

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Spokojenost sester s ošetrovatelským procesem v praxi  
v Nemocnici České Budějovice, a. s.**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Danuše Křesalová  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.  
Datum odevzdání práce: 15. 08. 2013

## Abstrakt

Ošetrovatelský proces je kontinuální, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. Vyžaduje aktivní neboli nabízenou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester, přináší lepší pocit pracovní spokojenosti a také seberealizaci. Realizace ošetrovatelského procesu přináší sestře mnohem silnější zpětnou vazbu v lepší kvalitě péče a pozitivní hodnocení nemocných dodává sestře novou pracovní motivaci. Tato diplomová práce se zabývá spokojeností sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s. Velký problém v této nemocnici je mimo jiné, ošetrovatelská dokumentace, která působí jako samoučelná administrativní práce navíc.

Výzkumné šetření bylo kvantitativně kvalitativní. Cílem práce bylo zjistit postoj sester na interních a chirurgických odděleních k ošetrovatelskému procesu v praxi. Ke sběru dat při kvantitativním šetření v diplomové práci byla použita metoda dotazování, technika dotazníků. Druhým cílem bylo zjistit možnosti zlepšení ošetrovatelského procesu v praxi se zaměřením na specifická oddělení. Kvalitativní výzkumné šetření bylo prováděno s vrchními i staničními sestrami na odděleních s interním zaměřením i chirurgickým zaměřením, metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Výzkumný soubor z kvantitativního výzkumného šetření tvořily sestry pracující na odděleních s interním zaměřením a odděleních s chirurgickým zaměřením v Nemocnici České Budějovice, a. s. Na těchto odděleních bylo rozdáno 200 dotazníků a 180 sester tyto dotazníky plně vyplnilo. 90 sester bylo z oddělení s interním zaměřením a druhých 90 sester bylo z oddělení s chirurgickým zaměřením. První dvě otázky byly identifikační, další čtyři byly zaměřené na vzdělávání sester, zbývající se týkaly spokojenosti s prováděním ošetrovatelské anamnézy, určováním ošetrovatelských diagnóz, vedením ošetrovatelské dokumentace, plánováním a realizací ošetrovatelské péče, kde byl poskytnut prostor pro vyjádření vlastního názoru (nápadu na zlepšení). Posledních sedm otázek se týkalo motivace sester. Pro kvantitativní šetření bylo stanoveno pět hypotéz. H1 - Sestry na interních odděleních jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem v praxi než chirurgické sestry. H2 - Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem než sestry bez vysokoškolského vzdělání. H3 - Sestry nejsou spokojené se zaznamenáváním

ošetřovatelských diagnóz v praxi. H4 - Chirurgické sestry by uvítaly méně dokumentace proti sestřám z interních oddělení. H5 - Sestry jsou spokojenější s ošetřovatelským procesem na dobře fungujícím pracovišti než na pracovišti s dlouhodobě neutěšenou situací. Výzkumný soubor z kvalitativního výzkumného šetření tvořilo 8 staničních a vrchních sester, pracujících v Nemocnici České Budějovice, a. s. Čtyři vedoucí sestry byly z oddělení s interním zaměřením a čtyři vedoucí sestry z oddělení s chirurgickým zaměřením. Rozhovory byly vedeny na jednotlivých pracovištích. Byla položena výzkumná otázka: Jak je možné zlepšit spokojenost sester s ošetřovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s.? Cílem práce bylo zjistit postoj sester na interních a chirurgických odděleních k ošetřovatelskému procesu v praxi. Z výsledků kvantitativního šetření vyplynulo, že sestry vyjadřují nespokojenost se zaznamenáváním ošetřovatelských diagnóz, žádají jednotný stručný formulář, který by je neodváděl od ošetřovatelské činnosti. Další nespokojenost vyjadřují sestry se zapisováním ošetřovatelské anamnézy, kde by žádaly formulář co nejvíce zjednodušit a přizpůsobit podle jednotlivých oddělení. Z výsledku šetření vyplynulo, že sestry na chirurgických odděleních vykazují celkově větší nespokojenost, jsou přetěžované a mají málo času na pacienta. Druhým cílem bylo zjistit možnosti zlepšení ošetřovatelského procesu v praxi se zaměřením na specifická oddělení. Zde při porovnávání výsledků šetření byla patrná shoda vedoucích sester z chirurgických oddělení, v časové tísní sester při zpracovávání anamnestických údajů pacientů i nemožnosti zajistit intimní prostor k rozhovoru. Dále z výsledku šetření je patrné, že spokojenost sester s ošetřovatelským procesem je možné zlepšit efektivnějším zorganizováním práce, zjednodušením ošetřovatelské dokumentace, která zbytečně ubírá sestřám čas. Hypotéza 1 - Sestry na interních odděleních jsou v praxi spokojenější s ošetřovatelským procesem než chirurgické sestry, byla potvrzena. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry na chirurgických odděleních jsou mnohem méně spokojené s ošetřovatelským procesem než sestry na interních odděleních. Hypotéza 2 - Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou spokojenější s ošetřovatelským procesem, než sestry bez vysokoškolského vzdělání se nepotvrdila. Šetřením bylo zjištěno, že vysokoškolsky vzdělané sestry jsou daleko více nespokojené s ošetřovatelským procesem než sestry bez vysokoškolského vzdělání. Hypotéza 3 Sestry nejsou spokojené se zaznamenáváním ošetřovatelských diagnóz, byla potvrzena. Z výzkumu je patrné, že sestry vyjadřují velkou nespokojenost se zaznamenáváním

ošetřovatelských diagnóz, které, mimo jiné, vyjadřují vlastními názory na tuto problematiku. Hypotéza 4 - Chirurgické sestry by uvítaly méně dokumentace proti sestřám z interních oddělení, byla potvrzena. Z výzkumu vyplynulo, že sestry na chirurgických odděleních vyjadřují mnohem větší nespokojenost s obsáhlostí ošetřovatelské dokumentace, čímž jim chybí čas na pacienta. Hypotéza 5 - Sestry jsou spokojenější s ošetřovatelským procesem na dobře fungujícím pracovišti než na pracovišti s dlouhodobě neutěšenou situací, se potvrdila. Z výzkumu vyplývá, že sestry jednoznačně odpovídaly, jak je pro ně důležitý dobře fungující pracovní kolektiv, který plně souvisí s kvalitou ošetřovatelské péče. Výsledky kvalitativního šetření ukazují, že spokojenost sester s ošetřovatelským procesem je možné zlepšit efektivnějším zorganizováním práce, zjednodušením ošetřovatelské dokumentace, která zbytečně ubírá sestřám čas, který by jinak věnovali pacientovi.

Výsledky našich zjištění získané touto diplomovou prací budou poskytnuty jako podklad pro návrhy na zjednodušení ošetřovatelské dokumentace. Výstupem diplomové práce je vlastní návrh nové ošetřovatelské dokumentace. Výsledky diplomové práce jsou ukazatelem spokojenosti sester s ošetřovatelským procesem na interních odděleních a odděleních chirurgických a budou předneseny na sesterských konferencích. Po dohodě s náměstkyní pro ošetřovatelskou péči by bylo zajímavé zopakovat výzkum za 2 - 3 roky a porovnat oba výsledky s nově zavedenou dokumentací do praxe.

Klíčová slova: ošetřovatelský proces, sestra, pacient, ošetřovatelská dokumentace, ošetřovatelská anamnéza.

## Abstract

The nursing process is continual, never ending relationship between the nurse and the patient. It requires active, that is offered, nursing care. The nursing process increases professional skilfulness and the nurses' creativity, enables to achieve the better feeling of the satisfaction of the work, including self-fulfillment. The nursing process brings the nurse more striking feedback and incentives in a better quality of the care as well as in a positive evaluation from the patient. This thesis deals with the level of satisfaction of the nurses with the nursing process in České Budějovice Hospital, PLC. The great problem in our hospital is besides other things the documentation of nursing, being considered as autotelic administrative work.

The research included quantitative as well as qualitative elements. The aim of the thesis was to find out the attitude of the nurses in internal medicine and surgical sections to a practical nursing process. The inquiry and questionnaire method was used for data collection. The second aim was to find out the possibilities of the improvements of nursing process in practical conditions in relation to the particular department. The qualitative research was held with head nurses and ward sisters in internal medicine and surgical departments with the use of halfstructure interview.

The research file in a quantitative research was represented by nurses working in internal medicine and surgical departments in České Budějovice Hospital, PLC. In these departments 200 questionnaire forms were at nurses' disposal, 180 of them being completed. 90 nurses work in departments connected with internal medicine and 90 nurses come from specialized surgical departments. The first two questions had the identification character, the other four questions were focused on the nurses' education and the rest of the questions concerned the satisfaction with carrying out the nursing anamnesis, with making a nursing diagnosis, with keeping administrative materials of nursing, with planning to put nursing care into practice. The questionnaire provided possibilities for expressing the nurses' views and opinions suggestions for improving the existing situation. The last seven questions were connected with the sphere of the nurses' motivation. For this quantitative research five kinds of hypotheses were outlined. H1 - The nurses in internal medicine departments are more satisfied with the practical nursing process than the nurses in surgical departments. H2 - The nurses with the

university education background are more satisfied with the nursing process compared to nurses without university education background. H 3 - The nurses are not satisfied with recording the nursing diagnosis, as it is done in a practical way. H4 - The nurses in surgical departments would welcome fewer documentation materials compared to the nurses from internal medicine departments. H 5 - The nurses are more satisfied with the nursing process in a well-working section compared with the section with a longlasting dismal situation. The qualitative research file included 8 ward and head nurses working in České Budějovice Hospital, PLC. 4 leading nurses were from departments connected with internal medicine and 4 leading nurses were from departments connected with internal medicine and 4 leading nurses came from departments with surgical specialization. The interview took place in the particular departments and started with the research question about the ways of improving the nurses' satisfaction with the nursing process in practical activities in České Budějovice Hospital, PLC. The aim of the thesis was to find out the attitude of the nurses from the departments connected with internal medicine and surgical treatment to the nursing process in practical activities. The results of the quantitative research show that the nurses express dissatisfaction with recording the nursing diagnosis, they require unified brief form, the completing of which would not take much time from their nursing duties. Another kind the nurses' dissatisfaction is related to the way of recording the nursing anamnesis. The nurses require the form to be simplified as much as possible and adapted according to the specific needs of the particular departments. The results of the research show that the nurses in the department with surgical treatment feel more dissatisfaction, they are overloaded with their duties, having little time for the care of the patients. The second aim was to find out the possibilities of improving the nursing process in a practical way in relation to the specific department. In this sphere the leading nurses from surgical treatment branches come to the same conclusion that the nurses face the time shortage when processing anamnestic data and then preparing conditions for the interview with the patient. The research results emphasize the fact that the nurses' satisfaction with the nursing process can be improved through the better staff managing, the simplification of the nursing documents, which take away much time which the nurses could invest into the care of the patients. Hypothesis 1 The nurses in the departments connected with internal medicine are more satisfied in practical activities with the nursing process than

surgical nurses was confirmed. The research results show that the nurses in surgical branches are much less satisfied with the nursing process compared to internal medicine nurses. Hypothesis 2 University educated nurses are more satisfied with the nursing process in comparison with nurses without university education was disproved. The research includes the finding that university educated nurses are far more dissatisfied with the nursing process than nurses without this type of education. Hypothesis 3 The nurses are not satisfied with the nursing diagnosis records was confirmed. The results of the research clearly reflect the nurses' deep dissatisfaction with nursing diagnosis methods which among others express their views of the problem. Hypothesis 4 The surgical nurses would prefer fewer administrative materials compared to the nurses from internal medicine sphere was confirmed. The research follows that the nurses in surgical sections express much stronger dissatisfaction with the useless complexity of the nursing administrative materials, the completing of which greatly reduces time for the patient. Hypothesis 5 The nurses are more satisfied with the nursing process in a wellorganized place of work compared to the place of work of the opposite qualities was confirmed. The research follows that the nurses undoubtedly highly appreciate good-quality working team, closely connected with the quality of the nursing care. The results of the qualitative research show that the nurses' satisfaction with the nursing process can be improved by means of more effective methods of labour managing, by the simplification of the nursing administrative documents, which uselessly reduce the time for the nurse's practical work with the patients.

The results of our findings, included in this thesis, will be provided as the basis for the suggestions of the nursing administrative materials simplification. The example suggestion of the new nursing material is given in Supplements. The results of the thesis include the evaluation of the situation in the satisfaction of the nurses with the nursing process in internal medicine and surgical sections and can become the subject of the conferences for nurses. According to the agreement with the hospital head sister it would be interesting to repeat the research in 2 or 3 years and then to compare the results with the newly introduced administrative materials.

Key words: the nursing process, nurse, patient, the nursing administrative material, the nursing anamnesis.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 08. 2013

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Ditě Novákové Ph.D. za cenné rady, podporu a trpělivost při zpracování této diplomové práce. Dále bych poděkovala všem sestřám v Nemocnici České Budějovice, a. s. za ochotu spolupracovat.

# Obsah

Úvod .....	12
1  Současný stav .....	14
1.1  Historie ošetrovatelství.....	14
1.1.1  Profesionální ošetrovatelství.....	15
1.2  Modely ošetrovatelství .....	16
1.2.1  Florenc Nightingalová .....	17
1.2.2  Marjory Gordonová .....	18
1.3  Ošetrovatelství konce 20 a začátku 21 století .....	19
1.3.1  Ošetrovatelský proces .....	20
1.3.1.1  Zjišťování informací, posuzování .....	22
1.3.1.2  Ošetrovatelská diagnostika.....	25
1.3.1.3  Plánování.....	28
1.3.1.4  Realizace .....	29
1.3.1.5  Vyhodnocení .....	31
1.3.2  Ošetrovatelská dokumentace .....	32
1.4  Motivace.....	32
2  Cíle a hypotézy .....	35
2.1  Cíl práce .....	36
2.2  Hypotézy a výzkumné otázky .....	36
3  Metodika.....	36
3.1  Způsob zpracování .....	37
3.2  Charakteristika výzkumu .....	38
4  Výsledky.....	39
4.1  Grafické zpracování otázek z dotazníku pro sestry.....	39

4.2	Výsledky statistického testování .....	70
4.3	Výsledky rozhovorů s vedoucími sestrami .....	75
4.4	Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech .....	80
5	Diskuse .....	88
6	Závěr.....	98
7	Seznam použité literatury .....	101
8	Seznam příloh.....	105

## Úvod:

„ Kdo chce, hledá způsob. Kdo nechce, hledá důvod.“

(Jan Werich)

Ošetrovatelství je láska k lidem, moudrost a pomoc. Během svého vývoje prošlo velkými změnami, ale stále si zachovalo svůj osobitý ráz. Konec 20 a začátek 21 století je období největších změn. Ošetrovatelský proces je základním stavebním kamenem vyspělého ošetrovatelství. Zásadně ovlivňuje kvalitu péče a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině (1, 2). Realizace ošetrovatelského procesu přináší sestře mnohem silnější zpětnou vazbu v lepší kvalitě péče a pozitivní hodnocení nemocných dodává sestře novou pracovní motivaci. Ve světě se již používá ošetrovatelský proces jako základní metoda práce sester přes padesát let, u nás podstatně kratší dobu představující skoro dvacet let. Kvalita ošetrovatelské péče závisí při aplikaci ošetrovatelského procesu samozřejmě na kvalitě práce sester, které ji provádějí. Je však zcela nezbytné, aby dokázaly získat nemocného k maximální spolupráci. Významnou roli hraje také rodina nemocného a osoby jemu blízké. Ošetrovatelský proces by měl ovlivňovat především způsob přístupu sester k pacientům, s nimiž přicházejí do styku častěji nebo dlouhodoběji. Jsou to zejména staří lidé, chronicky nemocní lidé, děti, nemocní po těžkých úrazech, ale i všichni ostatní, do jejichž života zasahuje změna zdravotního stavu. Ošetrovatelský proces poskytuje sestřím profesionální model ošetrovatelské péče (3, 2).

Mojí motivací psát diplomovou práci na téma spokojenost sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s., je fakt, že v této nemocnici pracuji již řadu let jako perioperační sestra na operačním sále. Mimo jiné vidím nedostatky objevující se v ošetrovatelské péči na lůžkových odděleních. Vzhledem k povinné praxi během mého studia na ZSF JU, jsem se dostala na různá oddělení, setkala jsem se s prováděním ošetrovatelské anamnézy, určováním ošetrovatelských diagnóz, vedením ošetrovatelské dokumentace, plánováním a vykonáváním ošetrovatelské péče a celého ošetrovatelského procesu. Velký problém v naší nemocnici je mimo jiné, ošetrovatelská dokumentace, která je velice obsáhlá a sestřím, zabírá mnoho času, který by jinak věnovali pacientovi. Jsem přesvědčena, že ošetrovaní pacienti velmi citlivě vnímají, jak sestra uplatňuje své interpersonální

dovednosti. Pokud je uplatňuje dobře, může pacient lépe vyjádřit své problémy a pociťovat opravdovou pohodu a podporu. Vzájemný vztah, který se v takovéto situaci vytvoří, umožňuje úzkou spolupráci sestry s nemocným a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Nevhodné chování sestry může naopak sesterskou profesi devalvovat a komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči. Důležitou roli v práci sester hraje jistě motivace od vedoucích pracovníků. Chce-li tedy manažer dosáhnout spolu s ošetrovatelským týmem stanovených cílů, musí být také především sám motivovaný. Pouze tehdy, je-li člověk sám motivovaný k dosažení cíle, dokáže na svoji stranu strhnout ostatní a správně je motivovat pro danou věc.

Cílem této práce je zjistit postoj sester na interních a chirurgických odděleních k ošetrovatelskému procesu v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s. Dále zjistit možnosti doplnění, vylepšení ošetrovatelského procesu v praxi ve spolupráci s vrchními a staničními sestrami se zaměřením na specifická oddělení.

## 1 Současný stav

Ošetrovatelský proces je kontinuální, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. Sestra může znalostí o lidských potřebách využít k edukaci nemocného, podpořit pacienta v jeho seberealizaci, pomoci mu přijmout nevyhnutelné a najít způsob, jak čelit neznámým situacím v nemoci. Veškeré dění se odehrává formou interakcí a komunikace. Schopnost komunikace je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem, která je podmíněna jejími profesionálními znalostmi a dovednostmi.

