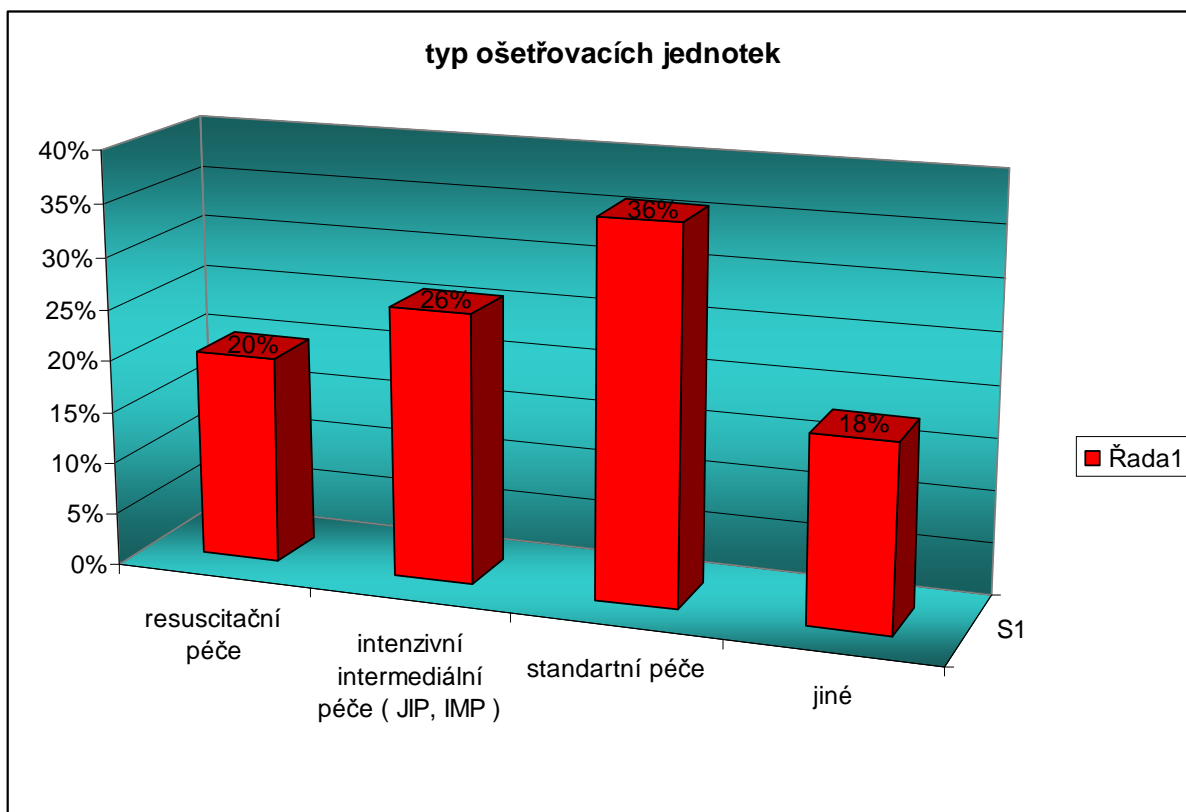
(Graf 3 k otázce 3)



Graf znázorňuje, že ze sta sester na kardiokirurgickém oddělení má 42 sester má úplné střední odborné vzdělání s maturitou a specializační studium (42 %), 20 sester má úplné střední odborné vzdělání ukončené maturitou (20 %), 20 sester má vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem (20 %), 17 sester má bakalářské vysokoškolské vzdělání (17 %), 1 sestra má vysokoškolské magisterské studium (1 %) a žádná sestra nemá jiné vzdělání (0 %).

Graf 4 Zastoupení sester dle ošetrovací jednotky

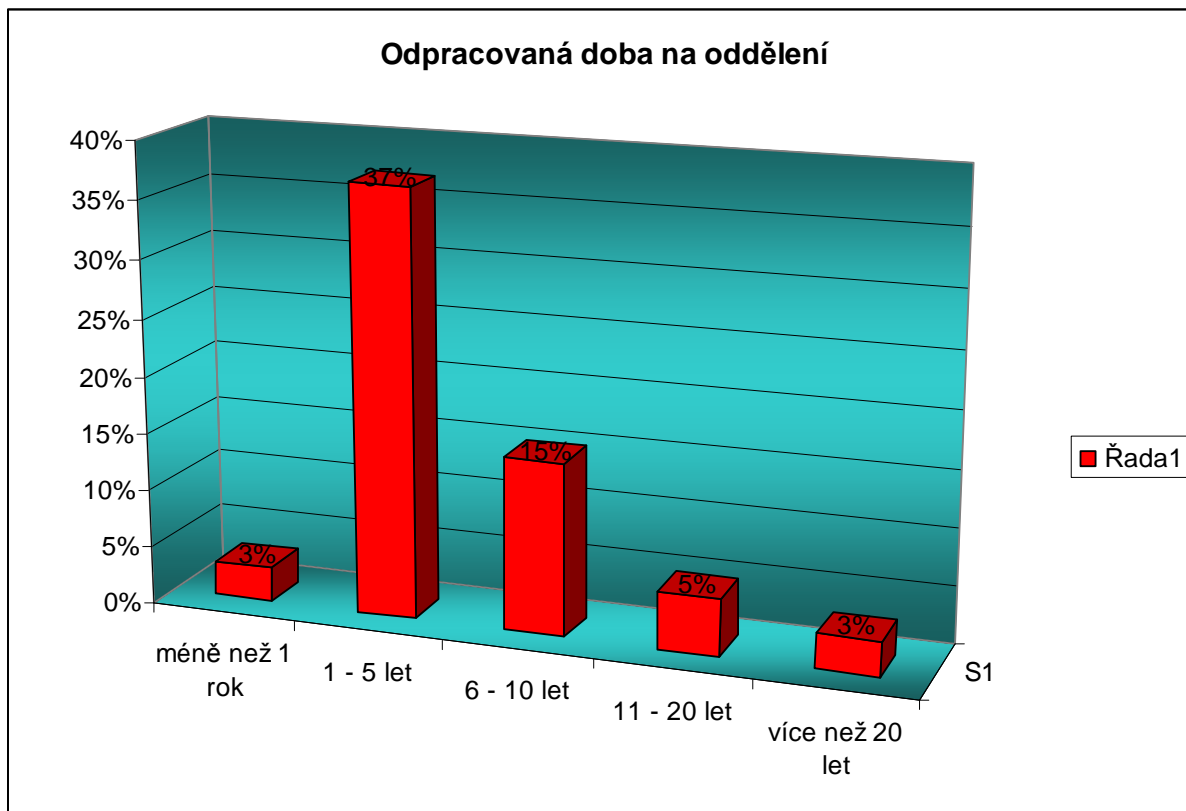
(Graf 4 k otázce 4)



Graf znázorňuje rozložení sester na ošetrovacích jednotkách, ze sta sester na kardiochirurgickém oddělení jich 36 pracuje na standardní péči (36 %) , 26 na intenzivní intermediální péči (26 %) , 20 na resuscitační jednotce (20 %) a 18 sester na jiném typu jednotky (např. na operačním sále) což je 18 %.

Graf 5 Délka praxe sester na kardiologickém oddělení

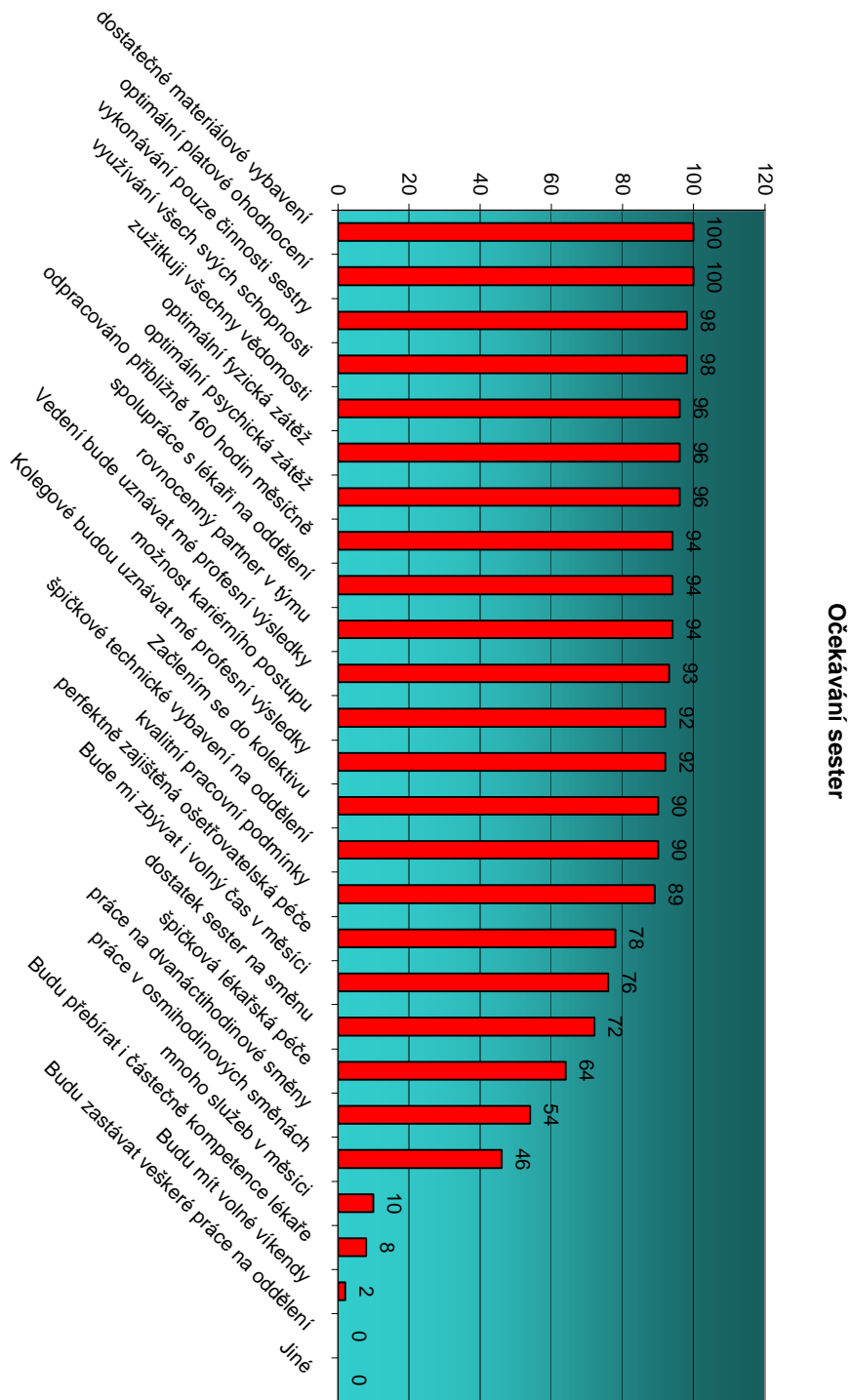
(Graf 5 k otázce 5)



Graf popisuje délku praxe sester na kardiologickém oddělení. Ze sta sester na kardiologickém oddělení 37 (37 %) sester pracuje na oddělení 1 až 5 let, 15 sester zde pracuje 6 – 10 let (15 %), 5 (5 %) sester 11 – 20 let, 3 (3 %) sestry méně než 1 rok a 3 sestry (3 %) déle než 20 let.

Graf 6 Očekávání sester před nástupem na oddělení

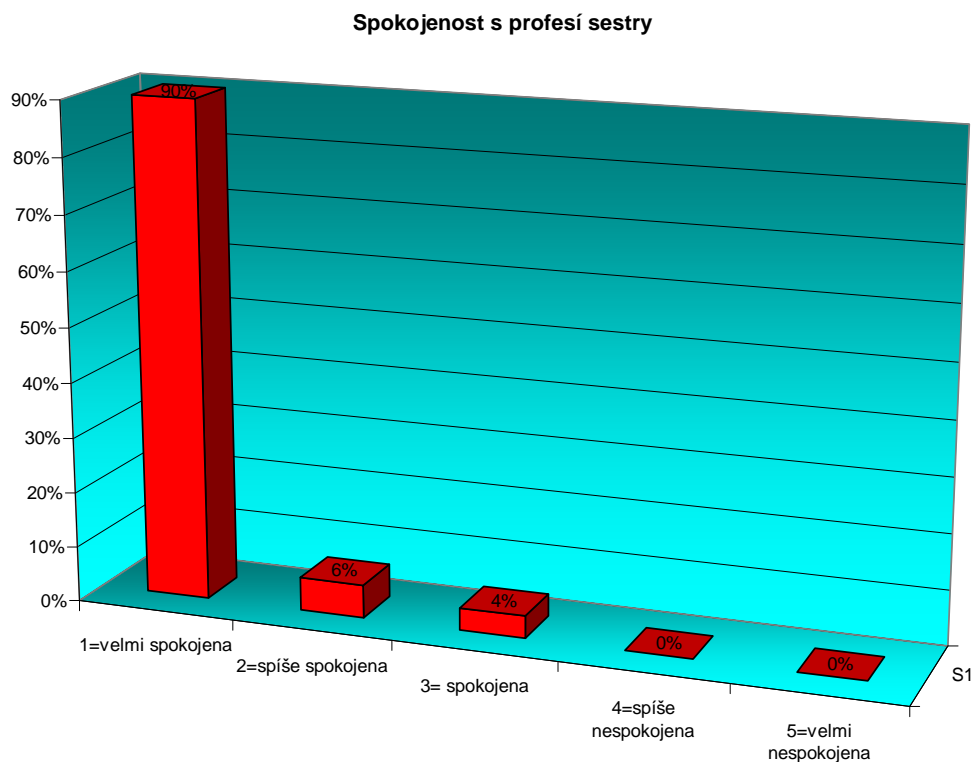
(Graf 6 k otázce 6)



Graf znázorňuje četnost odpovědí sester na otázku, co očekávaly před nástupem na oddělení. Že bude na oddělení dostatečné materiálové vybavení očekávalo všech 100 sester. Optimální platové ohodnocení očekávalo také všech 100 sester. 98 sester očekávalo, že budou vykonávat pouze činnosti sestry a že budou na oddělení využívat všechny své schopnosti v rámci péče o pacienta. 96 sester očekávalo, že na oddělení využijí všechny vědomosti ze studia, optimální fyzickou zátěž a optimální psychickou zátěž. . 94 sester očekávalo, že budou mít odpracovaných přibližně 160 hodin měsíčně, budou spolupracovat s lékaři na oddělení a budou rovnocenným partnerem v týmu. Že vedení bude uznávat jejich profesní výsledky očekávalo 93 sester. 92 sester očekávalo, že budou mít možnost kariérního postupu a uznání ze strany kolegů. Začlenění se do kolektivu a špičkové technické vybavení na oddělení očekávalo 90 sester. 89 sester očekávalo, že budou na oddělení kvalitní pracovní podmínky. Perfektně zajištěnou ošetrovatelskou péči na oddělení očekávalo 78 sester. 76 sester očekávalo, že jim bude zbývat i volný čas v měsíci pouze pro ně. Že bude na oddělení dostatek sester na směnu očekávalo 72 sester. 64 sester zvolilo možnost, že očekávaly špičkovou lékařskou péči a 54 sester očekávalo práci na dvanáctihodinové směny. V osmihodinových směnách očekávalo svou práci 46 sester. 10 sester očekávalo, že bude mít mnoho služeb v měsíci, 8 sester očekávalo, že budou přebírat i částečně kompetence lékaře. A 2 sestry očekávaly, že budou mít volné víkendy.