### 1.1 Historie ošetrovatelství

Péče o člověka v nouzových životních situacích (v nemoci, chudobě), je přirozenou lidskou potřebou a je tedy stará jako lidstvo samo. Počátky ošetrovatelské péče prošly dlouhodobým vývojem od primitivních metod léčby, od víry v nadpřirozené síly až k moderním způsobům léčby a ošetrování. Počátky ošetrovatelské péče sahají do raného středověku a jsou samozřejmě spojeny se šířením křesťanství. Před vznikem křesťanství se zkušenosti s léčením a ošetrováním nemocných předávaly v rodech z generace na generaci jen ústním podáním. Proti nemocem se využívaly zkušenosti z pozorování účinků bylin, vody a slunce na lidský organismus. Nemoc byla opředena tajemstvím a často byla přisuzována nadpřirozeným silám (4, 5). Poté, co se na naše území dostalo křesťanství, stalo se i opatrování nemocných součástí lidového léčitelství. Postupně vznikaly středověké špitály, které byly zpravidla spojeny s kostelem nebo klášterem a nesly s nimi shodný název. V průběhu 13. a 14. století se církevní mužské i ženské řády zabývaly opatrovnictvím a v době epidemií, službou malomocným, jako svým hlavním úkolem. Anežka Přemyslovna byla velkou postavou raných začátků českého ošetrovatelství. V Praze založila několik klášterů. První v roce 1233 U sv. Haštala, kde byl umístěn také špitál. Anežka Přemyslovna byla později považována za zakladatelku ošetrovatelství u nás. Až koncem 20 století byla její záslužná činnost plně doceněna a byla prohlášena za svatou. Zakládání špitálů a jejich vydržováním ze strany bohatých lidí bylo motivováno láskou k bohu, pro odpuštění hříchů nebo za spásu duše. Církev v té době představovala hlavní kulturní sílu. Náboženství určovalo také postoj člověka ke zdraví a upevňovalo víru v boha. Proto i nemoc dokázal člověk přijímat

pokorně. Samouky v lékařství se stávali kněží, mnichové, kteří využívají ke studiu lékařských spisů. Koncem 1. tisíciletí vznikají první lékařské školy. V 15. století provozovaly návštěvní opatrovnictví v Praze diakonky, příslušnice protestantských řádů, které byly pro tuto opatrovnickou činnost školeny. Denně docházely za nemocnými, ošetřovaly je, myly, praly jim prádlo. Špatné hygienické podmínky 15. a 16. století hluboce zakořeněné představy obyvatelstva o zdraví, provázely boj o zvrát církevní moci. Církevní útlak se podařilo potlačit husitskému hnutí. Odsoudilo úpadek mravů církve a jejího učení. Podlomení moci katolické církve mělo tehdy za následek aktivizaci lidí, která se odrazila v politickém životě měst. Mnohem výrazněji se projevil vliv pražské university, která byla založena v roce 1348 Karlem IV. Universita měla tenkrát 4 fakulty, mezi nimi i lékařskou fakultu. Na rozvoj ošetrovatelské péče měly významný vliv války. Vyvolávaly zvýšenou potřebu péče o raněné, často za strašných hygienických podmínek. Změny v kvalitě ošetrovatelství se přisuzují období Krymské války v roce 1854 - 1856, kdy Florenc Nightingalová prosadila myšlenku odborně připravených žen pro péči o raněné vojáky. Vnímala ošetrování jako poslání, jako něco čemu se ošetrovatelka musí věnovat tělem i duší a co je hlavní náplní jejího života (1, 6).

### *1.1.1 Profesionální ošetrovatelství*

Profesionální ošetrovatelství se samozřejmě rozvíjelo spolu s rozvojem medicíny, se vzděláváním v medicíně a se vznikem nemocnic. I když úzce souvisí s jeho zakladatelkou Florenc Nightingalovou, určitá profesionální práce, kterou vyžadovalo fungování nemocnic, již existovalo i předtím. Na profesionalizaci ošetrovatelství měly velký vliv tři významné osobnosti. Florenc Nightingalová, ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov, který jako první vnímal ošetrovatelství jako plnohodnotné povolání a Henri Dunant, zakladatel Mezinárodního Červeného kříže. Kvalita ošetrovatelské péče se zvyšovala s narůstajícími odbornými poznatky těch, kteří tuto ošetrovatelskou péči poskytovali (4).

Moderní ošetrovatelství je úzce spjato s vývojem vzdělávání, dále rozvojem techniky a vstupem biomedicínských technologií do zdravotnictví. Ošetrovatelství má ve svém historickém vývoji specifikum v tom, že ošetrovatelská péče byla považována za samozřejmou neprofesní činnost v péči o člověka. Jako profese se systémovým

vzděláváním se neprosazovala lehce. Z charitativní péče, dále pomocníka lékaře a jeho asistenta se stává samostatně pracující odborník v oblasti uspokojování potřeb pacienta. Profesionální kvalifikací a definováním kompetencí získala profese ošetřovatelství odpovědnost za individuální potřeby péče o pacienta, která zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu a bio-psycho-sociálních potřeb pacienta, dále plánování, realizaci péče a její průběžné vyhodnocení. Tyto úkoly jsou plněny v souladu se zákony, profesními standardy a etickými principy. Současná podoba ošetřovatelství vyžaduje sestru profesionálku, která splňuje odborné vědomosti, dovednosti a potřebu dlouhodobého specializačního vzdělávání (3, 7, 8).

## ***1.2 Modely ošetřovatelství***

Začátek rozvoje teoretické základny v oboru ošetřovatelství nastal v polovině 20. století v USA a v Kanadě. Základy filosofie v ošetřovatelství položila v roce 1859 Florenc Nightingalová ve své práci *Poznámky o ošetřovatelství*. Konceptuální modely existují tedy již od dob Florenc Nightingalové, i když její pohled na ošetřovatelství není chápán jako konceptuální model, ale pouze jako teorie (3, 9).

Každá vědní disciplína a její teoretické modely vycházejí z určité filosofie a filosofického názoru. Konceptní modely ošetřovatelství odrážejí nejrůznější filosofické názory svých autorů (10). Jsou zaměřeny především na charakter vztahů mezi osobou a prostředím. Metaparadigma v ošetřovatelství jsou především osoba, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Paradigma ošetřovatelství jsou konceptuální modely a teorie, jejichž vývoj je postupný a odpovídá systému zdravotní péče jisté doby, ve které vzniká (11, 12). Kategorie konceptních modelů ošetřovatelství jsou vývojové modely zaměřeny na proces vývoje a dozrávání v lidském životě. Patří sem například model Oremové nebo Roperové. Modely systémů jsou zaměřeny na zkoumání systémů a jeho prostředí. Systémem je osoba a prostředí může být rodina jedince. Mezi modely systémů patří například model Kingové, Royové nebo Neumannové. Interakční modely zdůrazňují sociální úkony a vztahy mezi lidmi. Autorkami jsou Peplauová, Kingová, Orlandová. Modely potřeb jsou zaměřeny na uspokojování potřeb jedince. Patří sem například model Hendersonové nebo Abdelahové. Modely teorie a výsledku jsou zaměřeny na výsledky ošetřovatelské péče a jejich zhodnocení. Představitelkami jsou model Kingové a Neumannové. Modely humanistické vychází z principů humanizmu,



tedy respektování práv pacientů. Empatie, respektování pacienta, úcta k člověku. Představitelkami jsou například modely Nightingalové, Hendersonové, Oremové. Další jsou modely energetických polí, kdy se autorky zabývají rovnováhou energie člověka, například model Levineové nebo Rogersové. Modely intervence, zde je kladen důraz na intervence prováděné sestrou po náležitém odborném rozhodnutí. Mezi tyto modely patří modely Gordonové nebo Kingové. Modely a teorie substituce se zaměřují na poskytování náhrady pacientovi za schopnosti, které ztratil. Patří sem například modely Oremové a Peplauové. Modely a teorie konzervace jsou zaměřené, že sestra musí jednat tak, aby byla zachována dosavadní schopnost pacienta. Autorkami modelů jsou Roperová nebo Levineová. Modely podpory poskytují pacientovi pomoc při vyrovnávání se s poškozeným zdravím. Představitelkami jsou třeba modely Hendersonové, Levineové a Wiedenbachové. Modely a teorie posílení se zabývají zlepšením kvality života způsobem posílení. Patří sem modely Johnsové, Roperové. Lze konstatovat, že koncepční modely zdůrazňují činnosti, ukazují směr hledání otázek a poukazují na praktické řešení problémů (3, 4, 13).

### *1.2.1 Florenc Nightingalová*

Narodila se 12. května 1820 ve Florencii v Itálii. Odtud dostala svoje jméno Florenc, ale dětství prožila už v Anglii. Pocházela z aristokratické rodiny a od svého vzdělaného otce dostala velmi dobré vzdělání. To do značné míry ovlivnilo její osobnost a názory. V roce 1854 se zúčastnila mise v Turecku ve Scutaru, kde ošetřovala a učila ženy, jak mají pečovat o raněné vojáky (4). Dále během svého působení na Krymu poukazovala na nepříznivé prostředí, ve kterém vojáci byli ošetřováni, špatné hygienické podmínky a znečištěné prostředí. Florenc Nightingalová zformulovala teorii, která vysvětluje všeobecné chování ošetřovatelství a poskytuje základ rozvoji ošetřovatelské teorie a praxe. Teorie obsahuje tři základní vztahy. Prostředí pacienta, péči o pacienta a péči o prostředí. Zajímala se o zdravé prostředí v nemocnicích, také o domácí prostředí pacienta a o životní prostředí chudých. Podle Nightingalové je zdravé prostředí nezbytnou podmínkou správné ošetřovatelské péče. Popisuje pět základních součástí zdravého prostředí. Čistý vzduch, čistá voda, vyhovující kanalizace, čistota prostředí a světlo. Poukazovala na časté větrání, světlo především přímé, sluneční. Dále teorii prostředí doplnila i o problémy týkající se tepla, ticha a diety.

Stejně tak i hluk může negativně ovlivnit nemocného, to platí i o složení stravy. Florenc Nightingalová doplnila svou teorii o tzv. management maličností, který měl chránit pacienta před tělesným a duševním poškozením. Dále poskytuje návod na ošetřování a radí, jak „myslet jako sestra“. Nightingalová věnovala velkou pozornost pacientovi jako osobě a velmi dbala na správnou komunikaci, jak verbální, tak neverbální. Stanovila všeobecná pravidla pro praxi a rozvoj ošetřovatelství. Všeobecnost, jako vytvoření všeobecných návyků, popsala koncepty týkajících se sester, pacientů a prostředí. Přesnost na základě zkušeností. Předpokládala nutnost postavit ošetřovatelskou praxi více na pozorování a zkušenostech než na systematickém výzkumu. Jde o usměrněné chování sester v zájmu pacienta i sebe. Její návody byly zaměřeny na praxi, výzkum a vzdělávání. Kreativita a humanita důležitá pro schopnost růstu a změny. Udělala z ošetřovatelství důstojné civilní zaměstnání pro ženy středních vrstev. Nightingalová předvíдалa velké možnosti rozvoje ošetřovatelství jako vědy včetně publikací a výzkumu v oboru. Proto je právem pokládána za zakladatelku ošetřovatelství jako samostatného oboru (1, 3, 4).

### *1.2.2 Marjory Gordonová*

Narodila se v Clevelandu, ve státě Ohio. V roce 1974 stanovila jedenáct okruhů vzorců chování a poté v roce 1987 publikovala model funkčních vzorců zdraví (14). V roce 1982 až 2004 byla presidentkou severoamerické asociace pro ošetřovatelskou diagnostiku NANDA. V současné době je emeritní profesorkou na Boston College of Nursing William F. Connel School of Nursing (3, 14). Je mezinárodně uznávaná pro vizionářský rozvoj jedenácti funkčních vzorců zdraví, rámce pro hodnocení, který umožnil v ošetřovatelství formovat ošetřovatelskou diagnózu (18). Taxonomie NANDA transformovaná dle Gordonové zahrnovala 11 funkčních vzorců zdraví: 1. Vnímání zdraví, vzorec řízení zdraví, 2. Nutričně metabolický vzorec, 3. Vzorec vylučování, 4. Vzorec aktivity a cvičení, 5. Vzorec spánku a odpočinku, 6. Kognitivně percepční vzorec, 7. Vzorec vnímání sebe sama, 8. Vzorec role a vztahů, 9. Vzorec sexuality a reprodukce, 10. Vzorec zvládnutí a tolerance zátěže/stresu, 11. Vzorec hodnot a víry. Prostřednictvím publikační činnosti a dalšími aktivitami významně přispěla k testování ošetřovatelské diagnostiky v praxi. Marjory Gordonová chápala konceptuální modely jako základ pro rozhodování o tom, které informace o pacientově zdravotním stavu jsou

v ošetrovateľskej diagnostike dôležité. Konceptuálne modely dle Gordonovej poskytujú základ pre rozhodovanie o tom, jak nazírat na interakciu pacienta (rodiny, komunity) s prostredím, jaké ošetrovateľské ciele, jaké ošetrovateľské intervencie v súvislosti s pojetím konceptuálneho modelu zvolit. Dysfunkčné vzorce zdravia nesplňujú očakávané normy a jsou definované jako zdravotní problém. Tyto dysfunkčné vzorce zdravia vytváří terapeutický zájem ze strany sestier, pacienta, rodiny alebo komunity. Gordonová rozlišuje dva typy zdravotných problémů. Aktuální zdravotní problém popisující vysoké riziko pro dysfunkční vzorce zdravia, který je podkladem pro stanovení aktuální ošetrovateľskej diagnózy. Potenciálně dysfunkční vzorce zdravia představují objevení rizikového chování ve vztahu k vlastnímu zdravia. Stanovení potenciálně dysfunkčního vzorce zdravia je podkladem pro potenciální ošetrovateľskej diagnózy (3, 15, 16).

V roce 1994 Výbor pro taxonomii rozhodl o vzniku nové taxonomické struktury. Se svolením Marjory Gordonovej Výbor pro taxonomii upravil její strukturu a vytvořil taxonomii NANDA II. Došlo zde k roztrídění diagnóz do domén. Jedna doména byla rozdělena na dvě, dále byla přidána samostatná doména růst a vývoj a některé další byly přejmenovány. Dále byly vytvořeny definice pro jednotlivé domény a třídy NANDA International 2010 (3, 17).

### ***1.3 Ošetrovateľství konce 20 a začátku 21 století***

Po listopadu 1989 procházela československá společnost řadou změn a mimo jiné se velké změny děly i v ošetrovateľství, kdy se z podřízeného oboru mění v obor samostatný. V roce 1991 vznikla Česká asociace sestier (ČAS), která sdružila sestry a také další kategorie zdravotnických pracovníků. V roce 1982 byla Československá společnost sestier přijata do International Council of Nurses (ICN). V roce 1993, po rozdělení Československa se musela Česká republika o členství ICN znovu ucházet a v roce 1994 se ČAS stala členem ICN. Významnou kvalitativní přelomovou změnou ve vývoji ošetrovateľskej profese bylo stanovení kompetencí všeobecných sestier a porodních asistentek. Vymezení kompetencí pro všeobecnou sestru vychází z Evropské strategie WHO (World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace) pro vzdělávání regulovaných nelékařských profesí z roku 1998, direktiv Evropské komise a doporučení Evropské komise. Ve vzdělání sestier v České republice bylo zásadní změnou přijetí zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických

povoláních. Ošetrovatelské vzdělávání a praxe prošly na konci 20 a začátku 21 století změnami, které jsou výsledkem transformace zdravotnictví, což se projevilo i v kompetencích všeobecné sestry. Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Hlavním cílem ošetrovatelství je komplexně uspokojovat potřeby člověka s přihlédnutím k individualitě každého člověka. Zaměřuje se tedy na člověka jako celek a ne na nemoc nebo nemocnou část těla (1, 3).

### *1.3.1 Ošetrovatelský proces*

„Ošetrovatelský proces je základním kamenem vyspělého ošetrovatelství. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině“ (2, str. 5). Realizace ošetrovatelského procesu by měla sestře přinášet silnější zpětnou vazbu, předpokládá změnit tradiční a zaběhaný způsob práce sester. Ve světě se již ošetrovatelský proces používá jako základní metoda práce sester již více než padesát let, u nás se používá necelých dvacet let. Pojem ošetrovatelský proces poprvé použila ve své práci americká autorka Hallová v roce 1955. Po 40 letech socialismu v této zemi lidé jen pomalu přivykali možnosti volby. Proto po změně režimu probouzeli úžas právě ti, kteří dokázali okamžitě brát věci do svých rukou, na nic nečekat a tvořit. Mezi takové patřila už od prvních okamžiků svobody Marta Staňková (2, 19).

„Když nejsou zákony, ani peníze, uděláme, co je potřeba, sami a hned. Kdo bude čekat, bude čekat furt!“ Tato slova pronesla Marta Staňková v roce 1996. Netrvalo dlouho a touto metodou vznikla znovu po desítkách let nová česká Koncepce ošetrovatelství. Bylo to více než odvážné rozhodnutí, protože zákon o nelékařských povoláních, o který by se Koncepce ošetrovatelství měla opírat a s nímž by měla být v souladu, měl svůj počátek sice už v roce 1990, ale neustále se přepracovával a vracel k dalším a dalším projednáváním. Definitivně schválen byl až v roce 2004“ (19, str. 39).

„Metoda ošetrovatelského procesu je v současné době již poměrně známá, zavedená do klinické praxe a aplikována do výuky ve studijních programech ošetrovatelství“ (3, str. 105). Povinnost vykonávat ošetrovatelskou péči pomocí metody ošetrovatelského procesu byla zanesená do legislativních norem České republiky, tedy do Koncepte ošetrovatelství (Věstník MZČR č. 9/2004) a do vyhlášky č. 424/2004 Sb. (3). Ošetrovatelský proces nám umožňuje systematický a specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování nemocného. Probíhá v pěti fázích. Jako první je zhodnocení nemocného na základě zjišťování informací, za druhé je stanovení diagnózy, další, tedy třetí fáze je plánování ošetrovatelské péče. Jako čtvrtou fází rozumíme provedení navržených opatření a za páté je hodnocení efektu poskytnuté péče. Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sester, k nimž se sami iniciativně rozhodnou na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nedokáže signalizovat z důvodu těžkého zdravotního stavu nebo je z různých důvodů nemůže nebo nechce vyjádřit. Ošetrovatelský proces tedy vyžaduje aktivní neboli nabízenou ošetrovatelskou péči. Každá fáze je samostatná, ale ošetrovatelská péče musí být brána jako celek. Slovo proces je tedy chápáno jako průběh ošetrovatelské činnosti. Ošetrovatelský proces je kontinuální, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. Sestra musí nejdříve svého pacienta poznat, zjistit jeho problémy z ošetrovatelského hlediska. Prohlubující se poznání pacienta, jako osoby, lépe umožňuje sestře, aby to byl pro ni člověk se svými individuálními problémy a trápeními. Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester a přináší lepší pocit pracovní spokojenosti a také seberealizace. Umožňuje sestřám vyšší stupeň samostatnosti a řízení vlastní práce. Každý člen ošetrovatelského týmu vidí efekt své práce a neplní jen pasivně pracovní povinnosti. Kvalita ošetrovatelské péče závisí při provádění ošetrovatelského procesu především na práci sester, které jej provádějí. Je však zcela nezbytné, aby získávaly nemocné k maximální spolupráci v každé fázi ošetrovatelského procesu. Významnou roli zde hraje také rodina a osoby pacientovi blízké, se kterými sestra spolupracuje. Ošetrovatelský proces poskytuje sestřám profesionální model ošetrovatelské péče. Je to dynamicky probíhající proces, který vzájemně odráží samostatné funkce profesionálního ošetrovatelství (2, 20, 26).