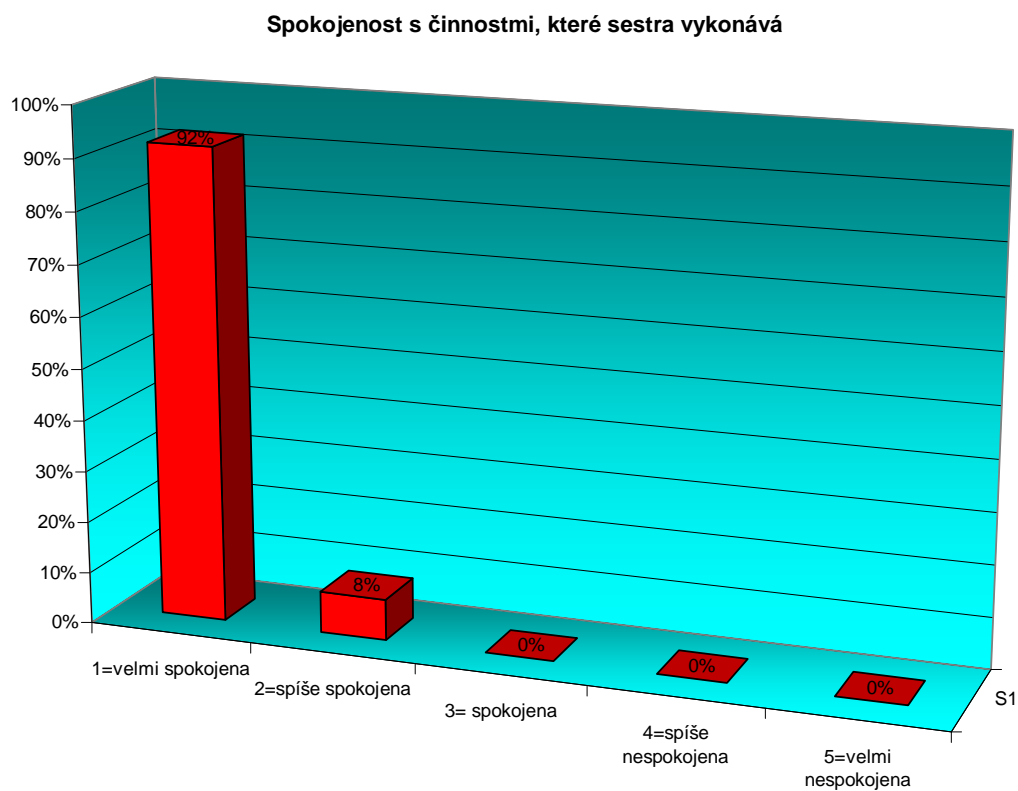
Graf 7 Spokojenost sester na kardiochirurgickém oddělení s profesí sestry

(Graf 7 k otázce 7)



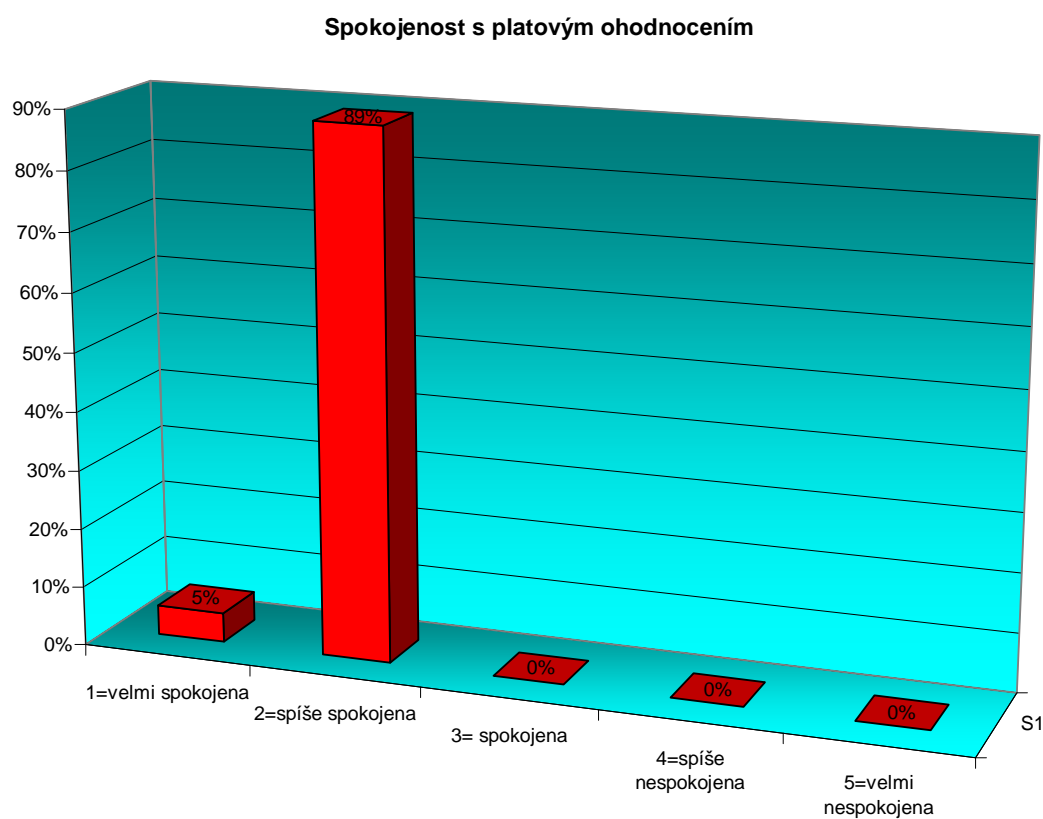
Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 90 sester (90 %) s profesí sestry velmi spokojeno, 6 sester (6 %) je spíše spokojeno a 3 sestry (3 %) jsou se svou profesí spokojeny. Žádná sestra není spíše nespokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 8 Spokojenost sестer s činnostmi na oddělení
(Graf 8 k otázce 7)



Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 92 sester (92 %) s činnostmi, které na oddělení vykonávají velmi spokojeno a 8 sester (8 %) je spíše spokojeno. Žádná sestra není spokojena, spíše nespokojena ani velmi nespokojena (0 %).

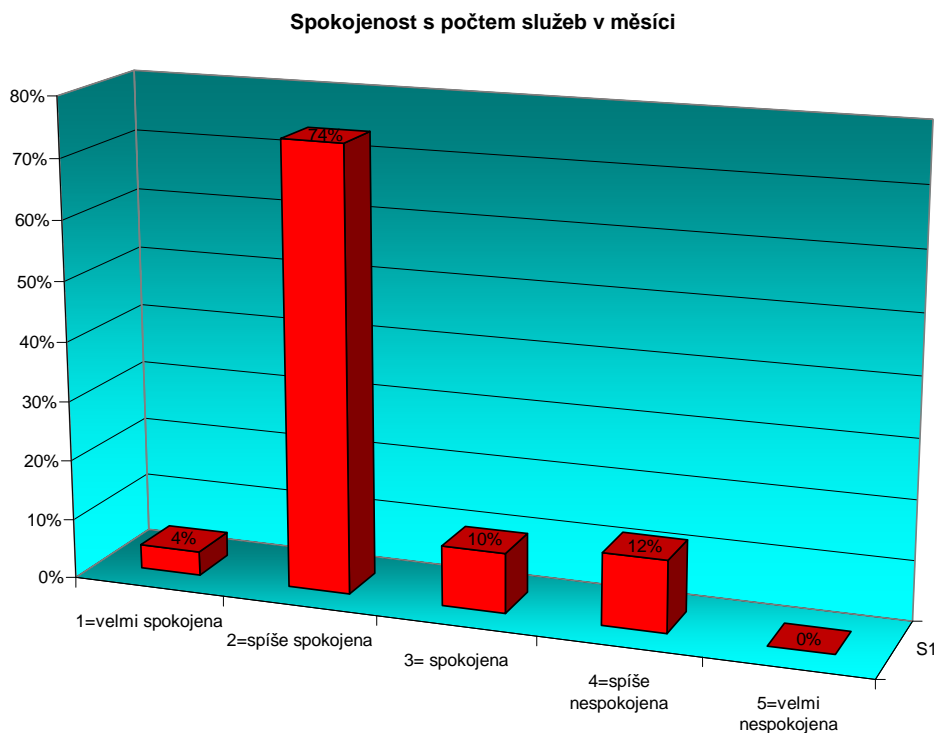
Graf 9 Spokojenost s platovým ohodnocením
(Graf 9 k otázce 7)



Graf ukazuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 89 sester (89 %) s platovým ohodnocením spíše spokojeno, 6 sester (6 %) spíše nespokojeno a 5 sester (5 %) je velmi spokojeno. Žádná sestra není s platovým ohodnocením spokojena, spíše nespokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 10 Spokojenost s počtem služeb v měsíci

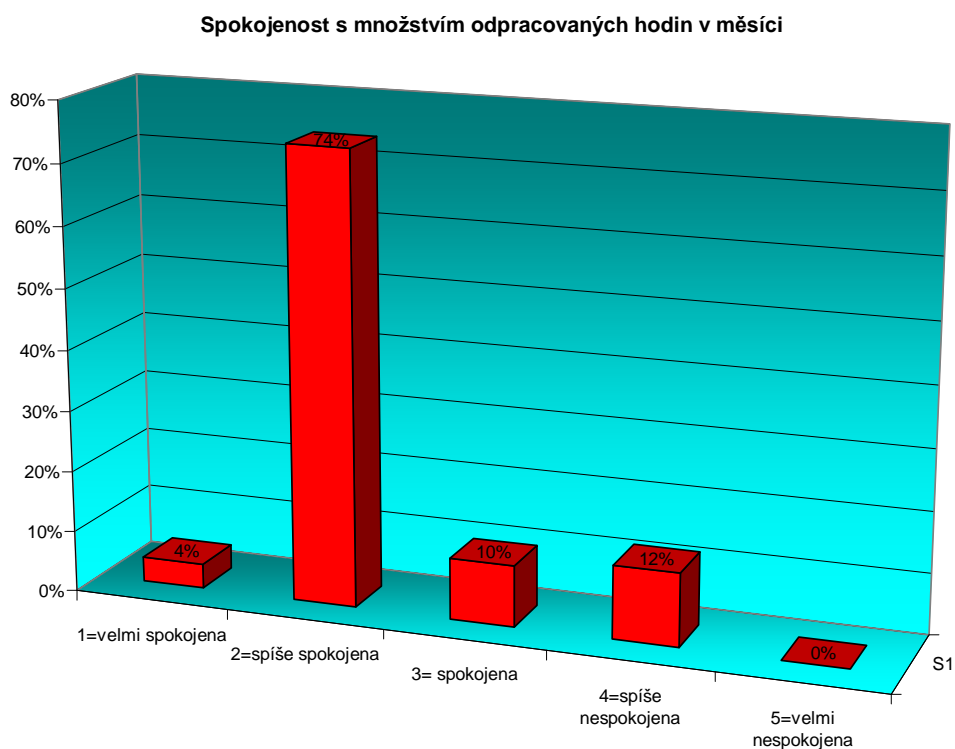
(Graf 10 k otázce 7)



Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 74 sester (74 %) s množstvím služeb v měsíci spíše spokojeny, 12 sester (12 %) spíše nespokojeno, 10 sester (10 %) je spokojeno a 4 sestry (4 %) jsou velmi spokojeny. Žádná sestra není velmi nespokojena (0 %).