### 1.3.1.1 Zjišťování informací, posuzování

Odehrává se první kontakt zdravotníka s pacientem. Pacient přichází do zdravotnického zařízení s obavami o své zdraví, tedy ve stresu. Je nezbytné, aby byl přijat vlídně, s porozuměním a bez spěchu. Právě první dojem, kterým sestra zapůsobí na pacienta, může významně a dlouhodobě ovlivnit jejich spolupráci a navázání důvěry. Je důležité osvojit si základní principy prvního kontaktu a také se jimi řídit. První rozhovor mezi sestrou a pacientem začíná vzájemným představením. Pacient musí získat přesvědčení o tom, že se o něho sestra zajímá již poté, co na oddělení či ambulanci vstoupil. Je tedy velice důležité si na první setkání a první rozhovor najít dostatek času, vhodné místo, ponechat pacientovi prostor na kladení otázek a ochotně mu odpovídat. Laskavé slovo a povzbuzení, že uděláme vše pro to, aby se brzy vyléčil, pro něho znamená mnoho. Důvěru pacienta ve zdravotníka posílí přívětivý výraz, upravenost a čistota oděvu a další komponenty neverbální komunikace. Vysvětlení komplikovanějších záležitostí je lepší předložit pacientovi v písemné formě a ponechat mu čas na jeho prostudování. Patří sem například provozní pravidla oddělení, souhlas s operací, souhlas s anestezií a další. Je třeba si uvědomit, že pacient přichází do nemocnice rozrušený a jeho schopnost vnímání a soustředění je snižena. Při rozhovoru tedy začínáme těmi nejdůležitějšími informacemi, protože ty počáteční si lépe zapamatuje. Pacient přicházející k hospitalizaci je často doprovázen svými příbuznými nebo blízkými. Ani ty nesmí být přehlíženi, sestra jim musí věnovat patřičnou pozornost, často stačí prohodit pár formálních vět. Informace od doprovázejících osob mohou často pomoci k diagnóze pacientovy choroby a poznání jeho osobnosti. Spousta pacientů totiž své problémy nepřizná nebo si je v té chvíli neuvědomí. Někteří naopak své potíže přeceňují a přikládají jim nepřiměřenou závažnost. U dětí je na rozhovoru s rodiči založena anamnéza. Navázání kontaktu s doprovázejícími osobami prohlubuje důvěru pacienta k sestře i k lékaři a napomáhá otevřenějšímu přístupu i pohovoru (22, 23, 24).

Pozorováním pacienta při prvním kontaktu se sestra snaží získat co neúplnější obraz o jeho zdravotním stavu a snaží se zmapovat celou jeho osobnost. Hodnocení nemocného umožňuje, lepší identifikaci specifických problémů pacienta a potřeby ošetrovatelské péče (23, 25). Sestra tedy plánuje péči na základě problémů, které sama u nemocného našla. Snaží se zmapovat celou jeho osobnost. Toho může dosáhnout jak

verbální komunikací, tak zjišťováním jeho subjektivních stesků, také pečlivým pozorováním objektivních příznaků choroby. Používá k tomu zrak, sluch, čich a hmat. Nejdříve posoudí stav vědomí, zda je při plném vědomí, orientován časem, místem a osobou. Všimá si, zda je klidný, rozčilený, vystrašený nebo pasivní. Pozoruje chůzi pacienta, polohu, kterou zaujímá, stav kůže nemocného, její barvy, vyrážek, kožního turgoru. Suchá a povadlá kůže je známkou nedostatku vody a soli v organismu, tedy dehydratace. Dehydratací jsou ohroženi především staří lidé, kteří nemívají pocit žízně, dále malé děti. K dehydrataci výrazně přispívá horečka a zažívací potíže, jako průjemy, zvracení. Následně dehydratace způsobuje řadu komplikací, například pokles funkce ledvin, zmatenost, trombózu, proto je jedním z prvořadých úkolů sestry dbát na dostatečný příjem tekutin. Opakem při srdeční nedostatečnosti, vysokém krevním tlaku a otocích je nutné tekutiny omezit. Bledé zbarvení kůže informuje sestru o anémii, žluté zbarvení o nedostatečnosti funkce jater či žlučových cest. Exantémy jsou projevem alergických reakcí a také jiných kožních i celkových onemocnění. Zpocená kůže může znamenat náhlý pokles tělesné teploty, ale také hypoglykémii při diabetes mellitus. Bledost může být projevem vasokonstrikce při strachu, ale také projevem akutního nebo chronického krvácení. Důležité je také všimnout si pachů, které se okolo pacienta šíří. Acetonový zápach v okolí diabetika v horšícím se stavu ukazuje na blížící se bezvědomí. O stavu pacienta může sestře mnohé napovědět výraz obličeje. Cushingova choroba charakterizuje měsícovitý obličej. Vpadlé tváře, zašpičatělý nos, cyanotické rty jsou charakteristické pro dehydrataci při onemocnění pobříšnice. Důležité je si všimnout jazyka nemocného. Nejčastěji vídáme suchý, povleklý jazyk při dehydrataci nebo poruchách gastrointestinálního traktu. Při prvním kontaktu pacienta se sestrou patří k povinnosti nemocného zvážit, změřit výšku a tělesnou teplotu, krevní tlak, puls, dech. Těmto údajům je třeba věnovat velkou pozornost. Pokud bychom měřili tlak dříve, než se pacient uklidní, často naměříme vyšší hodnotu, než pacient ve skutečnosti má (23, 24). Posuzování tedy zahrnuje sběr, ověřování, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu jedince, rodiny, komunity, protože komplexní databáze údajů je východiskem pro realizaci dalších fází ošetrovatelského procesu. Získávání údajů není však striktně ohraničeno na první fázi, ale je součástí všech fází ošetrovatelského procesu. Posouzení se dá rozdělit podle toho, v které části ošetrovatelského procesu se uskutečňuje na vstupní, průběžné a závěrečné. Vstupním posouzením se zjistí

dysfunkce, která tvoří základ pro ošetrovatelskou diagnostiku a plánování individualizované ošetrovatelské péče. Průběžné posouzení se tvoří během dalších fází ošetrovatelského procesu při zachycení a doplnění nových informací o stavu nemocného. Závěrečné posouzení zpracovává při překladech na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení, při propuštění do domácího ošetřování nebo ukončení ošetrovatelské péče. Získávané údaje se dělí na subjektivní, která jsou vnímána pacientem, například bolest, únava. Dále objektivní data jsou získávána přímým pozorováním, měřením, fyzikálním vyšetřením, porovnáváním například stavu a velikosti rány. Další jsou stálá data, která jsou neměnná, například identifikační údaje, pohlaví, krevní skupina, dalšími údaji jsou data proměnná například hodnoty fyziologických funkcí, laboratorní vyšetření. Zdroje údajů se rozdělují na primární a sekundární. Primárním zdrojem údajů je pacient, nebo jeho rodina a komunita, pokud jsou objektem ošetrovatelské péče. Jeho posouzením se získávají jedinečné anamnestické údaje zdravotního stavu a zároveň údaje o tom jak se cítí a co prožívá. Tyto údaje se mohou doplňovat ze sekundárních zdrojů, což je rodina nemocného, případně jiné osoby jemu blízké. Základní informační okruhy zpravidla vycházejí z jednotlivých komponent různých modelů ošetrovatelství a ze specifík příslušného klinického oboru, z nich pak vychází zhodnocení nemocného. Zahrnují kromě zdravotního stavu také stupeň soběstačnosti, životní styl, psychické vlastnosti a projevy a sociální situaci. Není zásadní, který soubor informačních okruhů sestry upřednostňují, ale důležité je, aby na každém pracovišti pracovaly s jednotným systémem informací, který je pro obor i pracoviště nejlepší a na němž se předem dohodnou (23). Rámec funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Gordonové je v současné době v rámci ošetrovatelského procesu v České republice nejpoužívanější. Podle názoru odborné veřejnosti z pohledu holistického pojetí člověka je považován za nejkompexnější (27). Je využíván ve výuce všeobecných sester a porodních asistentek na vysokých školách, ale především v klinické praxi, v zařízeních primární, sekundární i terciární péče (3).

Povinností sester a porodních asistentek je odebrat anamnézu nejpozději do 24 hodin po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. Následně v Nemocnici České Budějovice, a. s. stanovují ošetrovatelské diagnózy nejčastěji podle Taxonomie NANDA I a Taxonomie NANDA II. Shromažďování údajů o zdravotním stavu pacienta



je systematické, kontinuální a údaje jsou přístupné všem členům zdravotnického týmu a jsou zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci (28, 29).

#### 1.3.1.2 Ošetrovatelská diagnostika

Cílem ošetrovatelství je „zdraví“ „lidských bytostí“, dva z nejsložitějších vědeckých zájmů. Jevy spojené se zdravím, jako jsou spánek, výživa nebo komfort, jsou složité, protože zahrnují lidské prožitky. Nikdy jistě nevíme, co jiné lidské bytosti prožívají. Přesto je cílem ošetrovatelství identifikovat lidské prožitky a potřeby od nich se vyvíjející (30, 31). U lidí také existuje obrovské překrývání diagnostických náznaků a mnoho souvisejících faktorů, jako například kultura, což může měnit perspektivu diagnózy. Ošetrovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě vyhodnocení všech získaných informací. Stanovení ošetrovatelské diagnózy tvoří tedy druhou fázi ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnóza znamená verbalizaci pacientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně naplánovaná ošetrovatelská péče. Je to závěr provedený sestrou na základě důsledného a systematického sběru informací o pacientovi. Ošetrovatelská diagnóza může popisovat jak současné zdravotní problémy, tak, ty které mohou teprve vzniknout, lze je očekávat. Ošetrovatelská diagnóza nekopíruje lékařskou diagnózu, zatímco lékařská diagnóza označuje nemoc či poruchu zdraví, tak ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka. Jak se mění jeho soběstačnost, nálada, jaké problémy a trápení mu přináší. Cílem péče postavené na ošetrovatelské diagnóze je dosáhnout maximálního stupně fyzické a psychické pohody nemocného (23, 29).

Diagnostický proces je proces analýzy a syntézy ze získaných poznatků, při němž se uplatňuje řada myšlenkových procesů, jako je objektivita, rozhodování, kritické myšlení, indukce a dedukce. Získané údaje se analyzují s ohledem na diagnostické komponenty ošetrovatelských diagnóz, o kterých se předpokládá, že správně vyjadřují problém pacienta. Identifikace zdravotních problémů a rizik, znamená schopnost rozpoznat, které aktuální problémy, nebo rizikové faktory jsou přítomné a jaký je potenciál pacienta eventuálně rodiny, komunity. Formulace diagnostického závěru je vytvoření ošetrovatelské diagnózy podle standardní struktury P-E-S, kdy se zaznamená problém P je název diagnózy, etiologie E jsou související faktory, symptomy S definující charakteristiky v případě aktuální ošetrovatelské diagnózy nebo jen P-E

v případě potencionální diagnózy. Charakteristiky diagnostického závěru vychází z údajů získaných posouzením pacienta, jsou jasné stručné a přesné, vztahují se na jeden problém pacienta, jsou specifické a zaměřené na nemocného. Ošetřovatelské diagnózy se na konci diagnostického procesu seřazují podle priorit a naléhavosti řešení. Prioritou jsou vždy samozřejmě život ohrožující stavy. Ošetřovatelská diagnóza je charakterizovaná jako klinický závěr o odpovědích pacienta nebo rodiny, komunity, na aktuální nebo potencionální zdravotní problémy. Závěr lze stanovit jen po pečlivém a systematickém procesu sběru dat ve fázi posouzení. Formulace ošetřovatelské diagnózy je tedy výsledkem diagnostického procesu. Tvoří základ pro výběr ošetřovatelských intervencí na dosažení výsledků, za které je zodpovědná sestra. V současné době se za mezinárodní standard v oblasti ošetřovatelské diagnostiky pokládá klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA International Taxonomie II (3, 33). NANDA International 2012 – 2014 (vydaná v listopadu 2011) přinesla nové kapitoly o 16-ti nových ošetřovatelských diagnózách, které nabízejí využití sesterských diagnóz v edukaci, klinické praxi, 11 ošetřovatelských diagnóz bylo zredukováno, dále zaměřeno na sesterskou administrativu a studenty (34).

NANDA Taxonomie je založena na anglo – amerických kulturních hodnotách a normách, není tedy možné ji automaticky aplikovat na podmínky praxe v České republice. Je důležité vyvinout a respektovat specifické dodatky pro platnost diagnózy v rámci dané kultury (5). Struktura Taxonomie II má tři úrovně – domény, třídy a ošetřovatelské diagnózy. Každá ošetřovatelská diagnóza je daná podle konkrétních diagnostických komponent. Standardizovaný název, číselný kód, definice, definující charakteristiky a související nebo rizikové faktory. Ošetřovatelské diagnózy jsou rozdělené na několik typů. Aktuální, potencionální, syndromovou a wellness ošetřovatelskou diagnózu (3, 32). Diagnostický algoritmus je specifická metoda, která umožňuje přesně určit, jaké dysfunkční potřeby se u pacienta v daném čase vyskytují. Jde o způsob myšlení, který vede k jasnému a přesnému diagnostickému závěru. Diagnostický algoritmus je rozdělený do tří fází a každá z nich je zaměřená na diagnostiku jiného typu ošetřovatelských diagnóz. První fáze se zaměřuje na diagnózy aktuální, druhá na potencionální a třetí na diagnózy typu wellness a na podporu zdraví. U syndromových diagnóz se postupuje jako u aktuálních diagnóz. První fáze se zaměřuje na vyhledávání diagnostických znaků, charakteristik souvisejících faktorů aktuálních,

popřípadě syndromových, ošetrovatelských diagnóz v příslušných diagnostických doménách neboli třídách. Při diagnostice je dobré postupovat podle diagnostických tříd od první domény k poslední. Vždy je třeba u každého pacienta posoudit, zda je smysluplné v dané třídě vyhledávat diagnózy. Pokud ano, postupuje se podle kroků diagnostického algoritmu. Vyhledávání souvisejících faktorů následuje tehdy, když se našla minimálně jedna definující charakteristika určité diagnózy a pokračuje se vyhledáváním souvisejících faktorů. Nepřítomnost souvisejících faktorů vylučuje potvrzení dané diagnózy u pacienta. Pokud se související faktory potvrdily, následuje ověření diagnózy. Zjišťuje se, zda je pacient ve stavu popsaném v definici této ošetrovatelské diagnózy. Pokud je ověřený výsledek kladný, zapíše se přítomnost této dysfunkční potřeby do ošetrovatelské dokumentace v podobě názvu ošetrovatelské diagnózy a číselného kódu. Pokud je výsledek negativní, je nutné ještě zkontrolovat předcházející kroky, jestli nedošlo k nepřesnosti při vyhledávání souvisejících faktorů. Aktuální ošetrovatelská diagnóza je dokládána definujícími charakteristikami, S – symptomy a související faktory E – etiologie. Pro tento typ diagnózy se tedy doporučuje trojsložková formulace prostřednictvím struktury PES – problém, etiologie, symptom. Pro zápis problému, etiologie se mohou použít slova „ve spojitosti, v souvislosti, ve vztahu k,, a další. Pro zápis definující charakteristiky se používá slovní spojení „projevující se.“ Druhá fáze ošetrovatelských diagnóz se zabývá vyhledáváním potenciálně dysfunkčních potřeb nemocného podle rizikových faktorů potenciálních diagnóz. Přítomnost potencionálně dysfunkční potřeby představuje vysokou míru pravděpodobnosti, že se daná potřeba v dysfunkční variantu rozvine. Pro zápis potencionální ošetrovatelské diagnózy je doporučena dvousložková formulace P - E, problém, etiologie. Ve třetí fázi se vyhledávají ošetrovatelské diagnózy typu wellness a diagnózy na podporu zdraví. Pro diagnózu jsou stanoveny pouze definující charakteristiky, neboli symptomy S. Diagnostický postup je shodný s první fází, která je pouze zkrácená o druhý krok. Sestra diagnostička se vyhýbá předčasně stanovené diagnóze, dokud nemá k dispozici dostatečné údaje pro podporu diagnostického úsudku. Flexibilita úsudku umožňuje sestřám zvážit různé diagnózy a ve spolupráci s pacientem jim pomáhá určit diagnózu co možná nejpřesněji (3, 36, 27).

S vývojem ošetrovatelské terminologie došlo k propojení aktivit asociace NANDA – International a odborných seskupení, která tvoří standardizovanou nabídku

ošetřovatelských intervencí a výsledků ošetřovatelské péče. Toto propojení zastřešuje Aliance NNN. Tento název je odvozen z počátečních písmen NANDA – International, NIC a NOC. Asociace NANDA – International tvoří materiál pro přesnou ošetřovatelskou diagnostiku. NIC – Nursing Interventions Classification tvoří rozsáhlý soubor ošetřovatelských intervencí a pod ně spadajících činností. NOC – Nursing Outcomes Classification se věnuje vývoji standardizovaných výsledků ošetřovatelské péče. Výhoda spočívá v tom, že ke každé ošetřovatelské diagnóze jsou stanoveny konkrétní ošetřovatelské intervence a výsledky (17, 32, 36).

### 1.3.1.3 Plánování

Pokud jsou nalezeny ošetřovatelské diagnózy, je třeba naplánovat jejich řešení. Sestra vypracuje individuální plán ošetřovatelské péče. Tato fáze je nezbytná pro dosažení kvalitní ošetřovatelské péče. V ošetřovatelském plánu na základě ošetřovatelských diagnóz sestra stanoví cíle péče, způsoby, jakými bude individuální problémy pacienta společně řešit a pořadí v jakém bude postupovat. Plán vychází z priorit ošetřovatelských diagnóz, formulace cílů a výsledných kritérií, plánování ošetřovatelských intervencí, sestavení písemného plánu ošetřovatelské péče. Vysokou prioritu mají diagnózy ohrožující život, například kardiovaskulární, respirační, neurologické funkce, neuspokojené fyziologické nebo vývojové potřeby. Střední prioritu mají problémy ohrožující zdraví a potřeby týkající se rozvoje osobnosti mají nízkou prioritu. Ošetřovatelský plán má dvě části. Stanovení cílů a plán ošetřovatelských činností neboli intervencí. Cíl je charakterizován jako dosažitelná změna ve zdravotním stavu pacienta po realizaci ošetřovatelské intervence. Vychází z problému pacienta, rodiny, komunity. Na základě časového horizontu a reálného dosažení cíle se dělí na cíl krátkodobý a dlouhodobý. Krátkodobé cíle mohou být splněny do několika hodin a dní. Dlouhodobé jsou vhodné pro pacienty s chronickým onemocněním při dlouhodobé hospitalizaci. Mohou být zaměřeny na ošetřovatelskou péči, na edukaci pacienta nebo jeho rodiny. Po stanovení ošetřovatelských cílů plánuje sestra, pokud je možné ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou, jak nejlépe stanovených cílů dosáhnout. Sestra musí být schopna správně identifikovat problémy pacienta. Při plánování péče bere v úvahu i ošetřovatelské problémy a rizika vyplývající z lékařské diagnózy. Sestra musí prokazovat dostatek odborných znalostí a zkušeností,

aby naplánovala takové intervence, jaké jsou pro pacienta nejprospěšnější. Ošetrovatelské intervence se zaznamenávají v logickém pořadí s uvedením času a zodpovědné osoby. V případě potřeby může sestra některé navržené specifické intervence konzultovat s jinými specialisty, například nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, rehabilitačním pracovníkem. Plány péče se systematicky aktualizují vzhledem ke změnám zdravotního stavu pacienta a ke změnám terapeutického plánu. Mimo plán ošetrovatelské péče jsou další ošetrovatelské postupy zaznamenány v různých protokolech, například protokol předoperační přípravy, dále v nařízeních, například hlášení o výskytu nozokomiálních nákaz. Pro pacienty s vybranou medicínskou diagnózou i se stejnými ošetrovatelskými problémy je vypracován standardní ošetrovatelský plán. Tento plán stanovuje prioritní ošetrovatelské diagnózy a cíle. Dále obsahuje výsledná kritéria a ošetrovatelské intervence. Poskytuje základní šablonu k vypracování individuálního plánu. Slouží k urychlení rozhodování, hodnocení výsledků a zjednodušení administrativní práce sestry. Velký časový i ošetrovatelský přínos v praxi také vykazují pracoviště, kde používají tak zvané mapy péče, kde jsou podrobně popsány jednotlivé kroky v péči o pacienty se specifickými klinickými problémy. Je určena pro skupinu pacientů s konkrétní medicínskou diagnózou a rozvržena na každý den plánované ústavní péče či domácí léčby. Vymezuje cíle ošetrovatelské péče pro pacienty v rámci jednotlivých ošetrovatelských diagnóz, intervencí, jejich návaznost i časovou vymezenost. Mapy péče v klinické praxi vychází ze systémů financování nemocnic s cílem redukovat náklady na ošetrovatelskou péči při udržení či zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Mapy péče jsou jedním z nástrojů zvyšování kvality ošetrovatelské péče (3, 17, 37).