Graf 11 Spokojenost sester s množstvím odpracovaných hodin

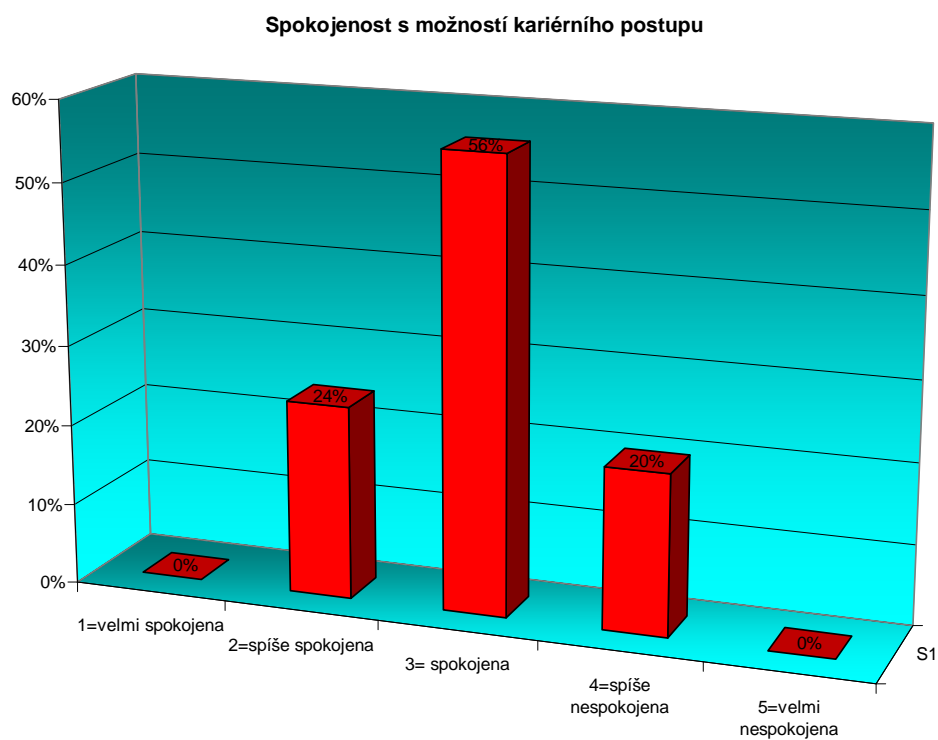
(Graf 11 k otázce 7)



Graf informuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 74 sester (74 %) s množstvím odpracovaných hodin v měsíci spíše spokojeno, 12 sester (12 %) spíše nespokojeno, 10 sester (10 %) je spokojeno a 4 sestry (4 %) jsou velmi spokojeny. Žádná sestra není velmi nespokojena (0 %).

Graf 12 Spokojenost sестer s možností kariérního postupu

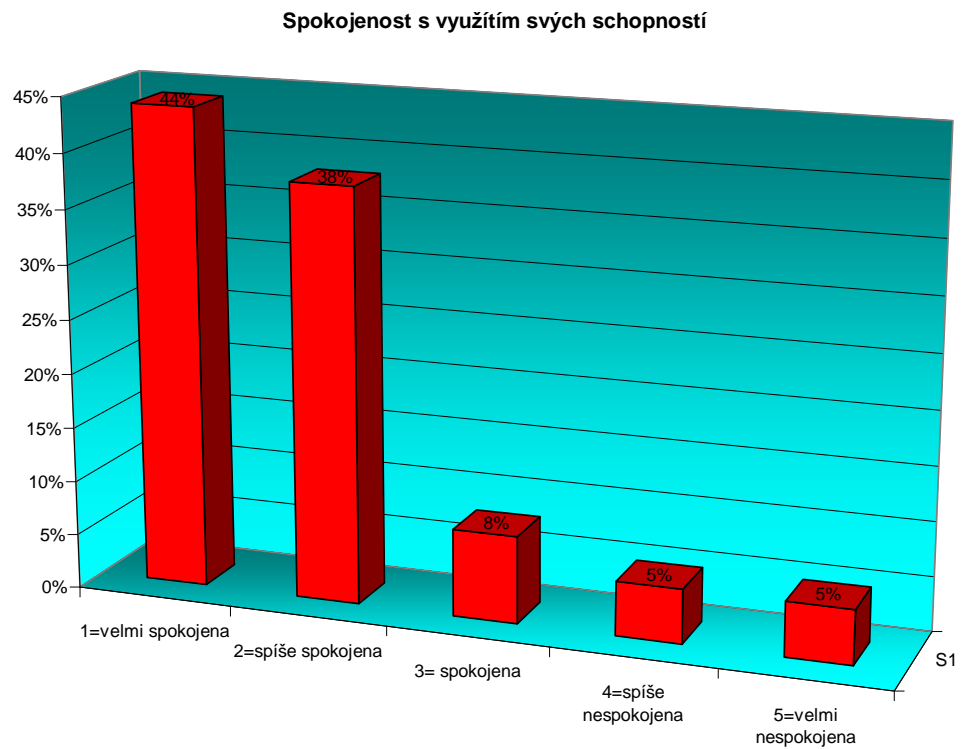
(Graf 12 k otázce 7)



Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 56 sester (56 %) s možností kariérního postupu spokojeno, 24 sester (24 %) jsou spíše spokojeny a 20 sester (20%) je spíše nespokojeno. Žádná sestra není ani velmi spokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 13 Spokojenost s využitím svých schopností

(Graf 13 k otázce 7)



Graf informuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 44 sester (44 %) s využitím svých schopností velmi spokojeno, 38 sester (38 %) spíše spokojeno, 8 sester (8 %) je spokojeno, 5 sester (5 %) je spíše nespokojeno a 5 sester (5 %) je velmi nespokojeno.

Graf 14 Spokojenost s využitím získaných vědomostí ze studia

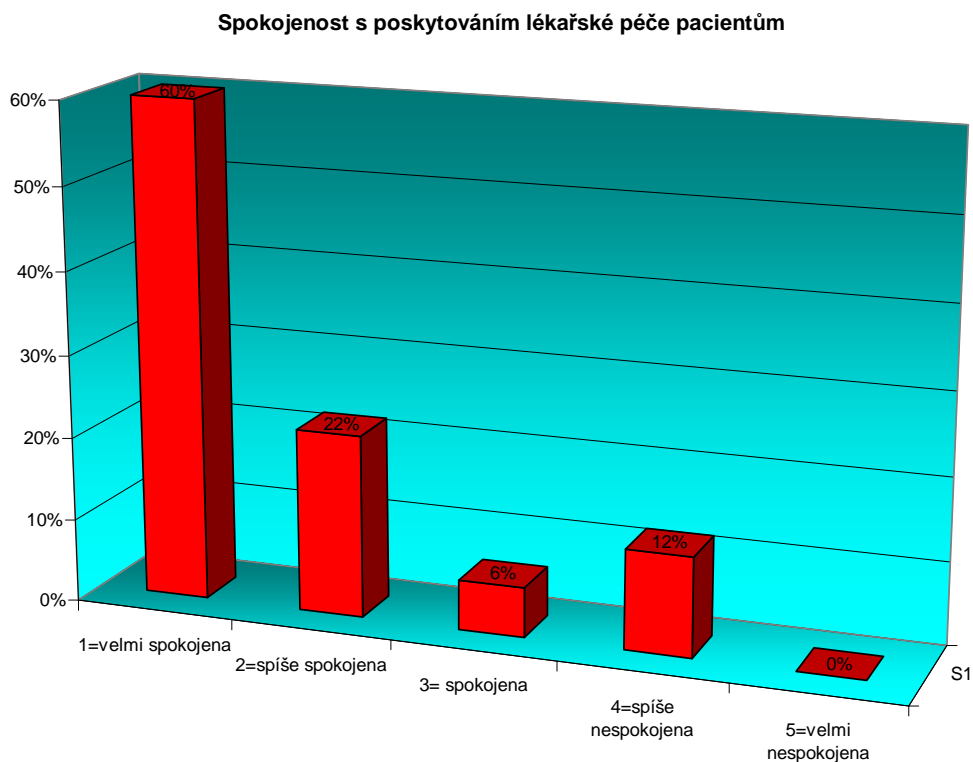
(Graf 14 k otázce 7)



Graf ukazuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 70 sester (70 %) s využitím získaných vědomostí ze studia velmi spokojena, 13 sester (13 %) je spíše spokojena, 10 sester (10 %) je spíše nespokojena, 7 sester (7 %) je spokojena a 5 sester (5 %) je velmi nespokojena. Žádná sestra není velmi nespokojena (0 %).

Graf 15 Spokojenost sester s poskytováním lékařské péče pacientům

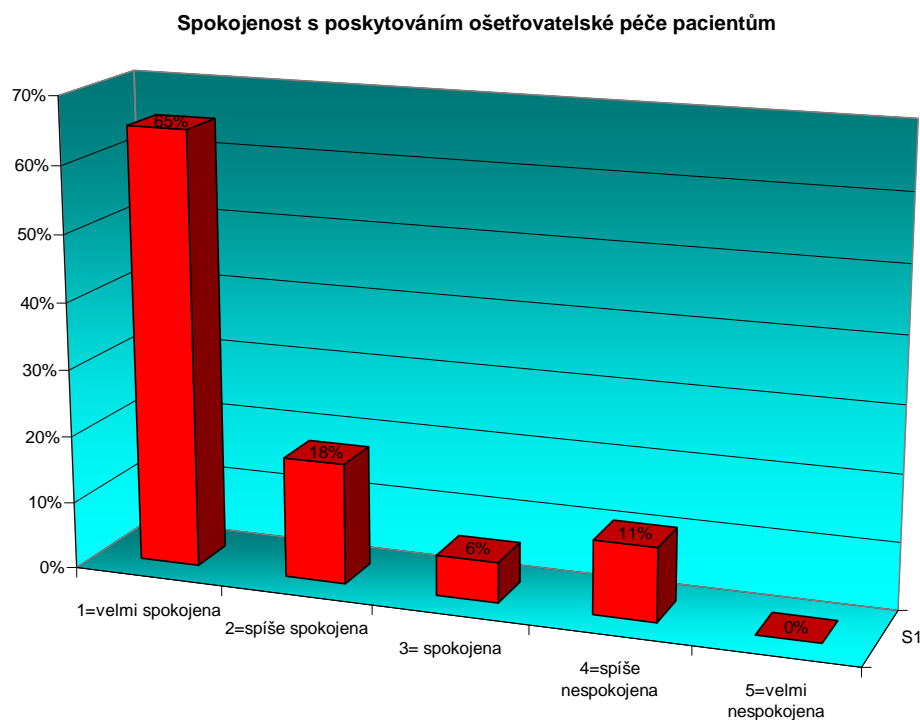
(Graf 15 k otázce 7)



Graf popisuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 60 sester (60 %) s poskytováním lékařské péče pacientům velmi spokojeno, 22 sester (22 %) je spíše spokojeno, 12 sester (12 %) je spíše nespokojeno a 6 sester (6 %) je s poskytováním lékařské péče pacientům spokojeno. Žádná sestra není velmi nespokojena (0 %).

Graf 16 Spokojenost s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům

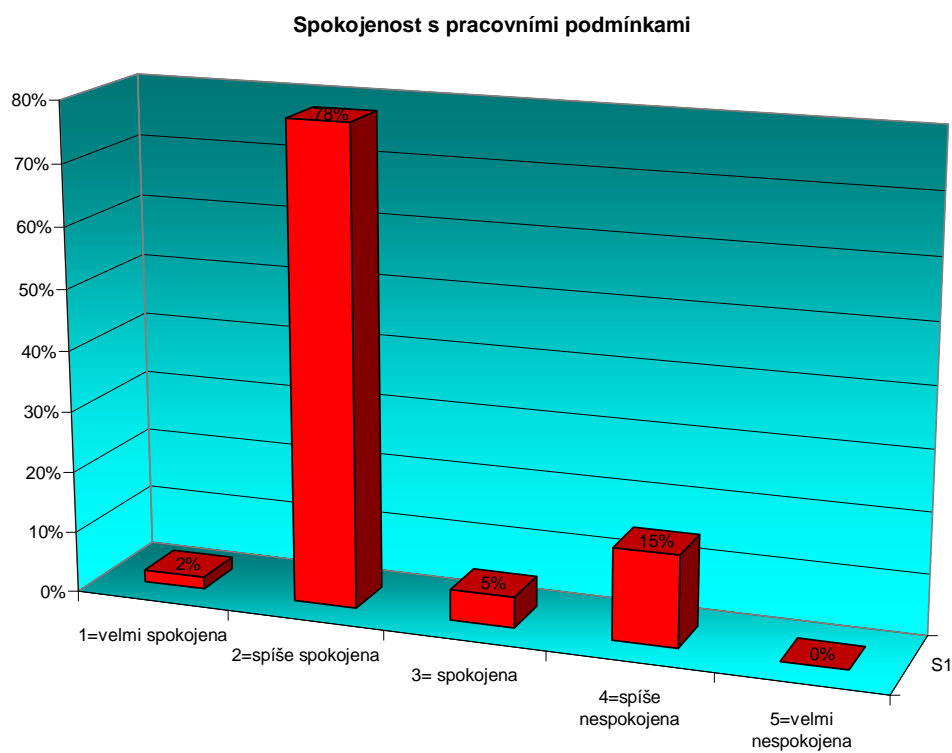
(Graf 16 k otázce 7)



Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 65 sester (65 %), že jsou s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům velmi spokojeno, 18 sester (18 %) je spíše spokojeno, 11 sester (11 %) je spíše nespokojeno a 6 sester (6 %) je spokojeno. Žádná sestra není velmi nespokojena (0 %).

Graf 17 Spokojenost s pracovními podmínkami

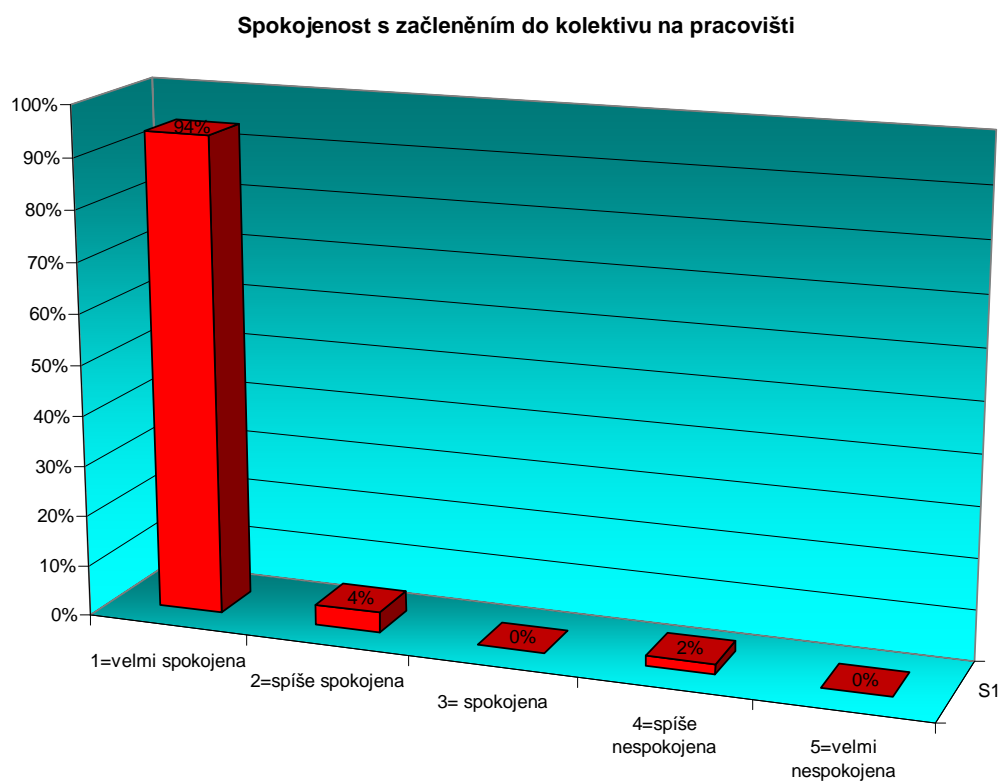
(Graf 17 k otázce 7)



Graf ukazuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 78 sester (78 %) s pracovními podmínkami na oddělení spíše spokojeno, 15 sester (15 %) je spíše nespokojeno, 5 sester (5 %) je spokojeno a 2 sestry (2 %) jsou velmi spokojeny. Žádná sestra není s pracovními podmínkami velmi nespokojena (0 %).