#### 1.3.1.4 Realizace

Realizace ošetrovatelského plánu je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu a propojuje všechny fáze procesu v jeden dynamický celek. Realizace je brána jako provedení ošetrovatelských intervencí v klinické praxi, které jsou zaměřené na dosažení cíle ošetrovatelské péče. Pokud není naplánovaná individuální péče řádně provedena, necítí pacient žádné zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces se stává spíše administrativní záležitostí. Ošetrovatelské intervence lze rozdělit na přímé a nepřímé. Přímá intervence se poskytuje přímo v interakci s pacientem a nepřímá se

poskytuje mimo pacienta, ale pro něho. Je to například péče o pomůcky, o prostředí, dále sem patří interdisciplinární spolupráce. Z hlediska kompetencí sester se ošetrovatelské intervence rozdělují na nezávislé, závislé a součinné. Nezávislou intervenci provádí sestra na základě svých kompetencí. Závislá intervence je ta, kterou vykonává sestra podle ordinace lékaře nebo mu asistuje u různých vyšetření či výkonu. Součinné intervence provádí sestra buď společně s jiným členem zdravotnického týmu, například ošetrovatelská rehabilitace. Proces realizace probíhá v několika fázích. Opětovné posouzení pacienta znamená rychlé zhodnocení stavu pacienta ještě před realizací intervence. Ověření platnosti plánu znamená kontrolu naplánovaných intervencí, protože plán podléhá změnám podle zdravotního stavu pacienta. Posouzení potřeby asistence při intervenci, zda sestra potřebuje pomoc dalšího pracovníka při realizaci péče, aby nebyla ohrožena bezpečnost pacienta. Realizace ošetrovatelských intervencí se pohybuje ve čtyřech základních oblastech. Je to podpora zdraví, ochrana zdraví, obnova zdraví a péče o umírající. Sestra důsledně pracuje podle standardů ošetrovatelské péče. Sestra provádí supervizi v případě, když delegovala intervenci na jiného člena ošetrovatelského týmu. Realizaci každé intervence sestra písemně zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace, tak aby byla dostupná všem členům týmu a tím se předešlo omylům či chybám. Podpisem sestry, uvedením času a datumu, je vyjádřena zodpovědnost za vykonanou intervenci. Ústně oznamuje při předávání služby a také během sesterské vizity. Sestra při realizaci intervencí uplatňuje tři kategorie zručnosti. První je kognitivní neboli intelektová zručnost, mezi které patří například využívat mezioborové vztahy, etický kodex, práva pacientů, schopnost kreativně řešit problémy, dělat a přijímat rozhodnutí, schopnost kritického myšlení a další. Druhou kategorií je interpersonální zručnost, která je uplatňovaná v mezilidských vztazích, v interakci, která zahrnuje schopnost verbálně i neverbálně komunikovat, asertivní jednání, schopnost empatie, projevovat zájem a porozumění, rozvíjet důvěru pacienta i jeho rodiny a komunity. Třetí zručností je tak zvaná technická zručnost, která se týká především manuální zručnosti při ošetrovatelských výkonech, při manipulaci s přístroji a asistenci lékaři při různých výkonech. Ošetrovatelská péče související s potencionálními ošetrovatelskými diagnózami je zaměřena na preventivní opatření, aby nedošlo k hrozícímu problému a aby riziko jeho vzniku bylo sníženo nebo úplně odstraněno (3, 29).

### 1.3.1.5 Vyhodnocení

Vyhodnocení je pátou, tedy poslední fází ošetrovatelského procesu. Hodnocení poskytuje sestře zpětnou vazbu, protože pomáhá zjistit efektivnost ošetrovatelské péče, sestra analyzuje vliv různých ošetrovatelských zákroků na dosažení stanovených cílů. Zvlášť cenné bývá vyhodnocení, zavádějí-li se do praxe nové způsoby ošetrovatelské péče. Zpětný pohled na poskytnutou péči informuje i o tom, zda je nutné lépe vzdělávat zdravotnický personál. Hodnocení provedené sestrou je založeno na získání objektivních hodnot, které svědčí o pozitivním, žádném nebo negativním efektu ošetrovatelské péče. Průběžně hodnotí efekt péče každý zdravotnický pracovník, soustavně však hodnotí poskytovanou péči především sestra, která ji pro pacienta naplánovala. Při hodnocení je také nutné si všimnout, do jaké míry se na účinnosti péče podílel sám pacient, popřípadě jeho rodina či jeho blízké okolí. Pacient při hodnocení efektu péče vyjadřuje svoje subjektivní pocity. Účast pacienta při hodnocení je stejně nezbytná, jako ve všech ostatních fázích ošetrovatelského procesu. Je nezbytné mít zpětnou vazbu od člověka, který je příjemcem ošetrovatelské péče. Pokud má pacient pocit, že cíle dosaženo nebylo, může nám účinně pomoci najít vhodný způsob řešení. Podle toho, ve které části ošetrovatelské péče se hodnocení nachází, se rozděluje na tři typy. Je to hodnocení termínované, průběžné a závěrečné. Termínované hodnocení se provádí v daném čase, datu, která jsou uvedena v cíli. V zápisu se uvádí úroveň splnění cíle, zda je nutná revize plánu, popřípadě co je důvodem nesplnění cíle. Průběžné hodnocení se provádí během celé doby poskytování ošetrovatelské péče. Hodnotí se reakce pacienta na poskytovanou péči, změny ve zdravotním stavu. Výskyt nových problémů udává nutnost revize ošetrovatelského plánu. Průběžně se hodnotí a opakovaně posuzuje stav vědomí, vitální funkce, vyprazdňování, stav sliznic, bolest, hojení rány, chuť k jídlu, příjem a výdej tekutin a úroveň soběstačnosti. Závěrečné hodnocení se provádí při propuštění, překladi nebo při ukončení poskytování ošetrovatelské péče a dokumentuje se jako ošetrovatelská propouštěcí zpráva. Přehledně se sestaví poskytovaná ošetrovatelská péče. V případě potřeby se uvádějí doporučení pro další ošetrovatelskou činnost. V závěrečném hodnocení se popíše v jakém zdravotním stavu z hlediska ošetrovatelské péče pacient přijat, které se řešily ošetrovatelské diagnózy v plánu péče a jaká edukace byla provedena, popřípadě v čem se doporučuje pokračovat v domácím ošetřování nebo v ambulantní péči (3, 29).

### *1.3.2 Ošetřovatelská dokumentace*

Uskutečnění všech fází ošetřovatelského procesu se zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Ošetřovatelská dokumentace je vedena současně s dokumentací lékařskou. Lékař by měl sledovat sesterskou dokumentaci obdobně, jako provádí sestra sledování dokumentace lékařské. Její vedení umožní sestře zaznamenat všechny aktuální změny ve zdravotním stavu pacienta a všechny jeho potřeby (38). Veškeré údaje do dokumentace o poskytnutí ošetřovatelské péče zaznamenává sestra v písemné nebo elektronické podobě. V Nemocnici České Budějovice, a. s. je elektronická podoba ošetřovatelské dokumentace rozpracována a do klinické praxe se bude postupně zavádět v roce 2014, možná později. Ošetřovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací pro veškerý ošetřovatelský tým, který smí nahlížet do ošetřovatelské dokumentace, a tím jasně dokládá jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu. Poskytuje chronologický přehled o poskytované péči. Dále poskytuje údaje pro statistické účely, pro potřeby ošetřovatelského výzkumu i jako pedagogický materiál. Dále se zpracovává na kontrolu kvality péče a v neposlední řadě jako zdroj informací o poskytnuté ošetřovatelské péči je právním dokumentem a je uznávána jako soudní důkazový materiál (3, 23).

### *1.4 Motivace*

Motivace je naše hnací síla. Pokud jsme k něčemu motivovaní, snažíme se překonat veškeré překážky, abychom dosáhli daného cíle. Pouze tehdy, je-li manažer sám motivovaný k dosažení cíle, dokáže na svoji stranu strhnout ostatní a správně je motivovat. Manažerské procesy jsou dnes považovány za základ filozofie podnikového řízení. Přechodem od funkčního na procesní management se změnilo pojetí manažerské práce. Manažer již není nařizovatel, ale přechází od kontrolních a direktivních rolí k roli zprostředkovatele a poradce. Mocenské vztahy mohou být nejen využívány například pro motivaci pracovníka, ale i zneužívané pro zastrašení druhého. Moc vedoucích pracovníků se dělí do dvou skupin. Moc vyplývající z funkce, kterou člověk v organizaci zastává a moc založená na osobních charakteristikách pracovníka. Manažer může v různých situacích využívat různé mocenské nástroje. Preference donucovací a trestající moci v řízení lidí je scestná, neboť dříve či později vede k poklesu aktivity, růstu nespokojenosti a konfliktům nebo k odchodu schopných a výkonných pracovníků.



Moc je důležitým nástrojem vedení a ovlivňování. Mění se pracovní podmínky preferují moc založenou na osobních charakteristikách a její veškeré uplatňování ve prospěch organizace. Moc je jedním ze zdrojů motivace a v kombinaci se snahou pomáhat a prospívat se stává dobrým základem úspěšného vedení. Důležitou roli v oblasti motivace na oddělení hraje sestra manažerka. Pravidlem je skutečnost, že sestry na oddělení nelze motivovat, pokud sestra manažerka sama motivovaná není. Jestliže o správnosti myšlenky, programu nebo rozhodnutí manažerka oddělení není přesvědčena, nemůže přesvědčovat ostatní (39, 40, 46). Abychom mohli inspirovat a motivovat jednotlivce nebo skupinu, musíme být nejen sami motivováni, ale musíme proniknout k jejich motivačním silám, pochopit je a potom tyto síly využít. Motivovat zaměstnance je třeba v případech, kdy se rozpadá organizační kultura, kdy oddělení prochází krizovými situacemi, kdy se zavádí změny, jako například program kontinuálního zvyšování kvality, když se připravuje oddělení na akreditace nebo mění strategické plány oddělení. Manažerky by neměly motivovat sestry a zapojovat je do rozhodovacího procesu v případech, kdy o věci bylo již nezvratně rozhodnuto. Zapojovat sestry v takovém případě do rozhodovacího procesu a motivovat je k aktivní participaci může pouze narušit vzájemné vztahy a důvěru. Co motivuje sestry? To, co většinu lidí. Podle Maslowa to nejsou pouze peníze a odměny, ale také uznání a stupeň pozitivní interakce mezi jednotlivci a týmy na oddělení nebo v rámci celého zdravotnického zařízení (44, 45). V některých zdravotnických zařízeních se management snaží zainteresovat svůj personál do aktivit, které přesahují rámec formálního zaměstnání, například sportovní akce, společné výlety, zájezdy nebo společenské akce. Takovéto aktivity podporují u zaměstnanců týmového ducha, pocit pospolitosti a sounáležitosti. Zaměstnanci, kteří se aktivně účastní neformálních společenských nebo sportovních akcí mimo pracovní dobu, se motivují mnohem snadněji než ti, kteří žijí v prostředí společenské sterility. Stejně jako lze zaměstnance motivovat, je možné docílit i jejich demotivace. Pracovní přetížení, nevhodný systém, špatný přístup k realizaci změn, rozhodování o lidech bez lidí, pokládání lidí za pouhé nákladové položky, nevhodná volba manažerských technik a přístupu k lidem, nedostatečná komunikace, nuda, monotónní práce jsou pouze některé z faktorů, které mohou zaměstnance demotivovat a vést je ke ztrátě iniciativy, produktivity nebo kvality, či dokonce k absentérství a fluktuaci. Takové prostředí narušuje organizační

kulturu a vede k organizační depresi. Sestry jsou schopny podat neuvěřitelné výkony, existuje-li na oddělení kombinace pozitivního, radostného prostředí a motivačního vůdcovství. Cílem motivace je zajistit určitý vzorec chování nebo dosažení určitého výsledku a podpora rozvoje maximálního potenciálu zaměstnance. Konflikty jsou běžnou součástí jak vnitřního, tak rodinného, pracovního i mimopracovního světa. Bezkonfliktní život prakticky neexistuje. Konflikt sám o sobě tedy není patologickým jevem. Významný je však počet a hloubka konfliktů. Předcházení konfliktům a ovládnutí základních pravidel jejich řešení by mělo patřit do rámce praktických návyků zejména vedoucích pracovníků. Konflikty však může vyvolávat i samotná postava vedoucího pracovníka. Zejména autokraticky řídící pracovník, který si osobuje právo rozhodovat o všem sám, neptat se na mínění podřízených. Takový vedoucí vytváří prostředí, v němž se dobře daří podlézavosti, pomlouvám, závisti, neboť otevřená kritika je nežádoucí. Avšak ani v opačném případě, to je při liberálním stylu řízení, není pracovní skupina ušetřena konfliktů. Naopak řídící pracovník, který ponechá věcem volný průběh, vyvolává často zmatek, nepřehlednost a nejistotu v povinnostech a právech každého člena skupiny. Nejméně konfliktní je řídící pracovník s demokratickým stylem řízení. Nastoluje určitá pravidla, je však schopen a ochoten o nich diskutovat, měnit je a je-li to třeba, brát v úvahu připomínky podřízených. Každý manažer musí mít na zřeteli, že nejběžnější příčinou fluktuace je nevyužívání potenciálu podřízených (40, 41, 46).

Výběr správných lidí, jejich výcvik a delegování pravomoci patří k nejdůležitějším aspektům řízení. Je nemožné, aby jeden člověk vykonával veškeré úkoly vedoucí k dosažení skupinových cílů. Ten, kdo se nenaučí delegovat, tak bude vždy patřit jen ke schopným podřízeným. Nad každým úkolem je třeba si položit dotaz typu, zda existuje důvod proč nedelegovat nebo komu budu delegovat. Dále vyvarovat se výmluv typu, vždyť je rychlejší, když to udělám sám. Delegujeme zásadně jednotlivci, ne skupině a je zároveň třeba delegovat i odpovědnost za provedené aktivity (42, 43).

Aby mohla manažerka motivovat a inspirovat ostatní sestry, potřebuje mimo jiné především pečovat o své zdraví. Je totiž snadnější inspirovat oddělení, těší-li se plnému fyzickému, duševnímu a duchovnímu zdraví a vyzařuje-li z vás samých energie a vnitřní síla. Sestra manažerka, která se neustále rozdává, která neustále předává svou

vitalitu a vnitřní energii, nesmí zapomínat na své vlastní dobíjení své vnitřní baterie. Existuje celá řada praktických nástrojů, které pomáhají člověku udržet vysokou hladinu energie. Jedním z praktických nástrojů je networking, vytvoření sítě přátel nebo profesionálů, kteří se mohou stát našimi poradci, pomocníky, zdroji k vnitřní regeneraci, k získání sebemotivace a vnitřní energie. To, s kým se stýkáte, s jakými lidmi často hovoříte, dobíjí nebo naopak vybíjí naši životní baterii. To, jak vnímáme sami sebe, říkáme si neustále, že to nebo ono nezvládneme, že nemáme dostatek sil, že se nám v poslední době nic nedaří, ovlivní náš vlastní stupeň energie. Součástí motivačního procesu je úcta k lidem. Úcta dává lidem pocit, že jsou pro organizaci důležití a že má organizace o ně starost. Každému člověku v organizaci by měla být vyjádřena úcta a vděčnost za to, že přispěl k dosažení cílů organizace (42, 46).

## **2 Cíle a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1. Zjistit postoj sester na interních a chirurgických odděleních k ošetrovatelskému procesu v praxi.

Cíl 2. Zjistit možnosti ošetrovatelského procesu v praxi se zaměřením na specifická oddělení.

### **2.2 Hypotézy a výzkumné otázky**

Hypotéza 1 Sestry na interních odděleních jsou v praxi spokojenější s ošetrovatelským procesem než chirurgické sestry.

Hypotéza 2 Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem než sestry bez vysokoškolského vzdělání.

Hypotéza 3 Sestry nejsou spokojené se zaznamenáváním ošetrovatelských diagnóz v praxi.

Hypotéza 4 Chirurgické sestry by uvítaly méně dokumentace proti sestrám z interního oddělení.

Hypotéza 5 Sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem na dobře fungujícím pracovišti než na pracovišti s dlouhodobě neutěšenou situací.

Výzkumná otázka 1 Jak je možné zlepšit spokojenost sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s.?

### 3 Metodika

#### 3.1 Způsob zpracování

Výzkumné šetření je kvantitativně kvalitativní. Ke sběru dat při kvantitativním šetření v diplomové práci byla použita metoda dotazování, technika dotazníků. Dotazník byl zcela anonymní. Na techniku sběru dat byl použit dotazník s převahou uzavřených otázek, některé otázky byly polozavřené a jiné otevřené. První dvě otázky byly identifikační, další čtyři byly zaměřené na vzdělávání sester, zbývající se týkaly spokojenosti s prováděním ošetrovatelské anamnézy, určováním ošetrovatelských diagnóz, vedením ošetrovatelské dokumentace, plánováním a realizací ošetrovatelské péče, kde je poskytnut prostor pro vyjádření vlastního názoru (nápadu na zlepšení). Posledních sedm otázek se týkalo motivace sester. Dotazníky byly rozdány v období od února do března 2013.

Dotazníky pro sestry (Příloha 1) byly rozdány na odděleních s interním zaměřením a na odděleních s chirurgickým zaměřením v Nemocnici České Budějovice, a. s. Na těchto odděleních bylo rozdáno 200 dotazníků pro sestry a 180 sester tyto dotazníky plně vyplnilo. Výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Office Excel a statisticky do tabulek pomocí programu Microsoft Office Excel a programu SPSS 16. Při statistickém zpracování bylo použito metody popisné statistiky, dále dvouvýběrový t test, četnostní tabulka, chí kvadrát test, kontingenční tabulka a neparametrická korelace.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo prováděno s vrchními i staničními sestrami na odděleních s interním zaměřením i chirurgickým zaměřením metodou polostrukturovaného rozhovoru (Příloha 2), který zahrnoval 17 otázek. Tři otázky byly identifikační, další tři se týkaly motivace ke vzdělávání sester, další byly zaměřené na podmínky na pracovišti k provádění ošetrovatelského procesu, popřípadě v čem vidí příčinu problému, závěrečné se týkaly atmosféry na pracovišti a tím ovlivnění efektivity práce. Rozhovor byl veden na jednotlivých pracovištích, trval 30 minut a byl zaznamenán písemnou formou, poté pro lepší přehlednost byly zpracovány a přepsány do rozhovorů. Následně byla vytvořena schémata v programu Smart Art. Výzkumné šetření proběhlo od ledna do března 2013.