Graf 18 Spokojenost s začleněním do kolektivu na pracovišti

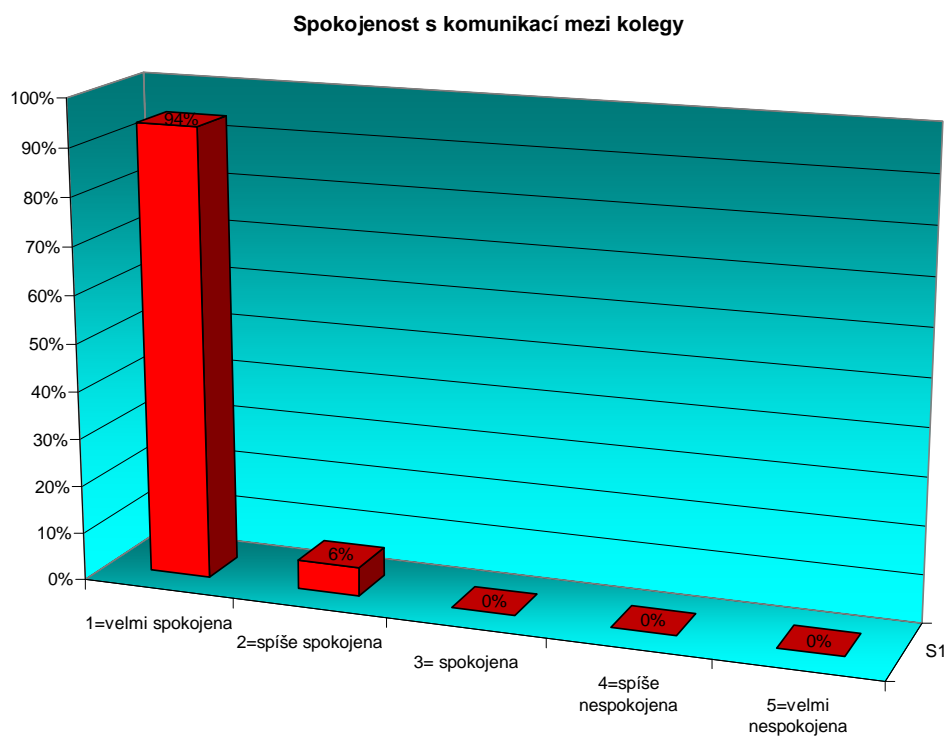
(Graf 18 k otázce 7)



Graf informuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 94 sester (94 %) se začleněním do kolektivu na pracovišti velmi spokojeno, 4 sestry (4 %) jsou spíše spokojeny a 2 sestry (2 %) jsou spíše nespokojeny. Žádná sestra není spokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 19 Spokojenost sester s komunikací mezi kolegy

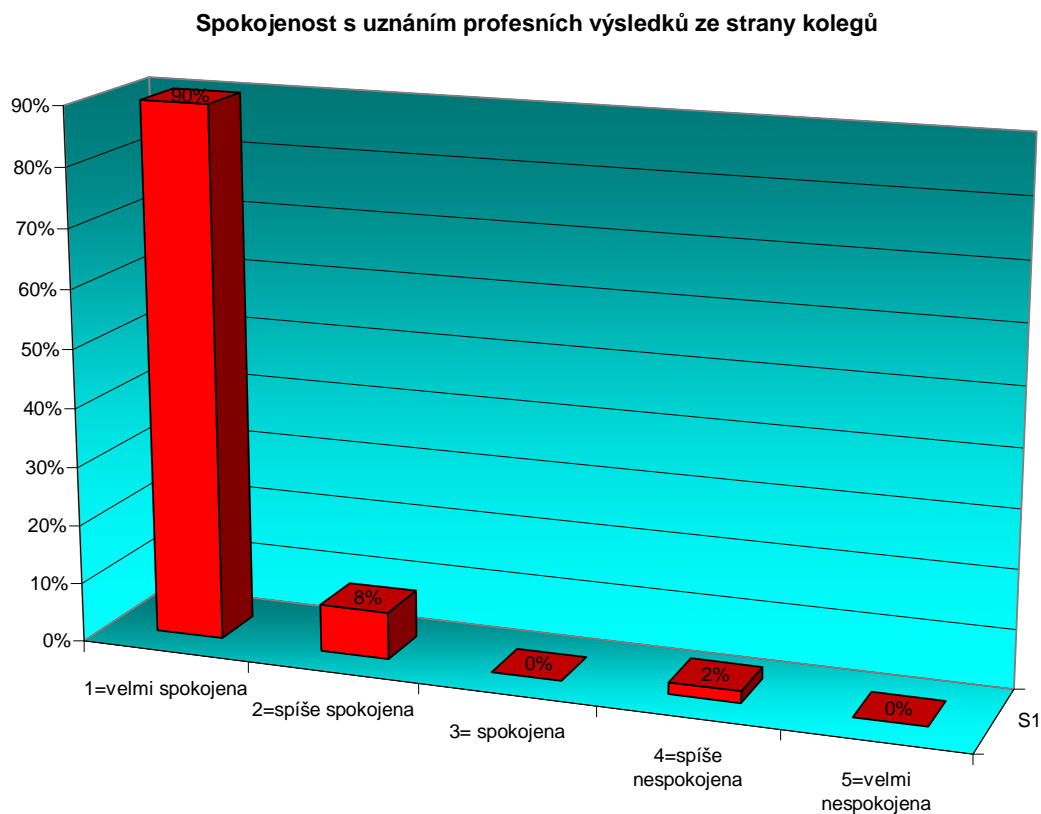
(Graf 19 k otázce 7)



Graf ukazuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 94 sester (94 %) s komunikací mezi kolegy velmi spokojeno a 6 sester (6 %) je spíše spokojeno. Žádná sestra není spokojena, spíše nespokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 20 Spokojenost sester s uznáním profesních výsledků ze strany kolegů

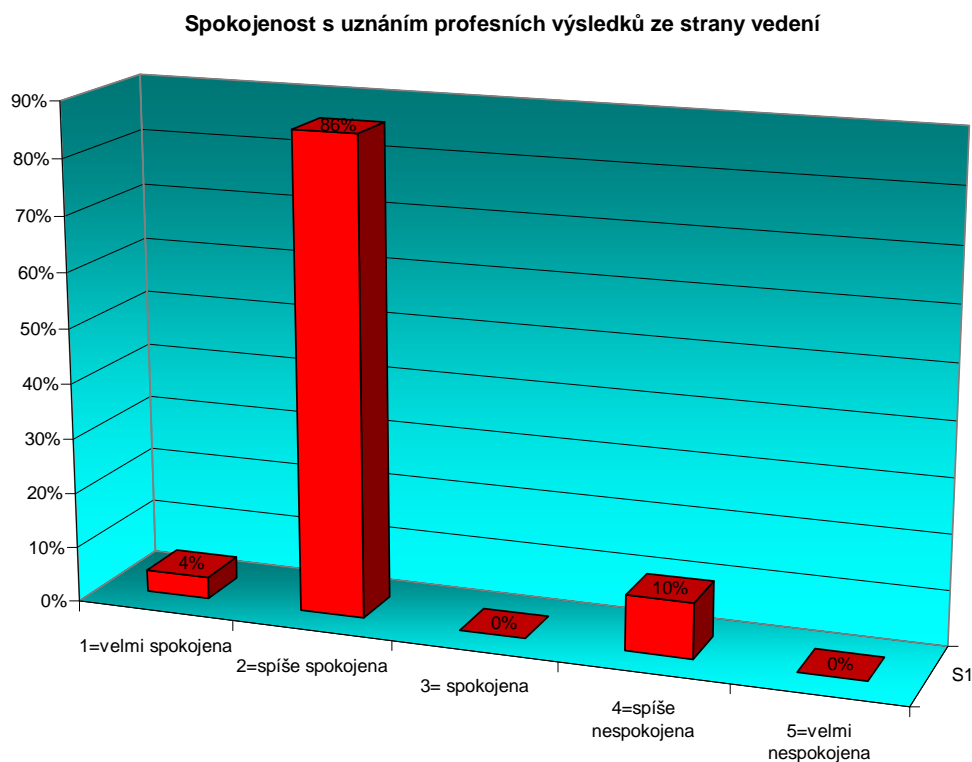
(Graf 20 k otázce 7)



Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontaci s realitou práce sestry je 90 sester (90 %) s uznáním profesních výsledků ze strany kolegů velmi spokojeno, 8 sester (8 %) je spíše spokojeno a 2 sestry (2 %) jsou spíše nespokojeny. Žádná sestra není spokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 21 Spokojenost s uznáním profesních výsledků ze strany vedení

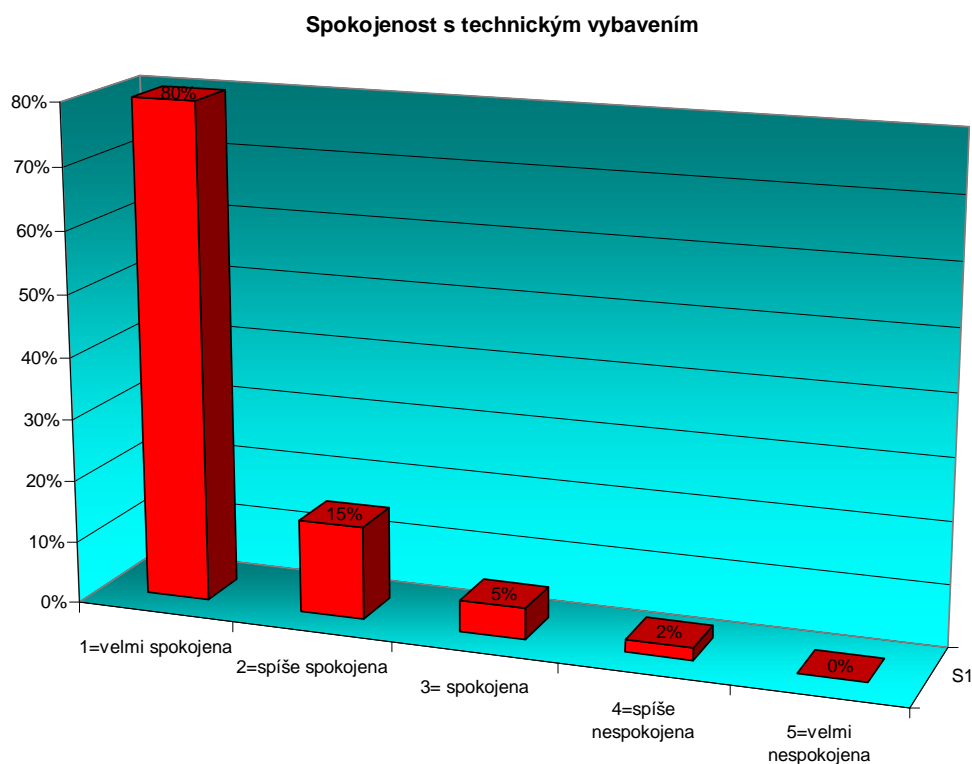
(Graf 21 k otázce 7)



Graf ukazuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 86 sester (86 %) s uznáním profesních výsledků ze strany vedení spíše spokojeno, 10 sester (10 %) je spíše nespokojeno a 4 sestry (4 %) jsou velmi spokojeny. Žádná sestra není spokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 22 Spokojenost s technickým vybavením

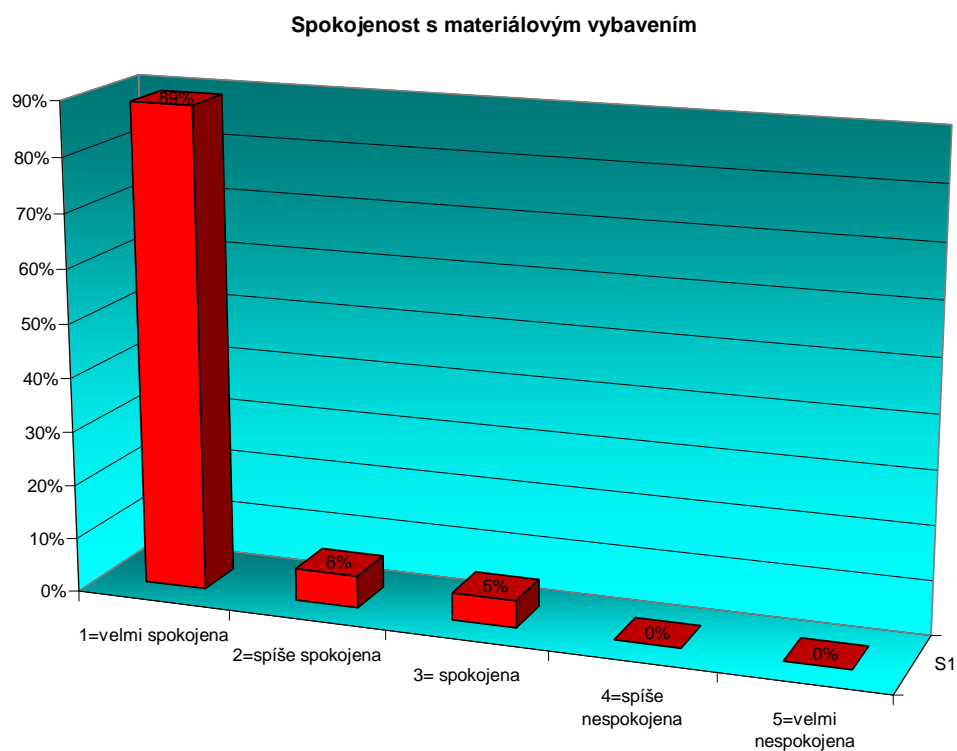
(Graf 22 k otázce 7)



Graf ukazuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 80 sester (80 %) s technickým vybavením na pracovišti velmi spokojeno, 15 sester (15 %) je spíše spokojeno, 5 sester (5 %) je spokojeno a 2 sestry (2 %) jsou spíše nespokojeny. Žádná sestra není velmi nespokojena (0 %).