### **3.2 Charakteristika výzkumu**

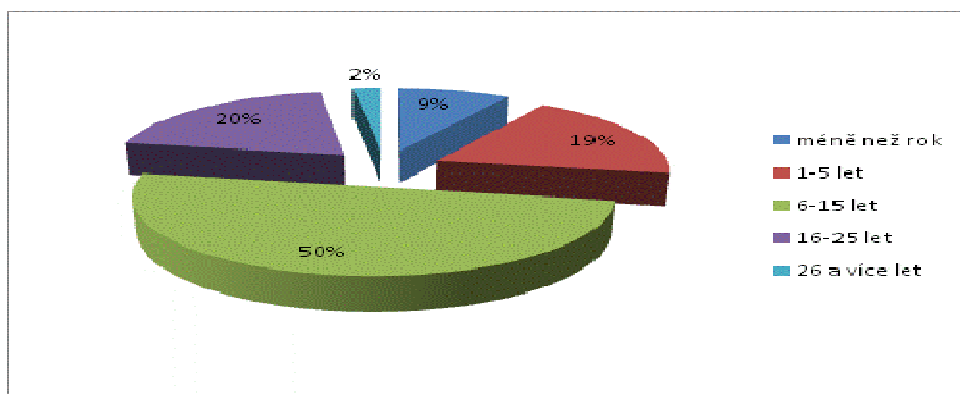
Výzkumný soubor z kvantitativního výzkumného šetření tvořily sestry z oddělení s interním a chirurgickým zaměřením. Výzkumný vzorek tvořilo 180 sester, které pracují na odděleních s interním a chirurgickým zaměřením ve směnném provozu. 90 sester (100 %) bylo z oddělení s interním zaměřením a druhých 90 sester (100 %) bylo z oddělení s chirurgickým zaměřením. Nejčastější délka praxe na odděleních s interním zaměřením je 6 – 15 let, s nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolské studium. Na odděleních s chirurgickým zaměřením je nejčastější délka praxe 16 – 25 let, s nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním vysokoškolské bakalářské.

Výzkumný soubor z kvalitativního výzkumného šetření tvořilo 8 staničních a vrchních sester pracujících v Nemocnici České Budějovice, a. s. 4 vedoucí sestry byly z oddělení s interním zaměřením a 4 vedoucí sestry z oddělení s chirurgickým zaměřením. Výběr probíhal náhodně, podle ochoty odpovídat na mé dotazy. Všechny, kromě jedné vedoucí sestry, jsou ve funkci více než 5 let, sedm jich má vysokoškolské vzdělání, jedna postgraduální specializační studium.

## 4 Výsledky

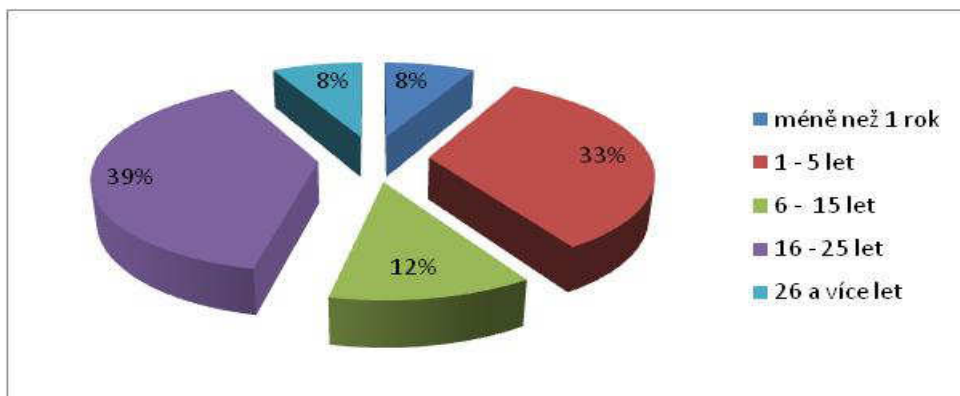
### 4.1 Grafické zpracování otázek z dotazníku pro sestry

**Graf 1a Délka praxe sester na odděleních s interním zaměřením**



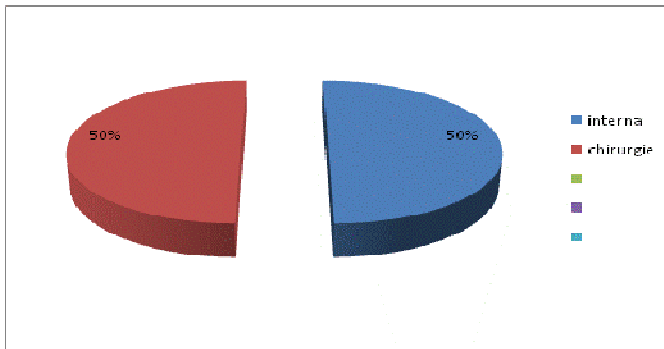
Z celkového počtu 90 sester (100 %) na interním oddělení bylo 8 sester s praxí méně než 1 rok (9 %), délku praxe 1 -5 let uvedlo 17 sester (19 %), 6 – 15 let praxe uvedlo 45 sester (50 %), 16 – 25 let praxe mělo 18 sester (20 %), 26 a více let uvedly 2 sestry (2 %).

**Graf 1b Délka praxe sester na odděleních s chirurgickým zaměřením**



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na oddělení s chirurgickým zaměřením uvedlo 7 sester (8 %) délku praxe méně než 1 rok, 1 - 5 let uvedlo 30 sester (33 %), 6 - 15 let praxe 11 sester (12 %), 16 - 25 let praxe mělo 35 sester (39 %), praxi 26 a více let uvedlo 7 sester (8 %).

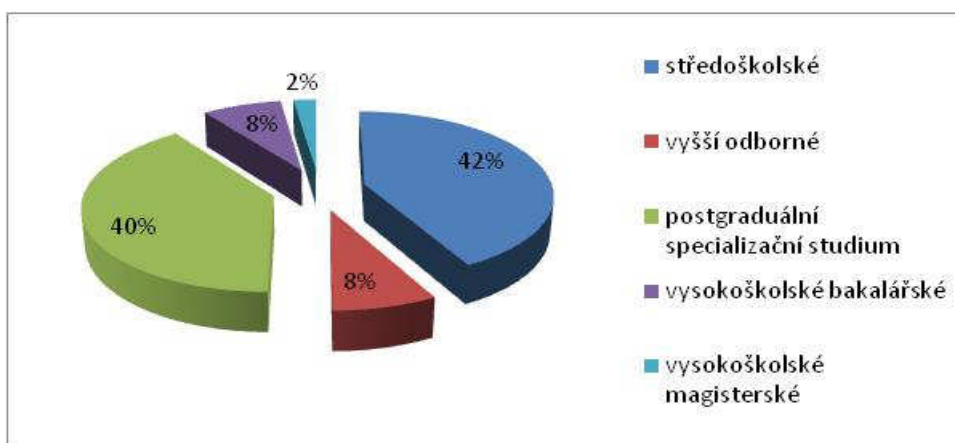
**Graf 2 Sestry pracující na odděleních s interním a chirurgickým zaměřením**



Z celkového počtu 180 sester (100 %) bylo 90 sester (50 %), pracujících na oddělení s interním zaměřením a 90 sester (50 %) s chirurgickým zaměřením.

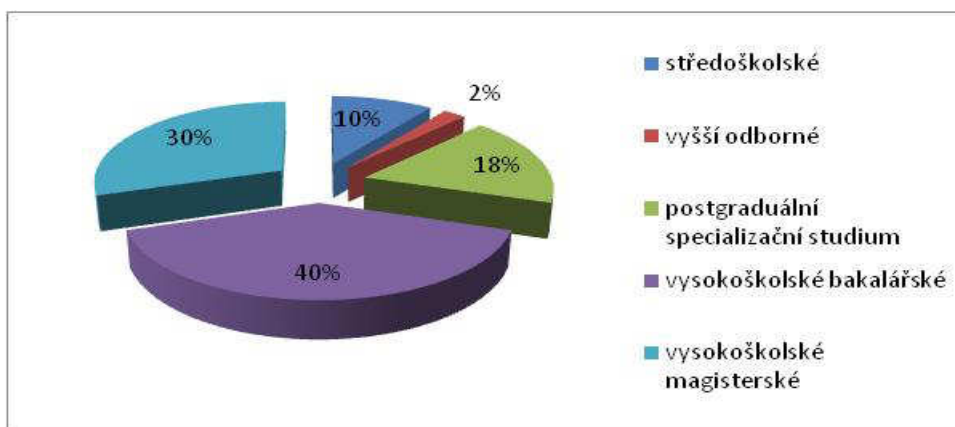


**Graf 3a Nejvyšší dosažené vzdělání sester na odděleních s interním zaměřením**



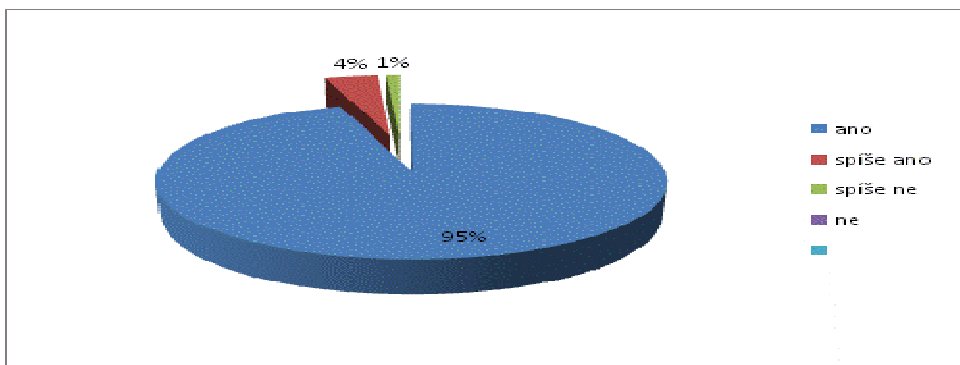
Z celkového počtu 90 sester (100 %) bylo 38 sester (42 %) se středoškolským vzděláním, vyšší odborné mělo 7 sester (8 %), postgraduální specializační studium uvedlo 36 sester (40 %), vysokoškolské bakalářské 7 sester (8 %) a vysokoškolské magisterské 2 sestry (2 %).

**Graf 3b Nejvyšší dosažené vzdělání sester na odděleních s chirurgickým zaměřením**



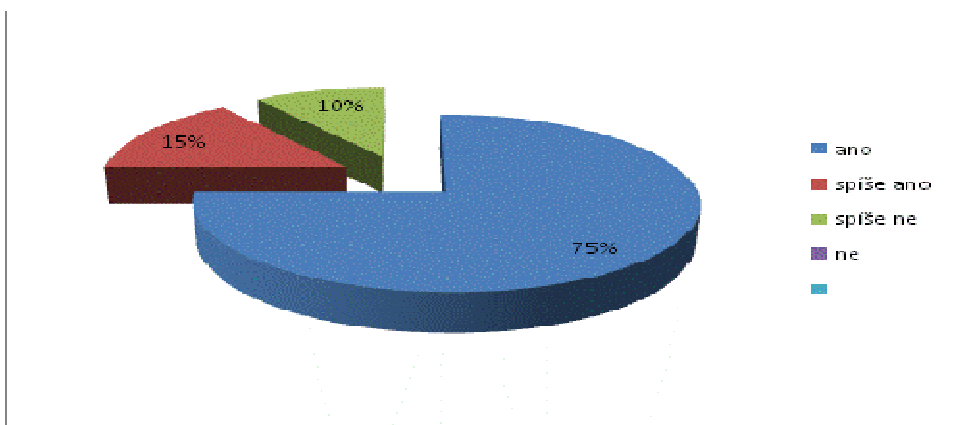
Z celkového počtu 90 sester (100 %) bylo 9 sester (10 %) se středoškolským vzděláním, 2 sestry (2 %) měly vyšší odborné vzdělání, pomaturitní specializační studium uvedlo 16 sester (18 %), vysokoškolské bakalářské 36 sester (40 %) a vysokoškolské magisterské 27 sester (30 %).

**Graf 4a Podpora doplnit si vysokoškolské vzdělání od vedoucích pracovníků na oddělení s interním zaměřením**



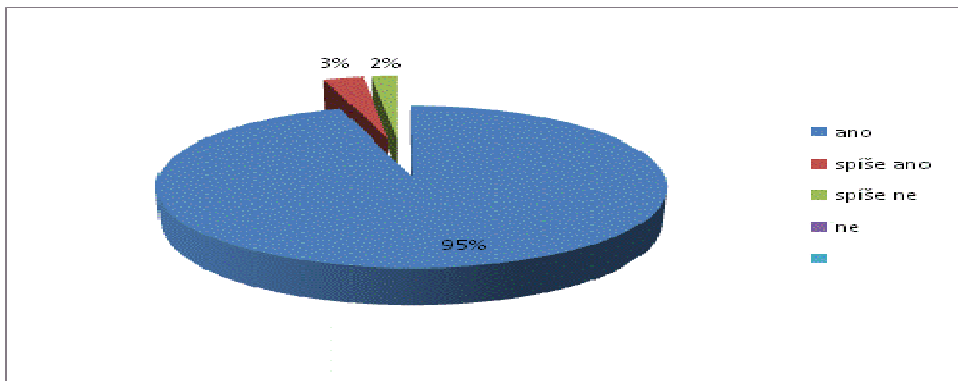
Z celkového počtu 90 sester (100 %) odpovědělo ano 86 sester (95 %), spíše ano 3 sestry (4 %), spíše ne 1 sestra (1 %) a ne žádná sestra nevedla.

**Graf 4b Podpora doplnit vysokoškolské vzdělání od vedoucích pracovníků na oddělení s chirurgickým zaměřením**



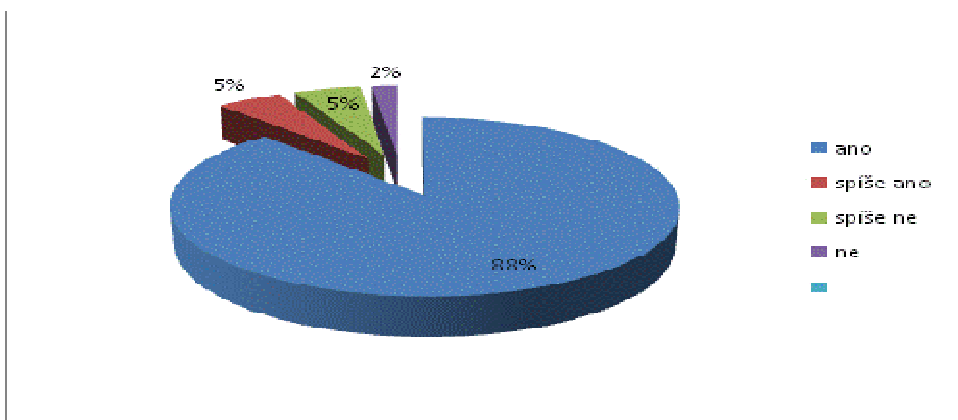
Z celkového počtu 90 sester (100 %), odpovědělo 68 sester ano (75 %), spíše ano 13 sester (15 %), spíše ne 9 sester (10 %) a ne nevedla žádná sestra.

**Graf 5a Podpora navštěvovat vzdělávací akce od vedoucích pracovníků na odděleních s interním zaměřením**



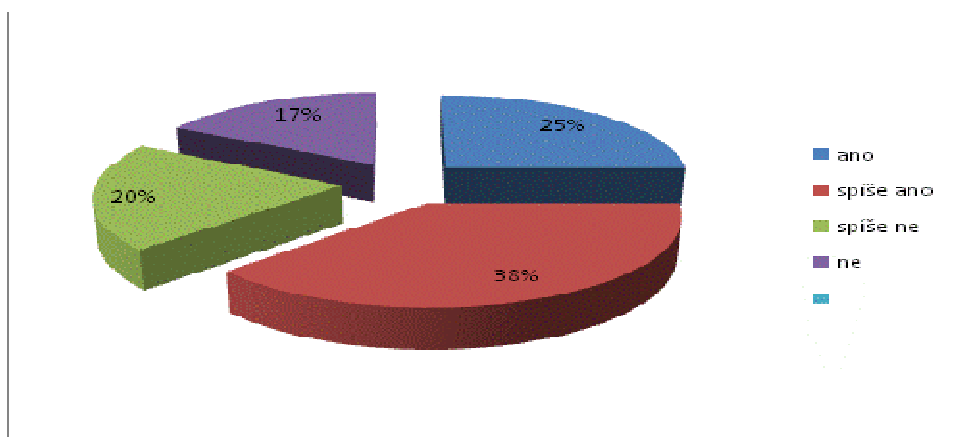
Z celkového počtu 90 sester (100 %), ano uvedlo 85 sester (95 %), spíše ano 3 sestry (3 %), spíše ne 2 sestry na oddělení s interním zaměřením (2 %).

**Graf 5b Podpora navštěvovat vzdělávací akce od vedoucích pracovníků na odděleních s chirurgickým zaměřením**



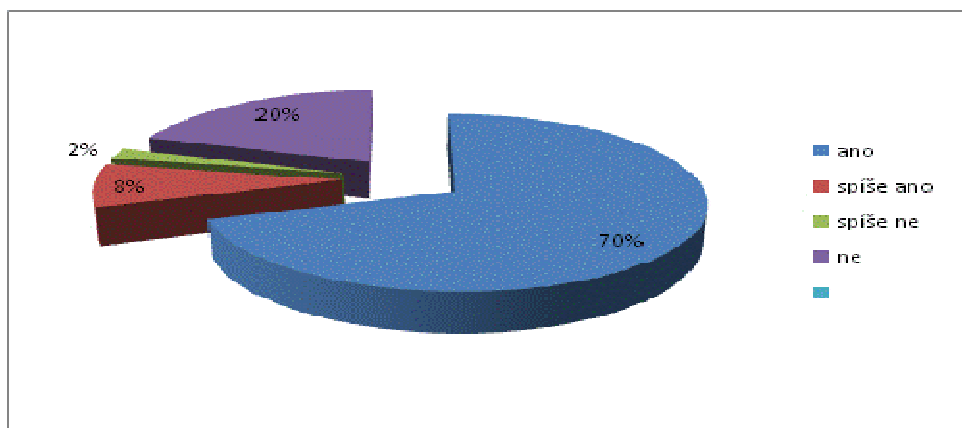
Z celkového počtu 90 sester (100 %) odpovědělo ano 78 sester (88 %), spíše ano 5 sester (5 %), spíše ne také 5 sester (5 %) a ne uvedly 2 sestry (2 %).

**Graf 6a Přínos ve vysokoškolském vzdělání sester, názory na interních odděleních**



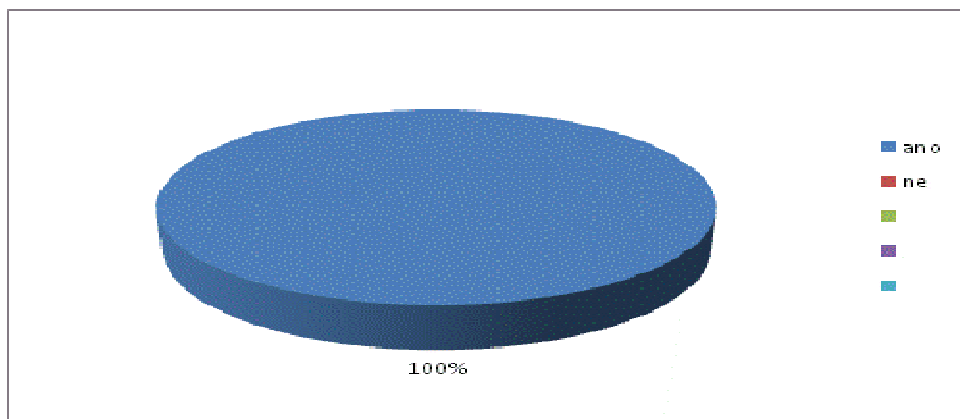
Z celkového počtu 90 sester (100 %) odpovědělo, že vidí přínos ve vysokoškolském vzdělání 23 sester (25 %), spíše ano 34 sester (38 %), 18 sester uvedlo spíše ne (20 %) a 15 sester odpovědělo ne (17 %).

**Graf 6b Přínos ve vysokoškolském vzdělání sester, názory na chirurgických odděleních**



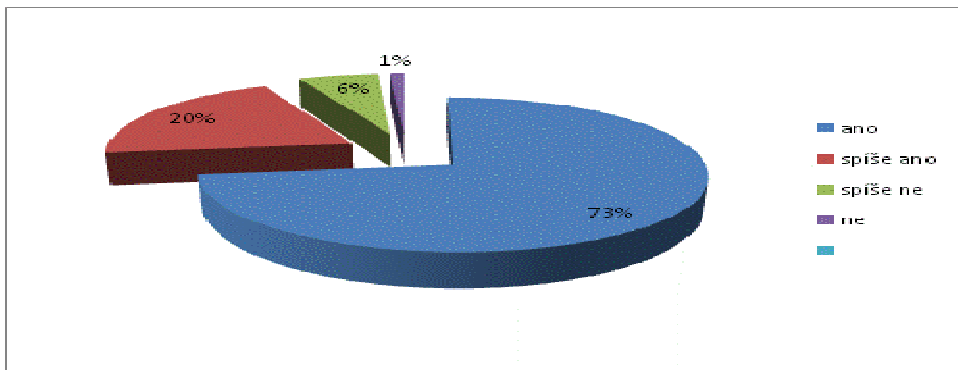
Z celkového počtu 90 sester (100 %) uvedlo, že vidí přínos ve vysokoškolském studiu 63 sester, což je (70 %), spíše ano uvedlo 7 sester (8 %), spíše ne 2 sestry (2 %) a ne odpovědělo 18 sester (20 %).

**Graf 7 Znalost některých modelů v ošetrovatelství**



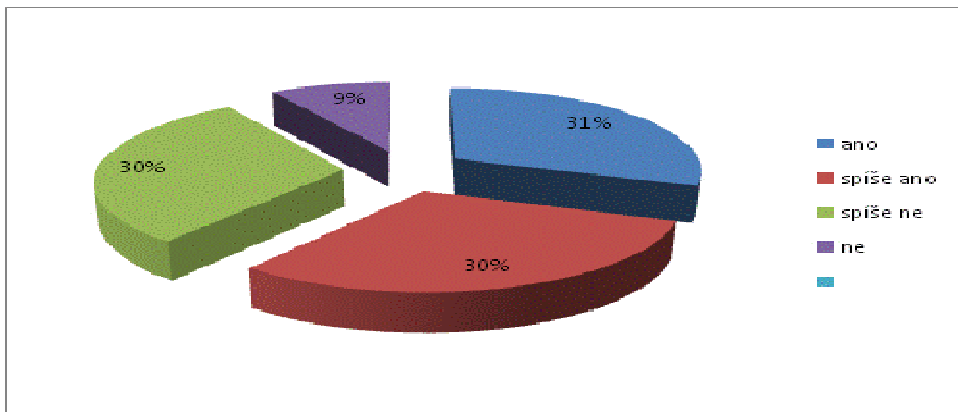
Z celkového počtu 180 sester (100 %) na odděleních s interním i chirurgickým zaměřením odpověděly všechny sestry, že znají některé modely v ošetrovatelství.

**Graf 8a Vyhovující způsob anamnestických údajů dle Gordonové, názory sester na interních odděleních**



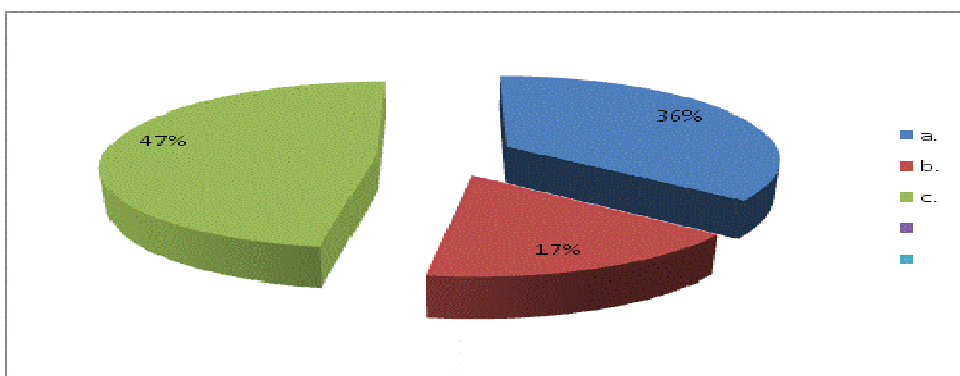
Z celkového počtu 90 sester (100 %) uvedlo 66 sester odpověď ano (73 %), 18 sester spíše ano (20 %), spíše ne odpovědělo 5 sester (6 %) a ne uvedla pouze jedna sestra (1 %).

**Graf 8b Vyhovující způsob anamnestických údajů dle Gordonové, názory sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %) uvedlo vyhovující způsob anamnestických údajů podle Gordonové 27 sester ano (30 %), dalších 27 sester odpovědělo spíše ano (30 %), spíše ne uvádí 27 sester (30 %) a ne odpovědělo 9 sester (10 %).

### Graf 9a Návrhy sester na změnu anamnestických údajů

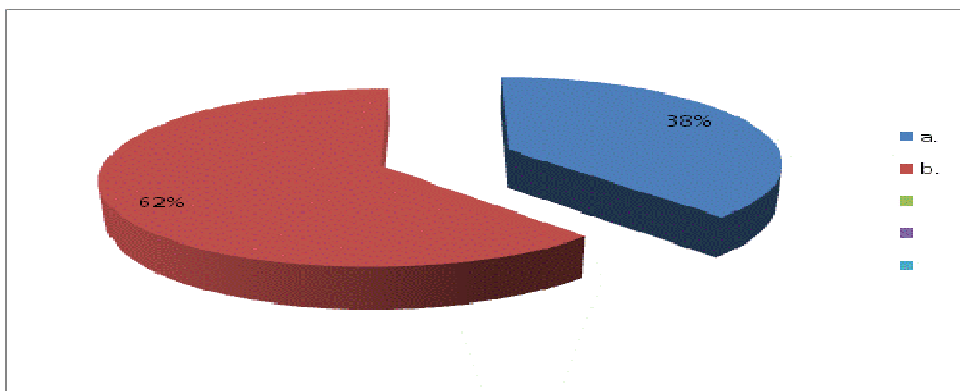


V tomto grafu odpovídaly pouze sestry, které v předchozí otázce odpovídaly spíše ne a ne:

Z celkového počtu 42 sester (100 %), odpověděly sestry takto:

- Intimní oblasti přeformulovat, ptát se pouze na důležité věci 15 sester (36 %)
- Sociální otázky nejsou vždy důležité, odpovědělo 7 sester (17 %)
- Některé otázky jsou zbytečné, zbytečně zdržují, uvedlo 20 sester (47 %)

### Graf 9b Návrhy sester na změnu anamnestických údajů

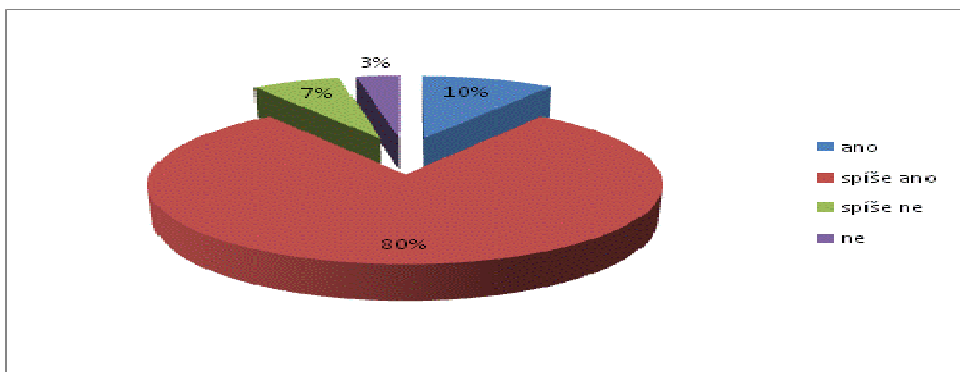


V tomto grafu odpovídaly pouze sestry, které v předchozí otázce uvedly ano a spíše ano:

Z celkového počtu 138 sester (100 %) uvedly sestry tyto odpovědi:

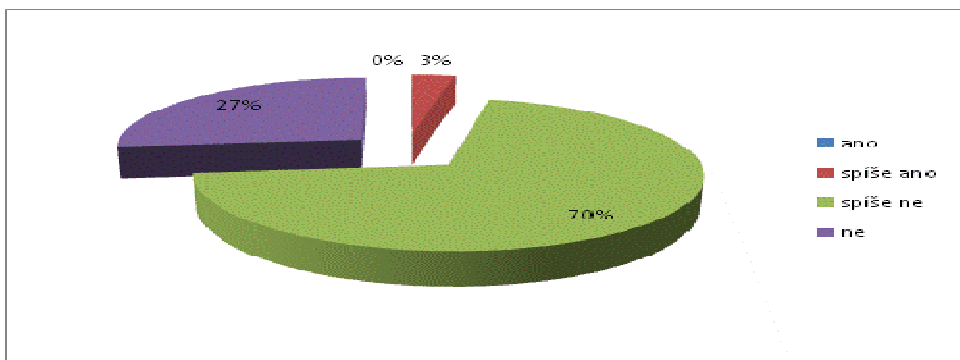
- Položky přizpůsobit potřebám každého oddělení, odpovědělo 52 sester (38 %)
- Některé položky se zbytečně opakují, prolínají se, pokud možno co nejvíce zjednodušit uvedlo 86 sester (62 %).

**Graf 10a Dostatek času na pacienta při zjišťování anamnestických informací, názory sester na interních odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %), uvedlo dostatek času na odebrání anamnestických informací 9 sester (10 %) na interních odděleních, spíše ano 72 sester (80 %), 6 sester uvedlo spíše ne (7 %) a ne uvedly pouze 3 sestry (3 %).

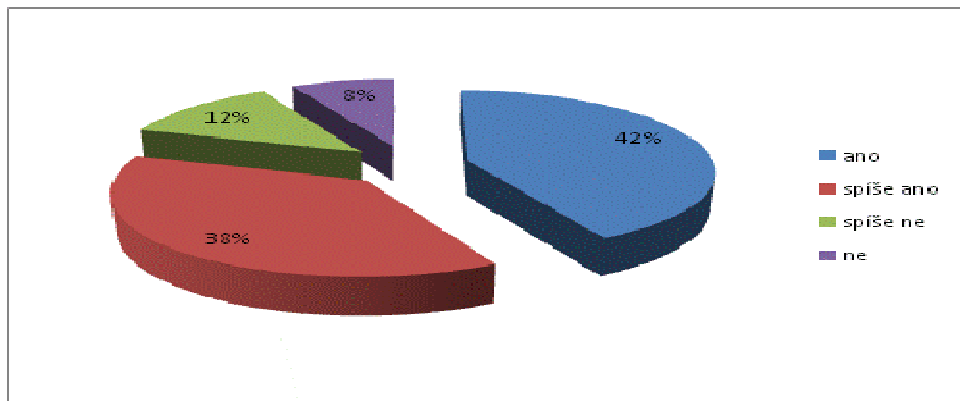
**Graf 10b Dostatek času na pacienta při zjišťování anamnestických informací, názory sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %), dostatek času na odebrání anamnestických informací neuvedla ani jedna sestra (0 %) z chirurgických oddělení, 3 sestry uvedly spíše ano (3 %), pro odpověď spíše ne se rozhodlo 63 sester (70 %) a ne uvedlo 24 sester (27 %).

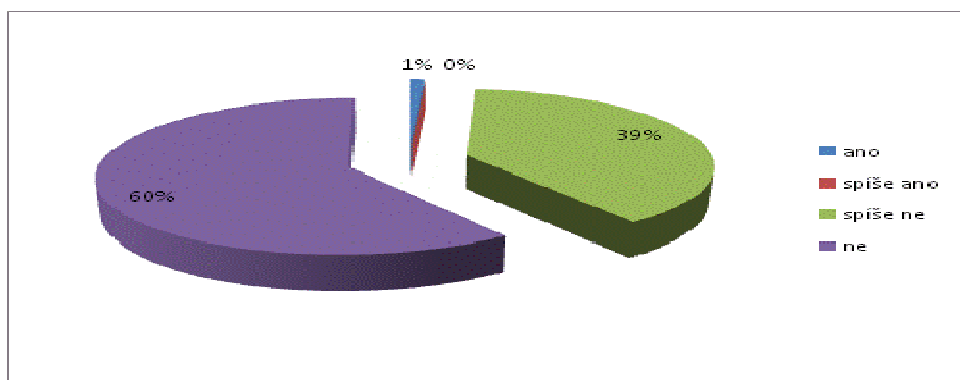


**Graf 11a Vhodné místo (intimnější prostor) na pracovišti pro odběr anamnézy, názory sester na interních odděleních**



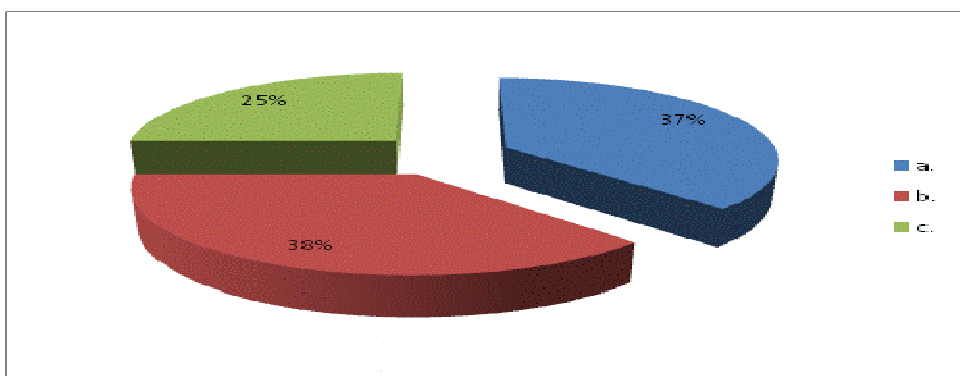
Z celkového počtu 90 sester (100 %), vhodné místo na pracovišti pro odběr anamnézy uvedlo 38 sester (42 %) z interních oddělení, spíše ano 34 sester (38 %), spíše ne 11 sester (12 %), a ne uvedlo 7 sester (8 %).

**Graf 11b Vhodné místo (intimnější prostor) na pracovišti pro odběr anamnézy, názory sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %), uvedla vhodné místo na pracovišti pro odběr anamnézy pouze jedna sestra (1 %) z chirurgických oddělení, spíše ano žádná sestra (0 %), spíše ne 35 sester (39 %) a ne uvedlo 54 sester, což je (60 %) z celkového počtu.

**Graf 12a Možnost změny (intimnějšího prostoru na odebrání anamnézy) na oddělení, vlastní názory sester na interních odděleních**

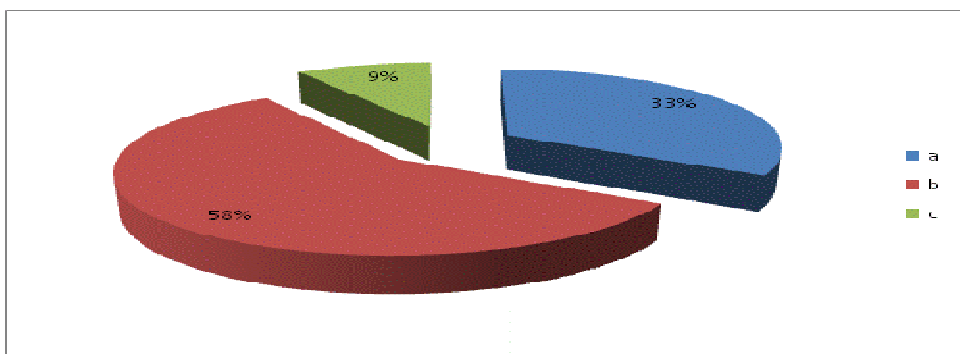


V tomto grafu odpovídaly pouze sestry, které v předchozí otázce uvedly odpověď ne. Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření.

Z celkového počtu 7 sester (100 %) z interních oddělení, odpověděly:

- Nelze změnit, uvedly 3 sestry (37 %)
- Jiné uspořádání oddělení, vyjádřily 3 sestry (38 %)
- Nelze změnit množství pacientů, odpověděla 1 sestra (25 %)

**Graf 12b Možnost změny (intimnějšího prostoru na odebrání anamnézy) na oddělení, vlastní názory sester na chirurgických odděleních**

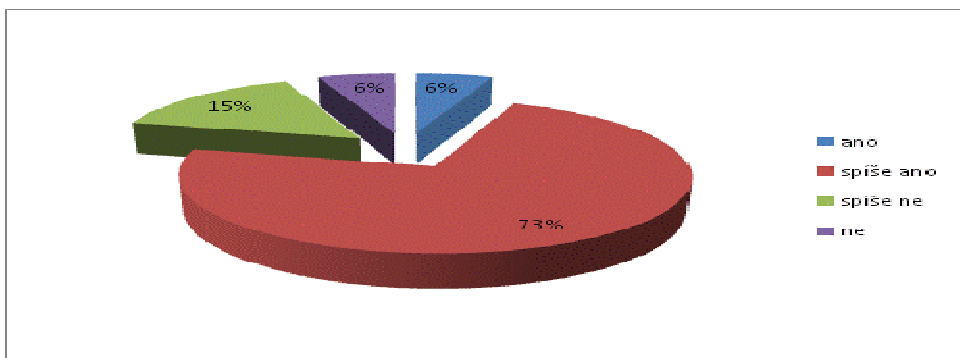


V tomto grafu odpovídaly pouze sestry, které v předchozí otázce uvedly ne. Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření.

Z celkového počtu 54 sester (100 %) z chirurgických oddělení, se vyjádřilo:

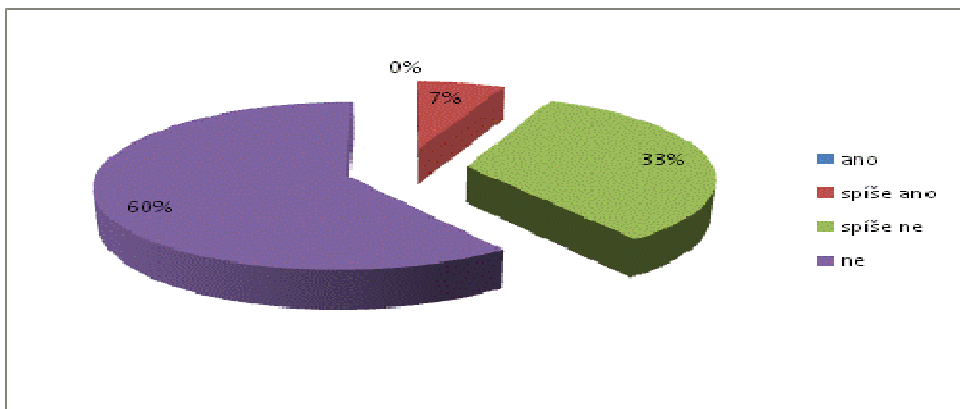
- Nelze změnit, nejsou prostory, uvedlo 18 sester (33 %)
- Není čas, anamnéza se odebírá často pouze letmo, vyjádřilo 31 sester (58 %)
- Kreativně využíváme různých prostor na oddělení, odpovědělo 5 sester (9 %)

**Graf 13a Čas na zpracování informací o pacientovi, názory sester na interních odděleních**



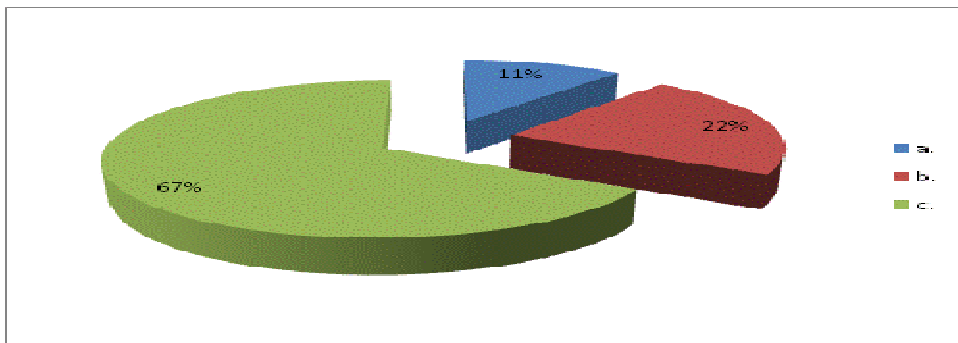
Z celkového počtu 90 sester (100 %) se vyjádřilo, že mají čas na zpracování informací o pacientovi 5 sester (6 %), spíše ano 62 sester (73 %), spíše ne 13 sester (15 %), ne vyjádřilo 5 sester (6 %).