Graf 23 Spokojenost s materiálovým vybavením

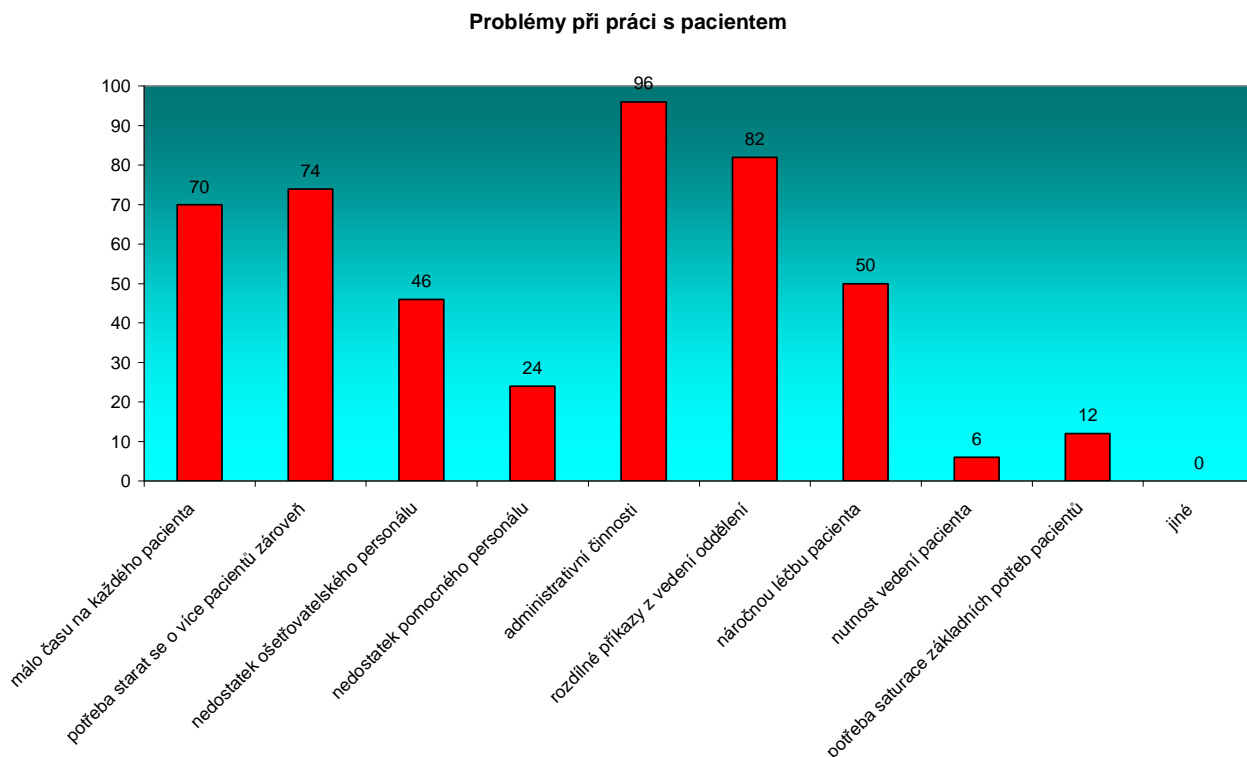
(Graf 23 k otázce 7)



Graf znázorňuje, že po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce sestry je 89 sester (89 %) s materiálovým vybavením na oddělení velmi spokojeno, 6 sester (6 %) je spíše spokojeno a 5 sester (5 %) je spokojeno. Žádná sestra není spíše nespokojena ani velmi nespokojena (0 %).

Graf 24 Největší problém při péči o pacienta z pohledu sestry

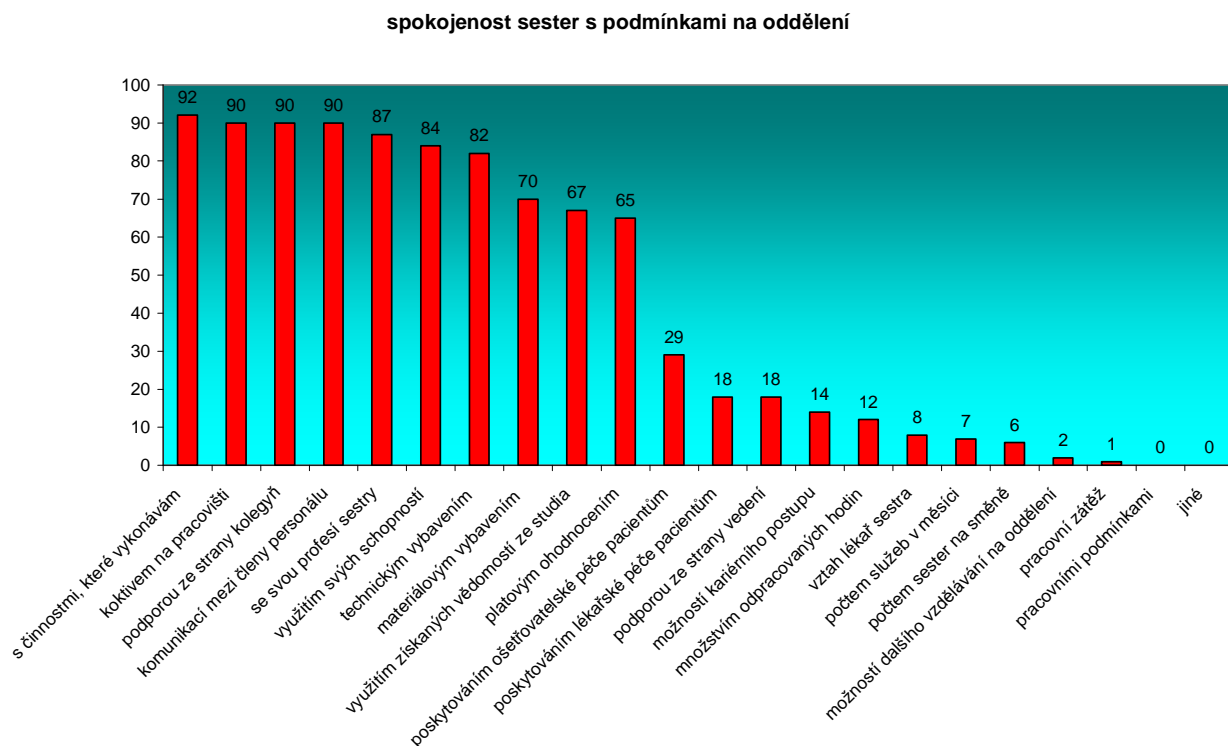
(Graf 24 k otázce 8)



Graf znázorňuje četnost odpovědí sester, z kterých vyplývá, že jako největší problém při své práci s pacientem vidí sestry administrativní činnosti. Tuto možnost udalo 96 sester. 82 sester vidí největší problém v rozdílných příkazech z vedení oddělení, 74 sester potřebu starat se o více pacientů zároveň. 70 sester udalo nedostatek času na pacienta. Náročnou léčbu pacienta udalo 50 sester. 46 sester zvolilo možnost nedostatek ošetrovatelského personálu a 24 nedostatek pomocného personálu. Potřeba saturovat pacientovi základní potřeby a na ty vyšší už pak sestřám nezbyvá čas vidí jako problém 12 sester. Nutnost vedení pacienta udalo 6 sester.

Graf 25 Největší spokojenost sester na kardiokirurgii s podmínkami na oddělení

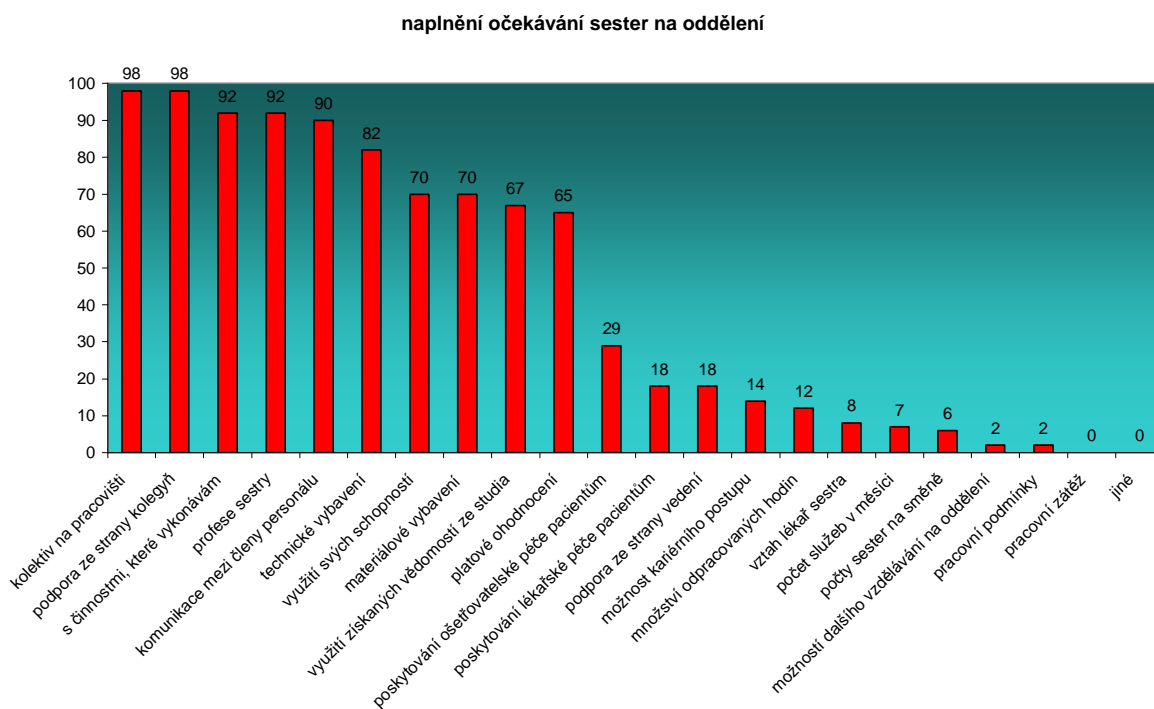
(Graf 25 k otázce 9)



Graf znázorňuje četnost odpovědí sester, z kterých vyplývá, že sestry jsou na oddělení nejvíce spokojeny s činnostmi, které na oddělení vykonávají. Tuto možnost označilo 92 sester. 90 sester označilo kolektiv na pracovišti, podporu ze strany kolegů a komunikaci mezi členy personálu. 87 sester označilo, že jsou nejvíce spokojeny s vlastní profesí sestry, 84 s využitím jejich schopností. 82 sester označilo technické vybavení, 70 materiálové vybavení. 67 sester udává, že jsou nejvíce spokojeny s využitím získaných vědomostí ze studia, 65 s platovým ohodnocením, 29 s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům, 18 s poskytováním lékařské péče pacientům a podporou ze strany vedení, 14 s možnostmi kariérního postupu, 12 s množstvím odpracovaných hodin v měsíci. 8 sester označilo vztah lékař – sestra, 7 počet služeb v měsíci, 6 počet sester na směně, 2 možnost dalšího vzdělávání na oddělení a 1 pracovní zátěž. Možnost pracovní podmínky a jiné nebyla označena (0 %).