**Graf 13b Čas na zpracování informací o pacientovi, názory sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %), čas na zpracování informací o pacientovi, neuvděla žádná sestra (0 %), spíše ano 6 sester (7 %), spíše ne se vyjádřilo 30 sester (33 %), ne uvedlo 54 sester na chirurgických odděleních, což je (60 %).

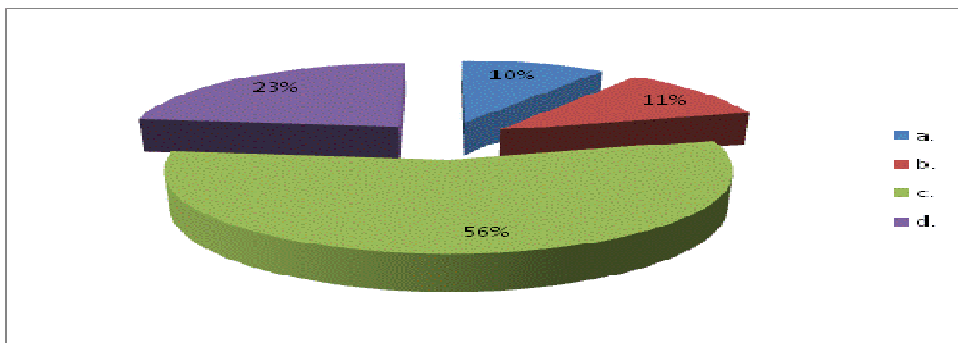
### Graf 14a Provádění naplánování ošetrovatelského procesu, stručný popis sester na interních odděleních



Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujícího vyjádření. Z celkového počtu 90 sester (100%) se vyjádřilo k naplánování ošetrovatelského procesu:

- Zápisem do ošetrovatelské dokumentace 10 sester (11 %)
- Dle standardu při příjmu pacienta a v průběhu hospitalizace 20 sester (22 %)
- Podle příjmu určit diagnózu a hodnotím, uvedlo 60 sester (67 %)

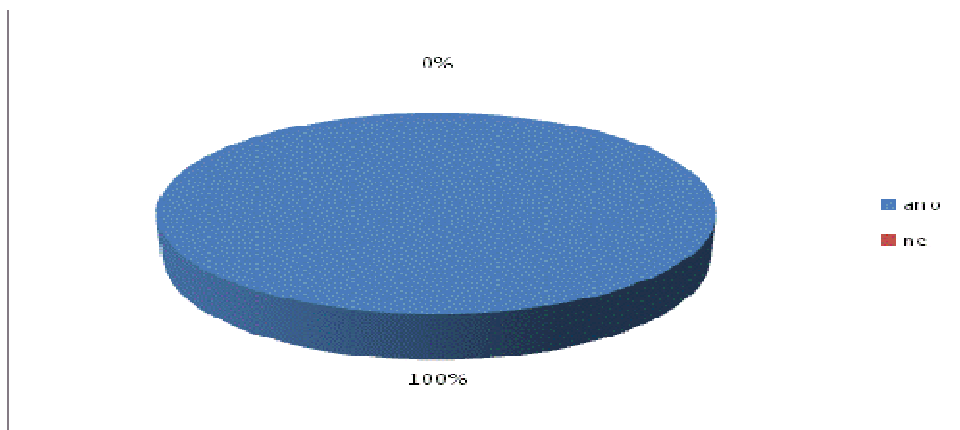
### Graf 14b Provádění naplánování ošetrovatelského procesu, stručný popis sester na chirurgických odděleních



Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujícího vyjádření. Z celkového počtu 90 sester (100 %) se vyjádřilo k naplánování ošetrovatelskému procesu:

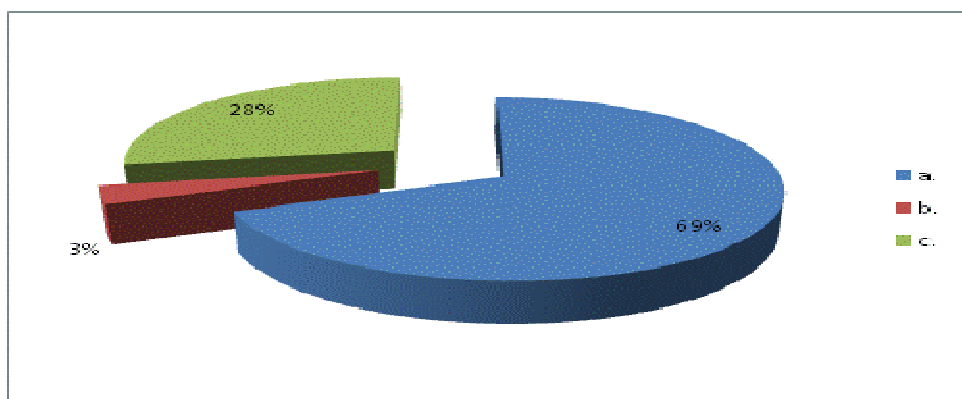
- Dle stavu pacienta, individuálně z potřeb pacienta, naléhavosti 9 sester (10 %)
- Dle fází procesu, využitím kritického myšlení, priorit uvedlo 10 sester (11 %)
- Individuálně, anamnéza, diagnóza, plán, realizace, hodnocení, 50 sester (56 %)
- V rychlosti, když je komplikace, doplním dg. uvedlo 21 sester (23 %)

**Graf 15 Provádění ošetrovatelské diagnostiky**



K této otázce se vyjádřily obě skupiny sester stejně, proto je uveden pouze jeden graf. Z celkového počtu 180 sester (100 %) odpověděly všechny sestry ano, provádí na oddělení ošetrovatelskou diagnostiku.

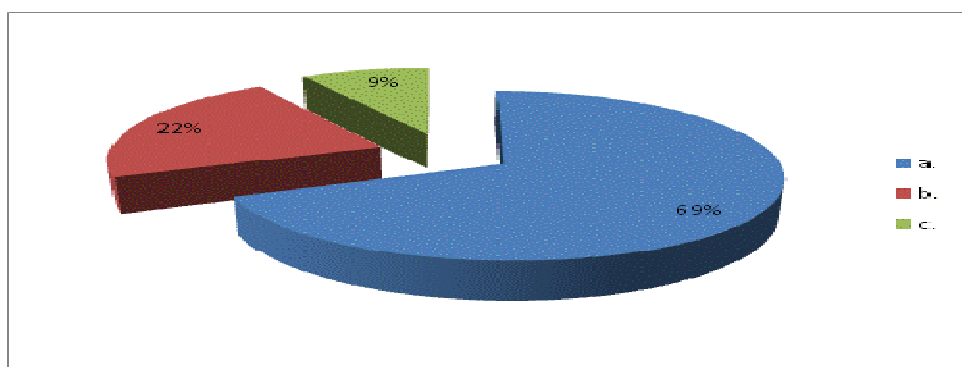
**Graf 16a Zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, popis interních sester**



Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření. Z celkového počtu 90 sester (100 %) uvedlo:

- Do předtištěných formulářů, každá ošetrovatelská diagnóza je na zvláštním papíře, kde se vyplňuje hodnocení, uvedlo 62 sester (69 %)
- Stanovíme diagnózu, vytyčíme cíl, kritéria, intervence, uvedly 3 sestry (3 %)
- Zápis do formulářů a 1x týdně kontrola (dlouhodobá hospitalizace) 25 sester (28 %)

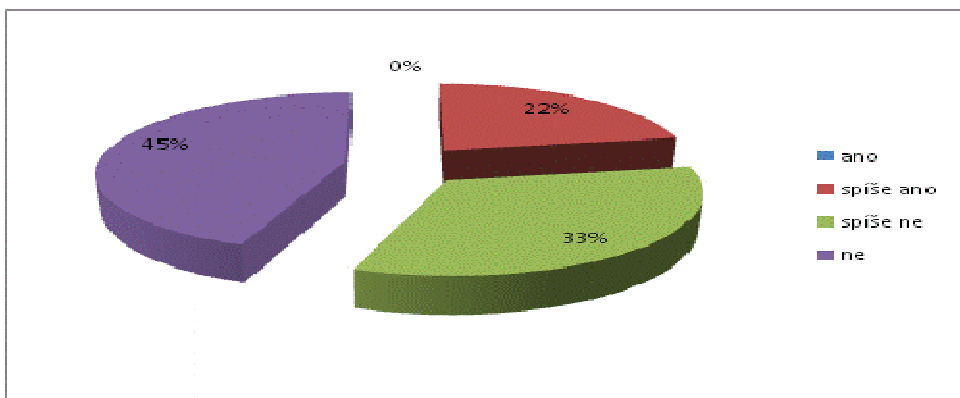
**Graf 16b Zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz na chirurgických odděleních**



Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření. Z celkového počtu 90 sester (100 %) odpovědělo:

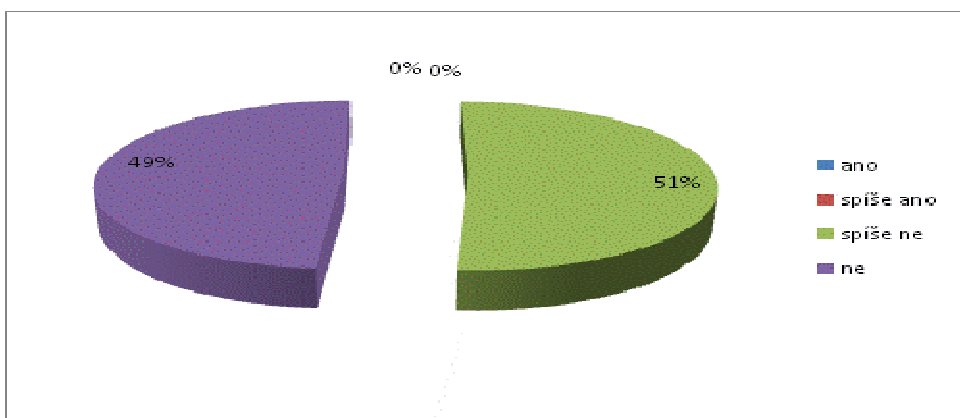
- Do předtištěných formulářů zaznamenáváme 2x denně uvedlo 62 sester (69 %)
- Na předtištěný tiskopis za 24 hodin uvedlo 20 sester (22 %)
- Na předtištěný tiskopis, dle stavu pacienta, hodnotíme průběžně, uvedlo 8 sester (9 %)

**Graf 17a Efektivita zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, názor sester na interních odděleních**



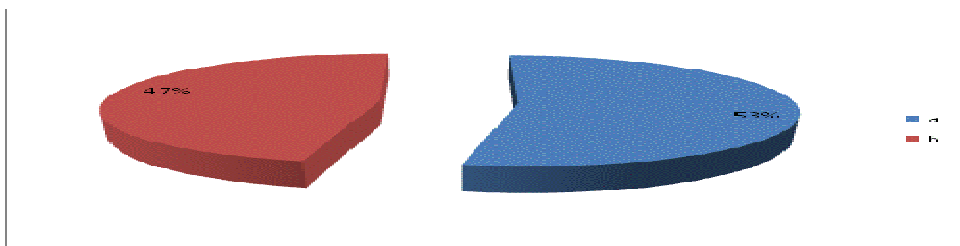
Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, zda je efektivní toto zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, neodpověděla žádná sestra (0 %), spíše ano uvedlo 20 sester (22 %), spíše ne odpovědělo 30 sester (33 %), ne vyjádřilo 40 sester, což je (45 %).

**Graf 17b Efektivita zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, názor sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, zda je efektivní toto zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, neodpověděla žádná sestra ano a spíše ano, spíše ne uvedlo 46 sester (51 %), ne odpovědělo 44 sester (49 %).

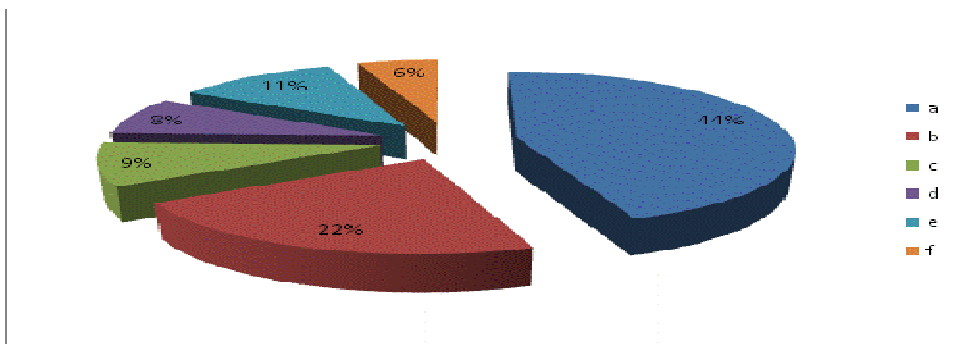
**Graf 18a Jiný názor na zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, sestry na interních odděleních**



Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření. Z celkového počtu 90 (100 %) sester vyjádřilo vlastní názor:

- a. Stále více tiskopisů a efektivita žádná, ve smyslu péče o pacienta uvedlo 48 sester (53 %)
- b. Pokud možno jednotný, stručný formulář vyjádřilo 42 sester (47 %)

**Graf 18b Jiný názor na zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, sestry na chirurgických odděleních**

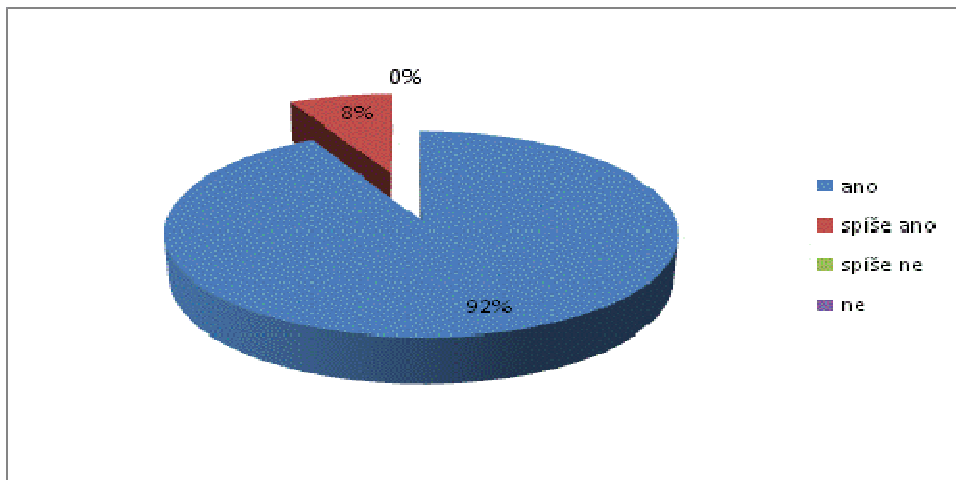


Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření. Z celkového počtu 90 sester (100%) uvedlo:

Odpověď a. Stále více tiskopisů a efektivita žádná, ve smyslu v péči o pacienta uvedlo 40 sester (44 %). b. Pokud možno jednotný, stručný formulář, uvedlo 20 sester (22 %), odpověď c. Tyto ošetrovatelské diagnózy spíše prospěšné u chronických pacientů, ne na akutních lůžkách odpovědělo 8 sester (9 %). d. Ano, komplikují nám práci, pacientovi to péči nezlepší vyjádřilo 7 sester (8 %). e. Zcela mi uniká význam ošetrovatelských diagnóz jako pozitivum pro pacienta uvedlo 10 sester (11 %). f. Písemné hlášení bylo efektivnější, sestra se o potížích pacienta dověděla více, nyní jen velmi stručný zápis odpovědělo 5 sester (6 %).

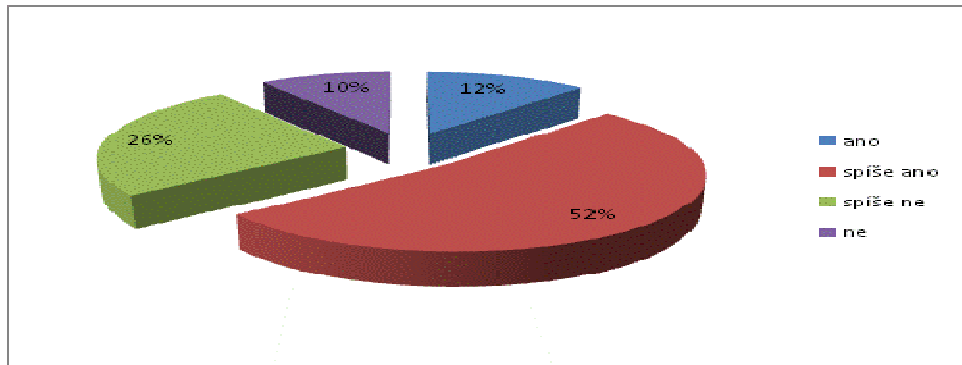


**Graf 19 Provádění zápisu do ošetrovatelské dokumentace (zlepšení stavu, bolest) u pacienta**



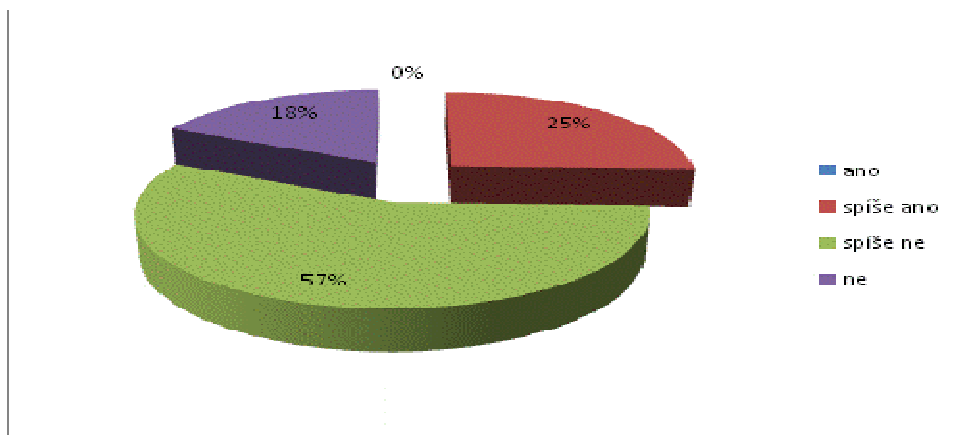
K této otázce se vyjádřily stejně interní i chirurgické sestry, proto je uveden celkový počet 180 sester (100 %). Na otázku zda provádí zápis do ošetrovatelské dokumentace (zlepšení stavu, bolest) u pacienta, odpovědělo ano 166 sester (92 %), spíše ano 14 sester (8 %), spíše ne a ne, neuvedla žádná sestra (0 %).