Graf 26 Naplnění očekávání sester při práci na oddělení

(Graf 26 k otázce 10)

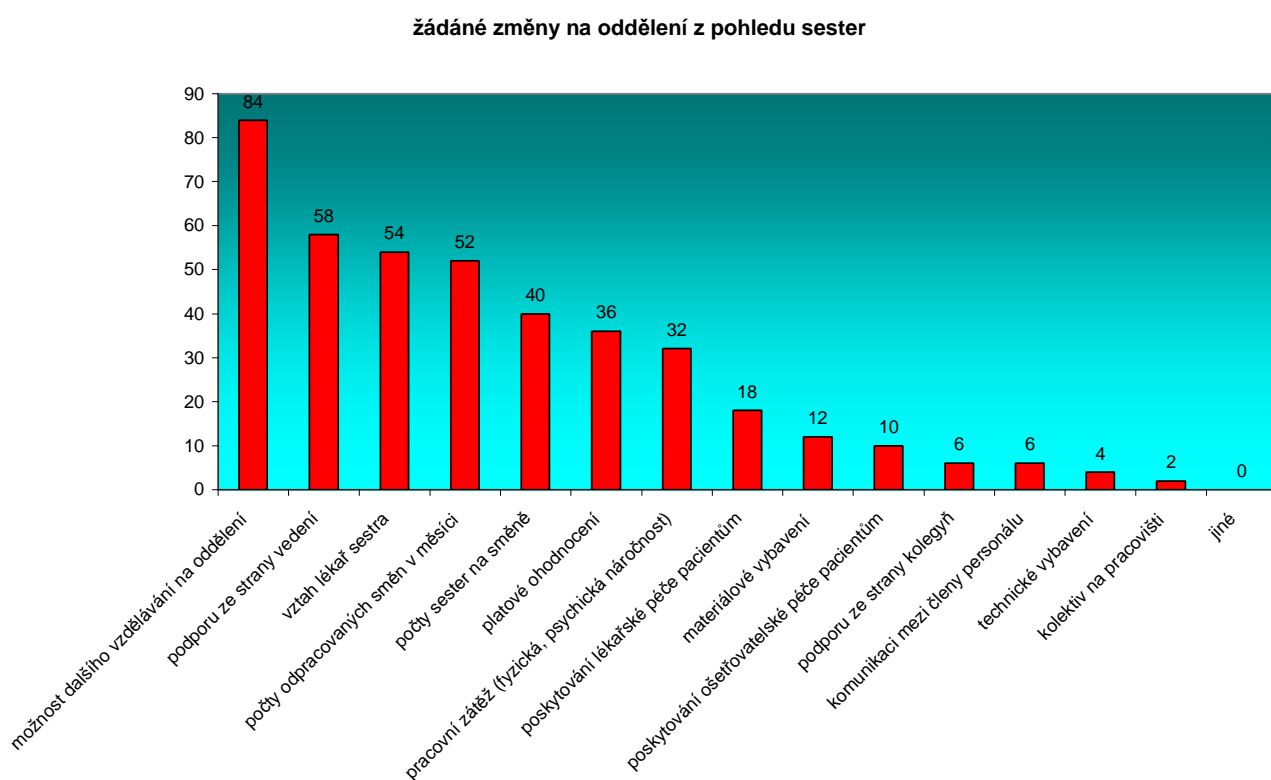


Graf znázorňuje četnost odpovědí sester, z kterých vyplývá, že sestrám na oddělení nejvíce splnil jejich očekávání kolektiv na pracovišti. Tuto možnost označilo 98 sester. Stejný počet sester označil podporu ze strany kolegyně. 92 sester označilo, že nejvíce naplnily jejich očekávání činnosti, které vykonávají a vlastní profese sestry. 90 sester označilo, že nejvíce splnila jejich očekávání komunikace mezi členy personálu. 82 sester označilo technické vybavení, 70 materiálové vybavení a využití svých schopností. 67 sester označilo možnost využití získaných vědomostí ze studia. 65 udává, že nejvíce naplnilo jejich očekávání platové ohodnocení, 29 poskytování ošetrovatelské péče pacientům, 18 poskytování lékařské péče pacientům a podporu ze strany vedení, 14 možnost kariérního postupu, 12 množství odpracovaných hodin v měsíci, 8 vztah lékař – sestra, 7 počet služeb v měsíci, 6 počet sester na směně, 2 možnost dalšího vzdělávání

na oddělení a 2 pracovní podmínky. Možnost pracovní zátěž a jiné nebyla označena žádnou sestrou (0 %).

Graf 27 Změny na oddělení z pohledu sester

(Graf 27 k otázce 11)

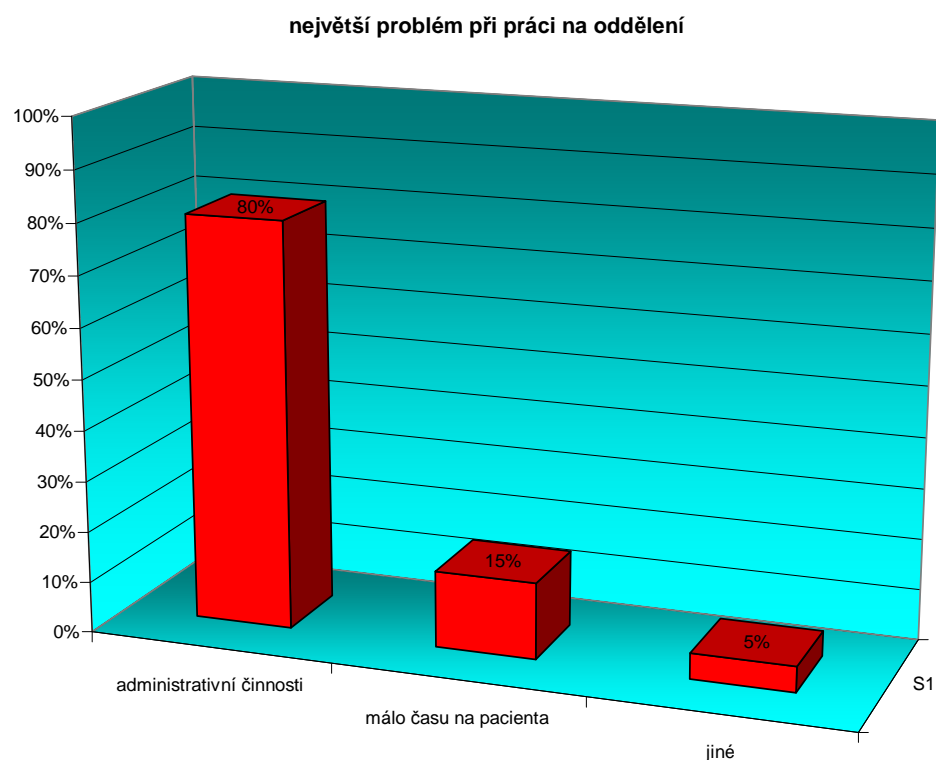


Graf znázorňuje četnost odpovědí sester, z kterých vyplývá, že ze sta sester na kardiochirurgickém oddělení jich 84 udává, že by na oddělení změnily možnost dalšího vzdělávání, 58 podporu ze strany vedení, 54 sester vztah lékař – sestra, 52 počty odpracovaných směn v měsíci. 40 počty sester na směně, 36 platové ohodnocení, 32 pracovní zátěž (fyzickou, psychickou náročnost), 18 sester poskytování lékařské péče pacientům, 12 materiálové vybavení, 10 poskytování ošetrovatelské péče pacientům, 6

podporu ze strany kolegyně, 6 komunikaci mezi členy personálu, 4 technické vybavení a 2 sestry kolektiv na pracovišti.

Graf 28 Největší problém při práci na oddělení z pohledu sestry

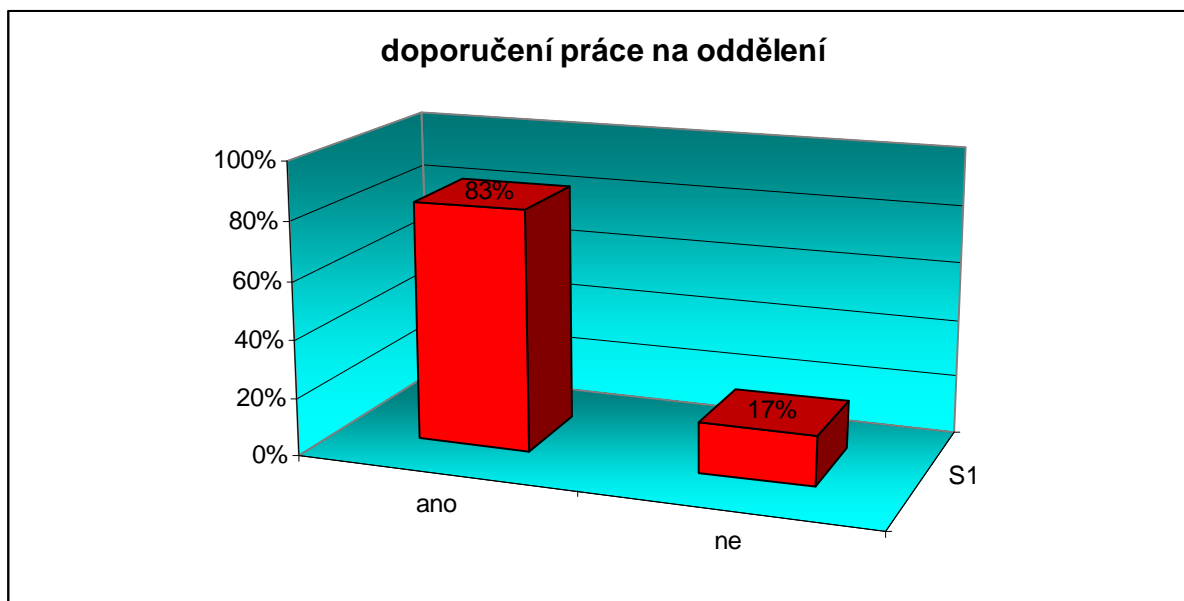
(Graf 28 k otázce 12)



Graf ukazuje, že ze sta sester na kardiochirurgickém oddělení jich 80% udává jako největší problém při své práci administrativní činnosti, 15% málo času na pacienta a 5% sester udalo jiné důvody: směnný provoz, platové ohodnocení, rozdílné příkazy z vedení nebo pracovní zátěž.

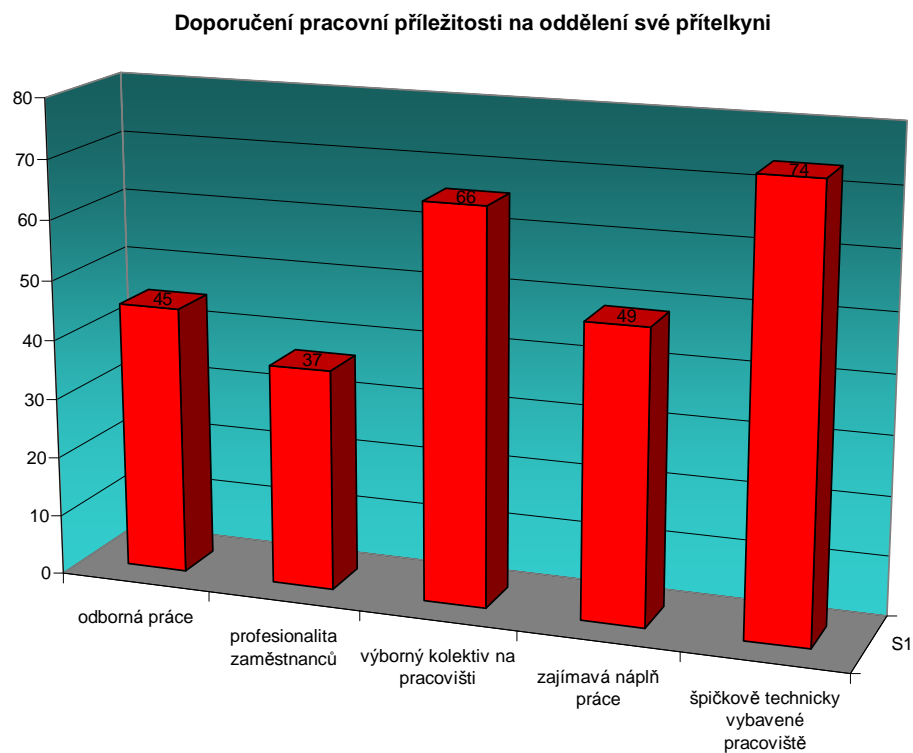
Graf 29 Doporučení pracovní příležitosti na kardiokirurgickém oddělení přítelkyni

(Graf 29 k otázce 13)



Graf znázorňuje, že ze sta sester by jich 83% práci na kardiokirurgickém oddělení své kamarádce doporučilo. Jako hlavní důvody uváděly vysoce odbornou práci, profesionalitu zaměstnanců, výborný kolektiv na pracovišti, zajímavou náplň práce a technicky špičkově vybavené pracoviště. 17 sester (17 %) by práci na kardiokirurgickém oddělení své přítelkyni nedoporučilo.

Graf 30 Důvody doporučení pracovní příležitosti na kardiologickém oddělení
 (Graf 30 k otázce 13)



Graf znázorňuje četnost odpovědí sester na otázku, proč by doporučily pracovní příležitost na kardiologickém oddělení své přítelkyni. Jako největší důvod sestry udaly špičkově technicky vybavené pracoviště (74), 66 sester by práci doporučilo z důvodu výborného kolektivu na pracovišti , pro 49 sester byl hlavní důvod zajímavá náplň práce, 46 odbornou práci a pro 37 sester byla důvodem profesionalita zaměstnanců.

5. Diskuse:

Cílem práce bylo zjistit, zda práce na kardiochirurgickém oddělení naplnila očekávání sester a zda jsou ve své práci spokojeny.

Výzkumný soubor tvořilo 100 sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení. Výzkumný soubor tvořily pouze ženy (graf 1). V nejmladší věkové kategorii do 20ti let byla zastoupena pouze jedna sestra. Nejvíce sester pracujících na kardiochirurgickém oddělení je ve věku 30 – 39 let. Domníváme se, že je to dáno akutností oboru, vysokými požadavky na zručnost, zkušenosti a svědomitost sestry (graf 2). Na kardiochirurgickém oddělení pracují převážně sestry se specializací v oboru, sestry s vysokoškolským bakalářským vzděláním a vyšší odbornou školou ukončenou absolutoriem (graf 3). Je to dáno pravděpodobně tím, že práce na kardiochirurgii je velice odborná a je zde potřeba kvalifikovaných vzdělaných sester. Péče o pacienty musí být zajištěna komplexně (graf 4). Na kardiochirurgickém oddělení pracuje 37 sester s praxí menší než 5 let, domníváme se, že to pramení z věku sester a jejich délky praxe, která je nižší. Je zde pouze 13 sester s praxí delší nad 20 let (graf 5). Myslíme si, že je to dané vysokou náročností práce, vysokými požadavky na sestru a nutností rychlého jednání, rozhodování a vykonávání ordinací lékaře.

Dle výsledků výzkumu sestry nejvíce před nástupem na oddělení očekávaly, že bude na oddělení dostatečné materiálové vybavení jako např. dostatek obvazového, krycího materiálu, desinfekce, lůžkovin (graf 6). Tuto možnost uvedlo všech 100 sester. Z dalších výsledků výzkumu vyplývá, že dostatečné materiálové vybavení splnilo očekávání sester (graf 26). Což je potěšující zjištění. Optimální platové ohodnocení očekávalo také všech 100 sester. Domníváme se, že platové ohodnocení je vysokým motivačním faktorem. Všechny sestry očekávaly, že za svou práci budou optimálně ohodnoceny (graf 6). Při konfrontaci s realitou práce bylo zjištěno, že 65 sestrám platové ohodnocení splnilo jejich očekávání (graf 26). Dále sestry očekávaly, že na oddělení využijí všechny vědomosti ze studia. To je dáno zřejmě také tím, že na oddělení pracují převážně sestry s vyšším vzděláním (graf 3). Optimální fyzickou zátěž a optimální psychickou zátěž očekávaly sestry v souvislosti s vysokou náročností

svého povolání (graf 6). Dále poměrně vysoká část sester (94) očekávala, že budou spolupracovat s lékaři na oddělení a budou rovnocenným partnerem v týmu (94). Rozsypalová ve své publikaci Ošetřovatelství (21) uvádí, že sestra zaujímá významné místo ve zdravotnickém týmu. Je blízkou spolupracovnicí lékaře ve všech složkách léčebně preventivní péče. Z výsledků grafu číslo 6 vyplývá, že sestry tuto skutečnost očekávají. Domníváme se, že je to dáno mimo jiné i vyšším vzděláním sester, jejich specializací v oboru (graf 3). Sestry očekávaly, že vedení bude uznávat jejich profesní výsledky a to formou pochvaly, mimořádné odměny k platu. Očekávaly i uznání ze strany kolegů (92). Toto souvisí také s vlastním začleněním se do kolektivu na pracovišti. Špičkové technické vybavení na oddělení očekávalo 90 sester. To souvisí i s výběrem pracoviště (graf 4). Vysoká část sester očekávala, že bude perfektně zajištěná ošetřovatelská i lékařská péče na oddělení. Opět lze předpokládat, že je to dané vyšším vzděláním sester a délkou jejich praxe (graf 3, 5). Musíme si uvědomit, že očekávání hraje velice významnou roli při hodnocení spokojenosti sester v zaměstnání (graf 6).

Po nástupu na oddělení a konfrontací s realitou práce lze říci, že práce splnila očekávání sester. Sestry jsou velmi spokojené se svou profesí (graf 7). Domníváme se, že je to dané i zvyšující se prestižností tohoto povolání. Jsou velmi spokojené s činnostmi, které na oddělení vykonávají, což je dáno vysokou odborností jejich práce a špičkovým technickým vybavením jejich pracoviště (graf 8, 22).

Jejich platové ohodnocení splnilo ve vysoké míře jejich očekávání. Sestry jsou s ním spíše spokojeny. Pravděpodobně je to, protože jen málokdo může říci, že je se svým platem velmi spokojen a to nejen v oblasti zdravotnictví. (graf 9) . Tato profese je stále nedoceněna, tak jako to uvádí ve své publikaci Psychologie a Pedagogika Věra Čechová (6). Optimální platové ohodnocení je významným faktorem ovlivňujícím práci sestry, chuť pracovat s maximálním nasazením a kvalitně pečovat o pacienty na oddělení. Péči o pacienty ovlivňuje i množství odpracovaných hodin v měsíci a s počtem služeb v měsíci. Sestry, které nemají dostatek odpočinku, pracují s vypětím svých sil, mohou snáze udělat chybu v péči o pacienta, nedokáží být tolik empatické a pracovat kvalitně. Rozsypalová ve své publikaci Ošetřovatelství (21) uvádí, že při

střídavých službách je pro sestru velmi těžké vytvořit si relativně pravidelný životní rytmus, avšak s trochou snahy to jde. Na kardiochirurgickém oddělení jsou sestry s množstvím odpracovaných hodin v měsíci a s počtem služeb v měsíci spíše spokojeny. Tyto výsledky pravděpodobně souvisí i s dostatkem sester na oddělení (graf 10, 11). S možností kariérního postupu jsou sestry spokojeny. Vyplývá to ze skutečnosti, že možnost stát se staniční sestrou není každý den, není to běžná věc. Sestrám však stačí, že tu možnost do budoucna mají (graf 12). Dle výzkumu jsou sestry s využitím svých schopností na oddělení velmi spokojeny, ale zde již nebyl rozdíl v škálovém hodnocení tak markantní. Možnost velmi spokojena zvolilo 44 % sester a možnost spíše spokojena 38%. Velmi nespokojeno je 5 % sester. Domníváme se, že je to dáno i vlastní aktivitou sestry, její chutí si aktivně hledat práci a zapojit se do veškeré péče o pacienta (graf 13). Na kardiochirurgickém oddělení jsou sestry s využitím získaných vědomostí ze studia velmi spokojeny. Myslíme si, že je to také díky vyššímu zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester a sester specialistek (graf 3, 14).

Poskytování lékařské a ošetrovatelské péče pacientům hodnotí sestry jako velmi dobré, jsou s ní velmi spokojeny (graf 15, 16). Na druhé straně jsou tu i sestry, které jsou s poskytováním lékařské a ošetrovatelské péče pacientům spíše nespokojeny. Pracovní podmínky jsou dalším důležitým faktorem při hodnocení spokojenosti sester. Vysoká psychická nebo fyzická zátěž může mnoho sester od práce odradit. Sestry na kardiochirurgii jsou s pracovními podmínkami spíše spokojeny (graf 17).

Zajímavé bylo také zjištění, že sestry na kardiochirurgii jsou velmi spokojené se svým začleněním se do kolektivu na pracovišti a s komunikací mezi kolegy. Domníváme se, že je to i díky mladému kolektivu na pracovišti, potřebou pracovat v týmu, navzájem si v průběhu směny pomáhat. Vnitřní konflikty na pracovišti vždy negativně ovlivňují péči o pacienta (graf 18, 19). Rozsypalová ve své publikaci Ošetrovatelství (21) uvádí, že na každém oddělení pečují o nemocné skupina zdravotníků, které označujeme jako zdravotnický tým. Každý člen týmu má vymezeny své specifické úkoly. Předpokladem úspěchu je však dobrá spolupráce a koordinace jednotlivých činností všech účastníků.

Při hodnocení uznání profesních výsledků ze strany vedení a uznání ze strany kolegů byl zjištěn velký rozdíl. Bylo zjištěno, že uznání mezi kolegy je samozřejmostí. Je s ním velmi spokojeno 90% sester. Navzájem se pochvívají za dobře odvedenou práci, za provedení náročného výkonu (graf 20). S uznáním profesních výsledků ze strany vedení je spíše spokojeno 86% sester. Domníváme se, že tento rozdíl může být převážně díky nižšímu zájmu ze strany vedení a nedostatku času na zaměstnance(graf 21). Avšak tato oblast by potřebovala více prozkoumat samostatnou výzkumnou studií. Dle literatury (Bártlová, 3) vztahy mezi sestrami a jejich vedením velmi významně ovlivňují kvalitu pracovních vztahů.

Očekávání sester splnilo i technické a materiálové vybavení oddělení. S technickým vybavením je velmi spokojeno 80 % sester a s materiálovým vybavením 89 % sester (graf 22, 23). Dominik ve své publikaci Kardiochirurgie (7) uvádí, že k zabezpečení kvalitní pooperační péče je nutno splnit některé základní materiálně - technické požadavky. Vlastní resuscitační lůžko pro nemocného je mobilní, přístupné ze všech stran, polohovatelné ve 3 segmentech a umožňuje rychlé změny terapeutických poloh. Lůžko musí být vybaveno kvalitním monitorem, ventilátorem a dostatečným počtem regulovatelných dávkovačů pro intravenózní podávání léků. Bylo potěšujícím zjištěním, že technické a materiální vybavení pracoviště splnilo očekávání sester a jsou s ním spokojeny (graf 6, 22, 23)

Díky celkovému vyhodnocení těchto grafů lze říci, že jsou sestry ve své práci až na minimální výjimky spokojeny. Dagmar Mastiliáková ve své publikaci Ošetřovatelství (15) uvádí, že ošetřovatelství je většinou ženská práce. Zde se ztotožňujeme s jejím tvrzením i my. Naše výsledky to ukazují v grafu číslo 1. Avšak Mastiliáková (15) dále tvrdí, že je ošetřovatelství řazeno mezi tzv. ženská povolání a s tím jsou spojené určité charakteristické rysy např. nízký plat, nízké společenské postavení, nedostatek uznání, špatné pracovní podmínky, špatné vyhlídky na povýšení a nedostatečné vzdělání. Zde se s Mastiliákovou (15) neztotožňujeme, neboť šetření ukázalo, že sestry tento názor vyvracejí. Jsou ve své práci spokojeny. Toto tvrzení je zřejmé z grafů č. 7 až 23. Na základě výše uvedených výsledků byla potvrzena

hypotéza číslo 2 Sestry na kardiochirurgickém oddělení jsou spokojeny ve svém zaměstnání.

Z výsledků šetření dále vyplynulo, že jako největší problém při své práci s pacientem sestry označily administrativní činnosti (graf 24). Z tohoto zjištění vyplývá skutečnost, že péče o pacienta může být nedostatečná nebo nekvalitní v důsledku nutnosti zajistit administrativu u pacienta. Do administrativních činností patří vedení ošetrovatelské dokumentace, záznamy o nemocném, vyplňování žádanek na vyšetření, výkazy pro zdravotní pojišťovny atd. Staňková ve své publikaci Ošetrovatelství (27) uvádí, že administrativní činnosti jsou sice potřebnou součástí práce sestry, avšak nesmějí ji odvádět od její hlavní povinnosti, čímž je samozřejmě ošetrování nemocných. Proto je nutné vytvořit si harmonogram práce a vše si dobře naplánovat, vždy uvážit, které práce jsou nezbytné a které jsou zbytečné. S tímto tvrzením bychom si dovolili souhlasit.

Rozdílné příkazy z vedení oddělení vidí jako největší problém při své práci s pacientem 82 sester (graf 24). Tento problém je zejména ve špatné komunikaci mezi vedením oddělení a sestrami. Venglářová ve své publikaci Komunikace pro zdravotní sestry (34) uvádí, že kritéria pro úspěšnou komunikaci spočívají v jednoduchosti. Sdělení má být stručné a jasné. Domníváme se, že v řešení tohoto problému by mohla pomoci ochota, větší přístupnost ze strany vedení a zvýšení vzájemné spolupráce mezi sestrami a vedením oddělení.

Jako další významný problém při práci s pacientem sestry uvádějí potřebu starat se o více pacientů zároveň. Tato nutnost vyplývá pravděpodobně i z celkového nedostatku sester na směně. Pouze šest sester je spokojeno s počtem sester na směně (graf 25).

Z dalších výsledků vyplynulo, že sestry na kardiochirurgickém oddělení jsou nejvíce spokojeny s činnostmi na oddělení (graf 25). Domníváme se, že je to dáno vysokou specifikou tohoto oddělení, vysoce odbornou prací, odbornými výkony, které se na kardiochirurgii provádějí a také odbornou a náročnou péčí o pacienta.

Z výsledků dále vyplynula spokojenost sester s kolektivem na pracovišti, s podporou ze strany kolegů a komunikací mezi členy personálu (graf 25). Tyto

výsledky jsou velmi potěšující, neboť kolektiv na pracovišti je velice důležitým faktorem při hodnocení spokojenosti sester. V dobrém kolektivu lze zvládnout a přejít i případné nedostatky pracoviště.

Při porovnávání výsledků z grafu číslo 6 a z výsledků grafu 26 vyplývá, že práce na kardiouchirurgii splnila původní očekávání sester. Tím je potvrzena hypotéza 1 Sestry na kardiouchirurgickém oddělení udávají, že práce splnila jejich původní očekávání.

Z výsledků grafu číslo 26 je potěšující, že nejvíce splnil očekávání sester kolektiv na pracovišti a podpora ze strany kolegyň. I Mastiliáková (15) uvádí, že kvalita péče poskytovaná pacientům je založena na profesionálním přístupu, který je charakterizován spoluprací mezi sestrami a spoluprací mezi ostatními členy ošetrovatelského týmu. Očekávání sester splnila i samotná profese sestry (graf 26). To souvisí i s vlastní motivací sester pro výběr svého povolání.

Z výsledků vyplynulo, že naopak možnost dalšího vzdělávání sester a pracovní podmínky (psychická zátěž, fyzická zátěž a škodliviny z vnějšího prostředí) vůbec nenaplnily očekávání sester (graf 26). Sestry na kardiouchirurgii postrádají možnost dalšího vzdělávání. Přičemž pracovní semináře nejen zvyšují odbornost sester, ale také pomáhají zlepšit vztahy na pracovišti. Probírají se na nich pracovní a organizační povinnosti a nové trendy v ošetrovatelství. Domníváme se, že je velmi náročné a problematické spojit pracovní semináře s třísměnným provozem oddělení. Dle literatury (Mastiliaková) je výuka a výchova zdravotnického personálu, zjišťování znalostí a dovedností, účast na výchovných a vzdělávacích kampaních nutná a povinná.

Z výzkumného souboru sta sester na kardiouchirurgickém oddělení jich 84 udává, že by na oddělení změnila možnost dalšího vzdělávání (graf 27). Dále by sestry změnila podporu ze strany vedení oddělení (graf 27). Což také může souviset se vzděláním sester na oddělení (graf 3). Na tuto skutečnost již upozornil graf 8, kdy sestry jako významný problém při práci s pacientem označily rozdílné příkazy z vedení oddělení. Vzájemná spolupráce mezi sestrami a vedením oddělení není problémem pouze na kardiouchirurgickém oddělení, ale je to problém celostní. Záleží vždy na

jednotlivcích, zda se rozhodnou na tuto skutečnost upozornit a začít ji společně řešit. Domníváme se, že zde by mohl být nápomocen princip zpětné vazby.

Z výsledků dále vyplývá, že 54 sester by na oddělení změnilo vztah lékař – sestra (graf 27). Tato problematika by však měla být zpracována v samostatném výzkumu. Vztah sestra-lékař popisuje literatura (Bártlová, 3) jako stav, kdy se ze sestry „nesvéprávné pomocnice“ stává speciálně vyškolená odbornice se svými povinnostmi a svojí zodpovědností. Domníváme se, že lékaři sesterskou práci uznávají, ale nechtějí slyšet jejich názor. Nedůvěra v jejich schopnosti může být způsobena nižším věkem sester a jejich kratší praxí. Překvapující bylo zjištění, že pouze jedna třetina sester by změnila své platové ohodnocení (graf 27).

Z výsledků vyplynulo, že 80% sester udává jako největší problém při své práci administrativní činnosti (graf 28). To potvrzuje i graf číslo 24. Řešení tohoto problému není snadné. Administrativní činnosti jsou součástí práce sestry. Sestry dále udaly jako největší problém při práci na oddělení málo času na pacienta a 5% sester udalo jiné důvody, např: směnný provoz, platové ohodnocení, rozdílné příkazy z vedení nebo pracovní zátěž.

Graf 29 ukazuje, že ze sta sester by jich 83% práci na kardiochirurgickém oddělení své kamarádce doporučilo. Jako hlavní důvody uváděly vysoce odbornou práci, profesionalitu zaměstnanců, výborný kolektiv na pracovišti, zajímavou náplň práce a technicky špičkově vybavené pracoviště (graf 30). Hlavními důvody, proč by sestry práci na kardiochirurgii své kamarádce nedoporučily byly osobní důvody. Sestry uváděly, že by pracovní kontakt, zaučování kamarádky a nutnost jejího vedení mohl narušit jejich přátelství.

6. Závěr

Očekávání je důležitým faktorem ovlivňující spokojenost každého člověka. Cílem práce bylo zjistit, zda koresponduje očekávání s realitou práce sester na kardiochirurgickém oddělení a zda jsou sestry na kardiochirurgickém oddělení spokojeny se svou prací. Cíle práce byly splněny. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že až na minimální výjimky jsou sestry na kardiochirurgickém oddělení spokojeny se svou prací a práce naplnila jejich očekávání. Byly stanoveny 2 hypotézy H:1 Sestry na kardiochirurgickém oddělení udávají, že práce splnila jejich původní očekávání a H:2 Sestry na kardiochirurgickém oddělení jsou spokojeny ve svém zaměstnání. Obě hypotézy byly výzkumem potvrzeny. Výzkumné šetření ovšem probíhalo pouze v Centru kardiiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně. Lze předpokládat, že výsledky na jiných kardiochirurgických pracovištích by mohly být odlišné.

Z výzkumu dále vyplynulo, že jako největší problém při své práci s pacientem sestry vidí administrativní činnosti. Při hodnocení uznání profesních výsledků ze strany vedení a uznání ze strany kolegů byl zjištěn velký rozdíl. Bylo zjištěno, že uznání mezi kolegy je samozřejmostí, avšak uznání ze strany vedení oddělení není tak časté.

Tato problematika je velice aktuálním tématem. Sestry samotné toto téma zaujalo a ukázala to i jejich ochota při výzkumném šetření, zájem o výsledky. Bylo by zajímavé zpracovat toto téma v širším rozsahu na více pracovištích v České republice.

Tuto práci a výzkum bych chtěla využít k zlepšení podmínek pro práci na kardiochirurgickém oddělení, poskytnout ji k prostudování sestrám na oddělení, kde výzkum probíhal a seznámit s výsledky i vedení daného oddělení.

7. Seznam použitých zdrojů :

1. ADAMS, B. Herold, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o., 1999. 210 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. ATKINSON, Richard C. *Psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013- 416 -X.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR*. In: Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. Brno: NCONZO, 2006. str. 24-38. ISBN 80-13-449-6.
5. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80- 7013 - 439 -9.
6. ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika*. 1. vydání. Vimperk: Akcent, 1999. 116s. ISBN 80-86022-42-0.
7. DOMINIK, J. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o., 1998. 216 s. ISBN 80-7169-669-2.
8. EDVARDS, S., RICHARDS, A. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Přel. S. Sedlová. vydání české. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 343 s. ISBN 80-247-0932-5.
9. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
10. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Výskum v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2002. 85 s. ISBN 80-8063-111-5.
11. GEIST, B. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha : Vodnář, 2000. 463 s. ISBN 80 - 86226-07-7.

12. KILÍKOVÁ, M. Rola sestry a manažment zmeny. In *Nové trendy v ošetrovatelství 2*. 1. vyd. České Budějovice : JČU ZSF, 2003. s. 65-67. ISBN 80-7040-636-4.
13. KOVÁŘOVÁ, M. *Pracovné a životné podmienky sestier v Európe*. 1. vyd. Rožňava : Roven, 2006. 129 s. ISBN 80-89168-168-14-0.
14. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 16 s. ISBN 80-246-0428-0
17. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vydání. Praha: Academia, 1997. 273 s. ISBN 80- 200-05292 – 7
18. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 150 s. ISBN 80 -246 - 0414 -0.
19. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013- 440-2.
20. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha : Fortuna, 2003. 736 s. ISBN 80-7168-942-4.
21. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, spol s.r.o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
22. SALVAGE, J. *Ošetrovatelství v akci*. Česká společnost sester, 1997. ISBN 92 890 1312 5
23. SKALICKÁ, H. *Předoperační vyšetření : Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.

24. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3*. Dotisk. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
26. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4*. Dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve zdravotnictví, 2004. 60 s. ISBN 80-7013-283-3
27. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80 -7013 -368 - 6.
28. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
29. ŠETINA, M. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta : České Budějovice, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4 .
30. ŠTEFANOVIČ, J., GREISINGER, J. *Psychologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o., 1985. 252 s. ISBN 08-064 - 85.
31. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
32. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*
33. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 210 s. ISBN 80 - 246 -0015 -3.

34. VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o., 2006. 144 s. ISBN 80-247 – 1262 - 8.
35. WORKMAN, Barbara A. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, spol.s.r.o., 2006. 260 s. ISBN 80 - 247 -1714 -X.
36. *Zákon Ministerstva zdravotnictví 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*
37. *Zákoník práce 2007*. Ostrava : Sagit, 2006. 108 s. ISBN 80-7208-574-3 .
38. ZEMAN, M. a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 520 s. ISBN 80-7169-705-2.

8. Klíčová slova

- Sestra
- Profese
- Očekávání
- Realita
- Faktory
- Kardiochirurgie

9. Přílohy

Příloha 1 : Dotazník pro sestry

Dotazník:

Dobrý den,

Jmenuji se Marie Bártová a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně – sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je anonymní a poslouží pouze k vypracování mé bakalářské práce na téma: Očekávání versus realita práce sester na kardiologickém oddělení.

Prosím Vás, o jeho vyplnění, věnování pozornosti otázkám a označení odpovědi, která Vám, dle nabídnutých možností nejvíce vyhovuje.

Děkuji Vám za spolupráci.

Marie Bártová

Pokud není udáno jinak, na otázky odpovídejte, prosím, vždy jen 1 možností.

1. Jste?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let ?

- Do 20- ti let
- 21 – 29 let
- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50 – 59 let
- 60 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru zdravotní (všeobecná) sestra ?

- úplné střední odborné ukončené maturitou
- vyšší odborné ukončené absolutoriem
- vysokoškolské bakalářské studium
- vysokoškolské magisterské studium
- úplné střední odborné s maturitou + specializační studium
- jiné :

4. Na jaké ošetrovací jednotce pracujete ?

- resuscitační péče
- intenzivní intermediální péče (JIP, IMP)
- standardní péče
- jiné.....

5. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení ?

- méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- více než 20 let

6. Když jsem studovala, tak jsem očekávala, že.... Můžete zvolit i více odpovědí

- Budu vykonávat pouze činnosti sestry
- Budu zastávat veškeré práce na oddělení (sesterské, ošetrovatelské i sanitárské činnosti)
- Budu přebírat i částečně kompetence lékaře
- Budu mít mnoho služeb v měsíci
- Bude mi zbývat i volný čas v měsíci, který budu moci využít jen pro sebe
- Budu mít volné víkendy

- Budu mít odpracovaných přibližně 160 hodin měsíčně, ne více
- Budu mít možnost kariérního postupu (vypracuji se časem na staniční nebo vrchní sestru)
- Budu na oddělení využívat všechny své schopnosti v rámci péče o pacienta
- Na oddělení využiji všechny vědomosti, které jsem se ve škole naučila
- Budu spolupracovat s lékaři na oddělení při poskytování péče pacientům
- Bude na oddělení špičková lékařská péče
- Bude na oddělení perfektně zajištěna ošetrovatelská péče o pacienty
- Na oddělení bude dostatek sester na směnu
- Budou na oddělení kvalitní pracovní podmínky
- Bude na oddělení optimální fyzická zátěž
- Bude na oddělení optimální psychická zátěž
- Budu pracovat na dvanáctihodinové směny
- Budu pracovat v osmihodinových směnách
- Začlením se do kolektivu na oddělení
- Budu rovnocenným partnerem v pracovním týmu
- Kolegové budou uznávat mé profesní výsledky (pochválí mě za dobře odvedenou práci, za provedení náročného výkonu.....)
- Vedení oddělení bude uznávat mé profesní výsledky (pochvalou, formou mimořádné odměny k platu.....)
- Bude na oddělení špičkové technické vybavení
- Bude na oddělení dostatečné materiálové vybavení (dostatek obvazového, krycího materiálu, desinfekce, lůžkovin, podložních mís.....)
- Budu mít za svou práci vysoké platové ohodnocení
- Budu mít za svou práci nízké platové ohodnocení
- Jiné

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Poskytováním ošetrovatelské péče pacientům

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Pracovními podmínkami (škodliviny z vnějšího prostředí, fyzická zátěž, psychická zátěž)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Začleněním do kolektivu na pracovišti

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Komunikací mezi kolegy

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Uznáním profesních výsledků ze strany kolegů (pochválí mě za dobře odvedenou práci, za provedení náročného výkonu.....)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Uznání profesních výsledků ze strany vedení oddělení (pochvalou, formou mimořádné odměny k platu.....)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Technickým vybavením

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- Materiálovým vybavením (dostatek obvazového, krycího materiálu, desinfekce, lůžkovin, podložních mís.....)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

8. Označte, co považujete jako největší problém při své práci s pacientem ? (Můžete označit více odpovědí a ke každé Vámi označené odpovědi máte možnost se vyjádřit)

- Málo času na každého pacienta.....
- Potřeba pečovat se o více pacientů zároveň.....
- Nedostatek ošetřovatelského personálu.....
- Nedostatek pomocného personálu.....
- Administrativní činnosti.....
- Rozdílné příkazy z vedení oddělení.....
- Náročnou léčbu pacienta.....
- Nutnost vedení pacienta
- Potřeba saturovat základní potřeby pacientů, na ty vyšší už pak nezbývá čas.....
- Jiné.....

9. Označte, s čím jste na oddělení nejvíce spokojena z těchto oblastí ? (Můžete označit více odpovědí a ke každé Vámi označené odpovědi máte možnost se vyjádřit)

- Se svou profesí sestry.....
- S činnostmi, které vykonávám.....
- Kolektivem na pracovišti
- Podporou ze strany kolegyň.....
- Využitím svých schopností
- Využitím získaných vědomostí ze studia.....
- Počtem služeb v měsíci.....
- Množstvím odpracovaných hodin
- Počtem sester na směně.....
- Platovým ohodnocením

- Poskytováním lékařské péče pacientům.....
- Poskytováním ošetrovatelské péče pacientům.....
- Možností karierního postupu
- Pracovní zátěž v průběhu směny.....
- Pracovními podmínkami (škodliviny z vnějšího prostředí, fyzická zátěž, psychická zátěž)
- Podporu ze strany vedení.....
- Technickým vybavením
- Materiálovým vybavením
- Možnost dalšího vzdělávání na oddělení
- Vztah : lékař – sestra.....
- Komunikaci mezi členy personálu.....
- Jiné.....

10. Označte, co na kardiochirurgickém oddělení nejvíce splnilo Vaše očekávání z těchto oblastí ? (Můžete označit více odpovědí a ke každé Vámi označené odpovědi máte možnost se vyjádřit)

- Profese sestry.....
- Kolektiv na pracovišti
- Podpora ze strany kolegyň.....
- Využití svých schopností
- Využití získaných vědomostí ze studia.....
- Počet služeb v měsíci.....
- Množství odpracovaných hodin
- Počty sester na směně.....
- Platové ohodnocení
- Poskytování lékařské péče pacientům.....
- Poskytování ošetrovatelské péče pacientům.....
- Možnost karierního postupu
- Pracovní zátěž.....

- Pracovní podmínky (škodliviny z vnějšího prostředí, fyzická zátěž, psychická zátěž)
- Podpora ze strany vedení.....
- Technické vybavení
- Materiálové vybavení
- Možnost dalšího vzdělávání na oddělení
- Vztah : lékař – sestra.....
- Komunikace mezi členy personálu.....
- Jiné.....

11. Označte, co byste na tomto oddělení změnila ? (Můžete označit více odpovědí a ke každé Vámi označené odpovědi máte možnost se vyjádřit)

- Kolektiv na pracovišti
- Počty sester na směně.....
- Počty odpracovaných směn v měsíci
- Pracovní zátěž (fyzickou, psychickou náročnost).....
- Poskytování ošetrovatelské péče pacientům.....
- Poskytování lékařské péče pacientům.....
- Platové ohodnocení.....
- Podporu ze strany vedení.....
- Podporu ze strany kolegyň.....
- Možnost dalšího vzdělávání na oddělení
- Technické vybavení.....
- Materiálové vybavení.....
- Vztah : lékař – sestra.....
- Komunikaci mezi členy personálu.....
- Jiné.....

12. Kde vidíte největší problém při práci na tomto oddělení ?

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

13. Doporučila byste své kamarádce práci na tomto oddělení? Pokud ano z jakého důvodu?

- Ano
- Ne

Z jakého důvodu?

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

Příloha 2 : Práva pacientů

Kodex práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25.února 1992

Dostupné z : <http://www.stripky.cz/nemoci/prava_pacientu.html>

Příloha 3 : Etický kodex sestry

Morální kodex sestry:

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Dostupné z :

<http://www.sweb.cz/capzesprit/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html