**Graf 20a Efektivně zpracovaná ošetrovatelská dokumentace, názor sester na interních odděleních**



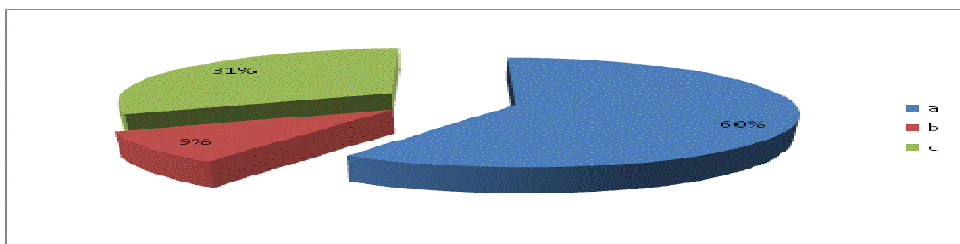
Z celkového počtu 90 sester (100 %) se na otázku efektivně zpracované dokumentace, odpovědělo ano 11 sester (12 %) z interních oddělení, spíše ano 47 sester (52 %), spíše ne odpovědělo 23 sester (26 %), 9 sester uvedlo ne (10 %).

**Graf 20b Efektivně zpracovaná dokumentace, názor sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku efektivně zpracované dokumentace neodpověděla kladně ani jedna sestra (0 %), spíše ano se vyjádřilo 23 sester (26 %), spíše ne uvedlo 51 sester (56 %), a ne vyjádřilo 16 sester (18 %).

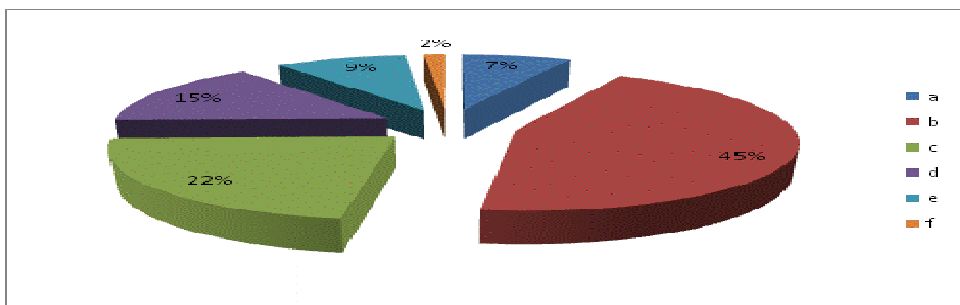
### Graf 21a Důvod neefektivně zpracované ošetrovatelské dokumentace, názor sester z interních oddělení



V tomto grafu 21a a 21b odpovídaly pouze sestry, které v předcházející otázce uvedly spíše ne a ne. Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření. Z celkového počtu 32 sester (100 %), vyjádřily interní sestry svůj názor takto:

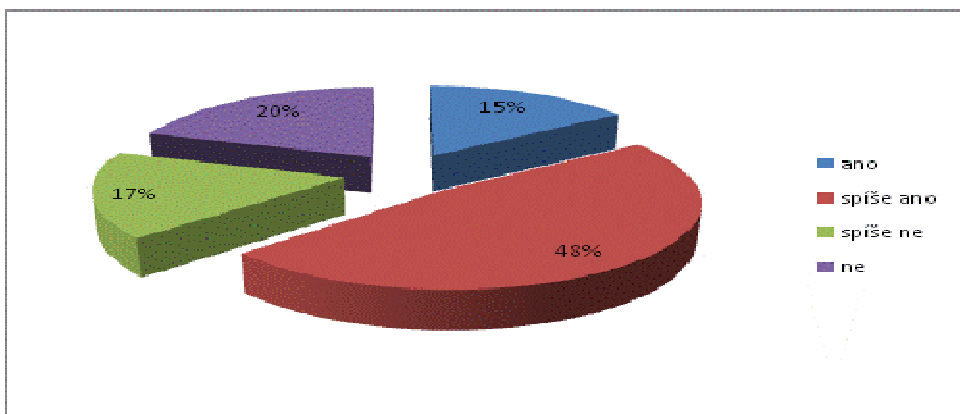
- Mnoho papírování vyjádřilo 19 sester (60 %)
- Není prostor ani čas, málo sester, pomocného personálu uvedly 3 sestry (9 %)
- Některé údaje jsou zpracovávány duplicitně, odpovědělo 10 sester (31 %)

### Graf 21b Důvod neefektivně zpracované ošetrovatelské dokumentace, názor sester na chirurgických odděleních



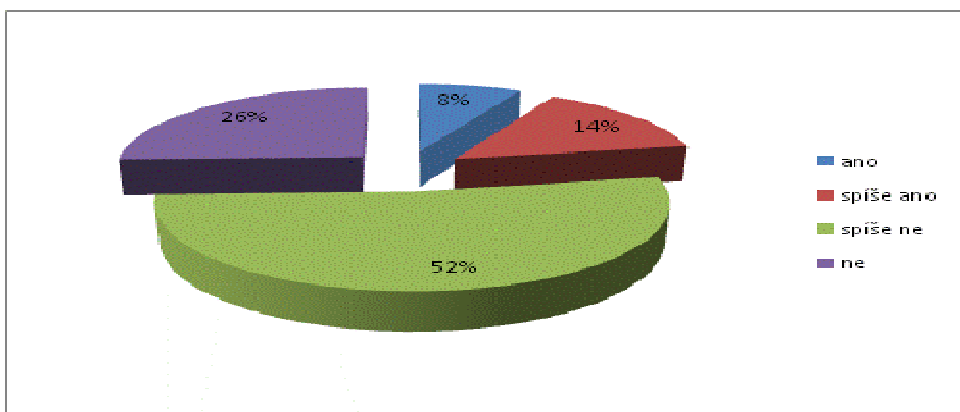
Bylo provedeno shrnutí odpovědí na otevřenou otázku. Z celkového počtu 67 (100 %) odpovědí chirurgických sester spíše ne a ne uvedly tyto názory: a. Není vypracováno pracovníkem z praxe, pouze administrativním typem uvedlo 5 sester (7 %). b. Duplicita některých záznamů, ty samé problémy se několikrát zbytečně přepisují 30 sester (45 %). c. Nejednotné zpracování v nemocnici vyjádřilo 15 sester (22 %). d. Příliš obsáhlá dokumentace je názor 10 sester (15 %). e. U jednoho pacienta v příjmový den asi 10 tiskopisů A4 a druhý den o dva méně uvedlo 6 sester (9 %). f. Mnoho jednotlivých papírů na každý problém, z toho vzniká chaos a nepřehlednost vyjádřila jedna sestra (2 %).

**Graf 22a Možnost dostatečně komunikovat s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče, vyjádření sester na interních odděleních**



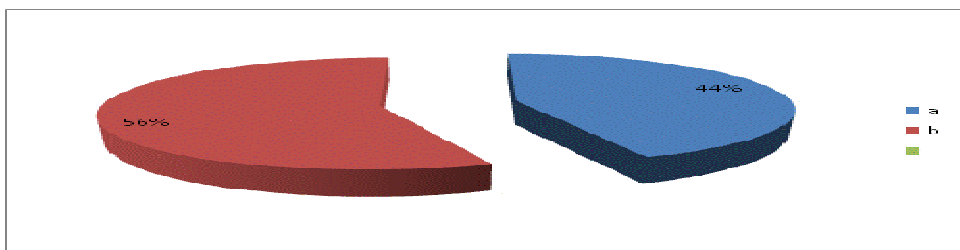
Z celkového počtu 90 (100 %) sester na odděleních s interním zaměřením, možnost dostatečně komunikovat s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče, uvedlo ano 15 sester (16%), spíše ano 43 (48 %) sester, dále odpovědělo spíše ne 14 sester (16 %), ne 18 sester (20 %).

**Graf 22b Možnost dostatečně komunikovat s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče, vyjádření sester na chirurgických odděleních**



Z celkového počtu 90 chirurgických sester (100 %), možnost dostatečně komunikovat s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče uvedlo ano 7 sester (8 %), spíše ano vyjádřilo 13 sester (15 %), spíše ne odpovědělo 47 sester (52 %) a ne uvedlo 23 sester (25 %).

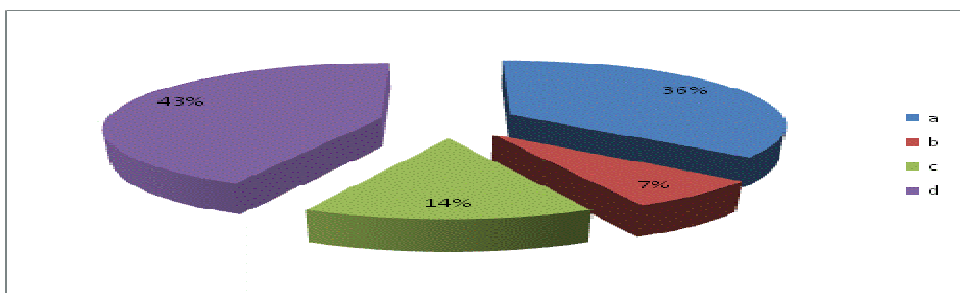
**Graf 23a Vlastní názor na zlepšení dostatečné komunikace s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče, vyjádření sester na interních odděleních**



V tomto grafu 23a a 23b odpovídaly pouze sestry, které v předchozí otázce uvedly spíše ne a ne. V následujících odpovědích byly shrnuty odpovědi na otevřenou otázku. Z celkového počtu 32 sester (100 %) na interních odděleních uvedlo:

- Méně administrativy a bude čas na pacienta 14 sester (45 %)
- Dostatek personálu 18 sester (64 %)

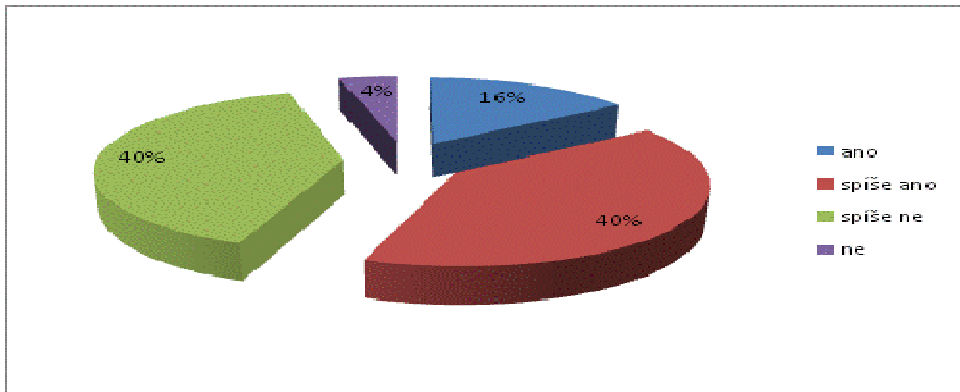
**Graf 23b Vlastní názor na zlepšení dostatečné komunikace s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče, vyjádření sester na chirurgických odděleních**



Odpovědi na otevřenou otázku byly shrnuty do následujících vyjádření.

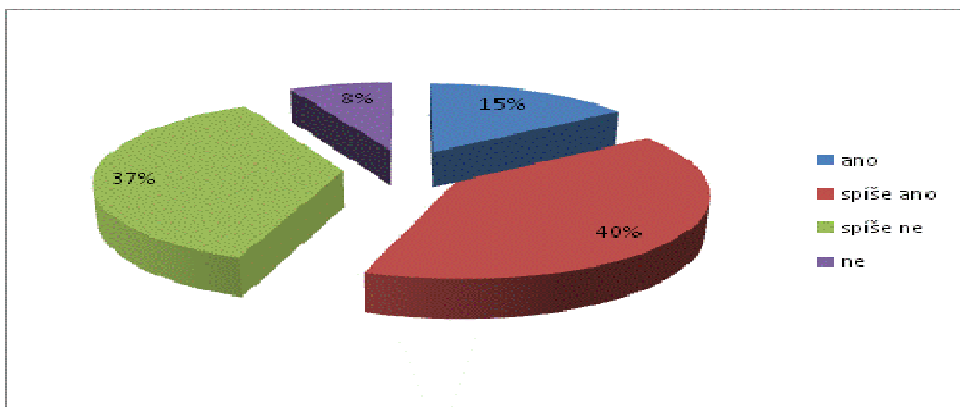
Z celkového počtu 70 (100 %) sester na chirurgických odděleních, které vyjádřily vlastní názor na zlepšení dostatečné komunikace s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče uvádí: a. Na akutních lůžkách nezbývá čas uvedlo 25 sester (36 %), b. Dostatek personálu (určitě ne dvě sestry na 30 pacientů, akutní lůžka) uvedlo 5 sester (7 %), c. Dvě sestry na oddělení přijímají, propouští, premedikují, vozí na sál, ze sálu (na pacienta není téměř žádný čas, je třeba více sester, abychom se mohli pacientům více věnovat) vyjádřilo 10 sester (14 %), d. Méně papírování nám ušetří čas na komunikaci s pacientem uvedlo 30 sester (43 %).

**Graf 24a Motivace pro svou práci v souvislosti s finanční spokojeností, odpovědi sester na interních odděleních**



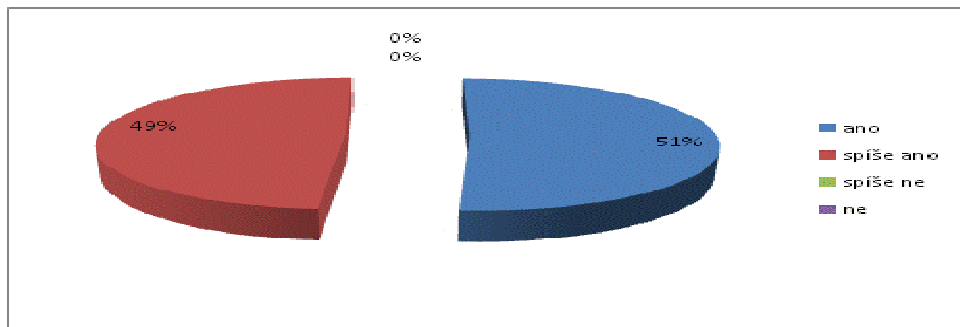
Z celkového počtu 90 sester (100 %) motivaci pro svou práci v souvislosti s finanční spokojeností, vyjádřilo kladně 14 sester (15 %), spíše ano 36 sester (40 %), spíše ne odpovídělo také 36 sester (40 %), ne uvádí pouze 4 sestry (5 %).

**Graf 24b Motivace pro svou práci v souvislosti s finanční spokojeností, odpovědi sester na chirurgických odděleních**



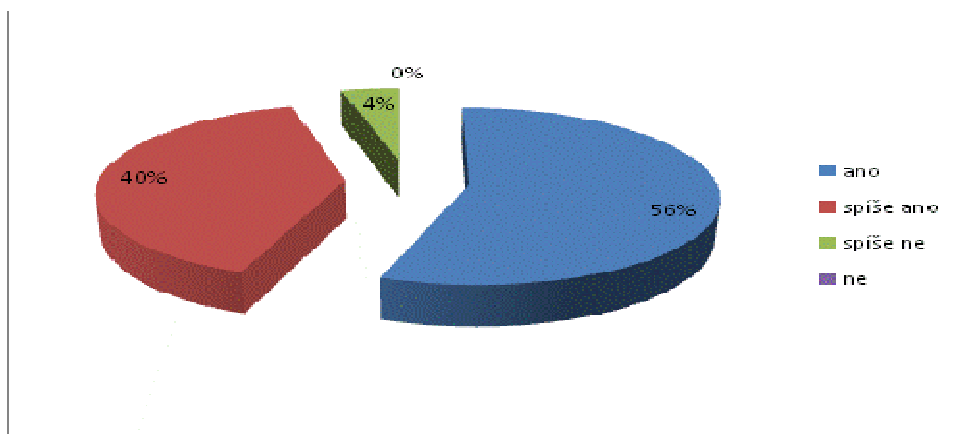
Z celkového počtu 90 sester (100 %) motivaci pro svou práci v souvislosti s finanční spokojeností, vyjádřilo kladně 14 sester (15 %), spíše ano uvedlo 36 sester na chirurgických odděleních (40 %), spíše ne se vyjádřilo 33 sester (37 %), ne odpovídělo pouze 7 sester (8 %).

**Graf 25a Motivace pro svou práci v souvislosti se spokojeností v pracovním kolektivu, vyjádření sester na interních odděleních**



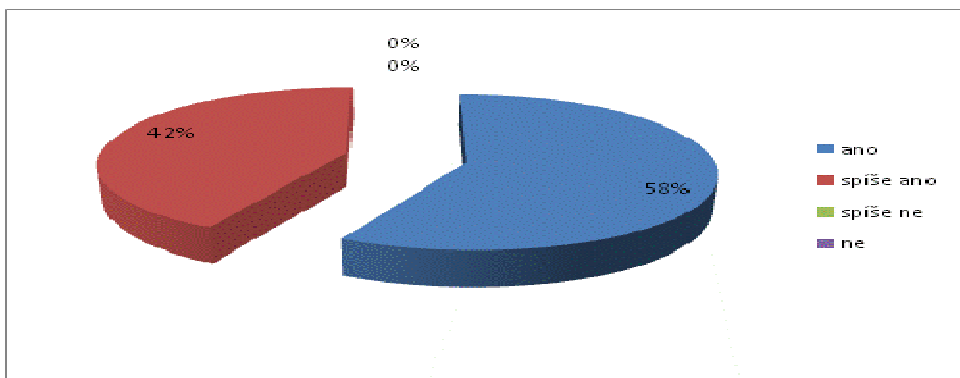
Z celkového počtu 90 (100 %) sester na interních odděleních, na motivaci pro svou práci v souvislosti se spokojeností v pracovním kolektivu, kladně odpovědělo 46 sester (51 %), spíše ano 44 sester (49 %), spíše ne (0 %) a ne (0 %) neuvěděla žádná sestra.

**Graf 25b Motivace pro svou práci v souvislosti se spokojeností v pracovním kolektivu, vyjádření sester na chirurgických odděleních**



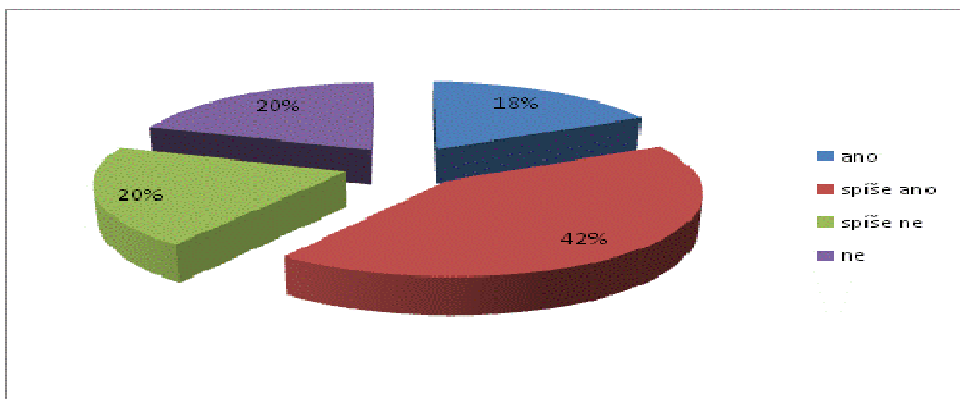
Z celkového počtu 90 sester (100 %) na chirurgických odděleních na motivaci pro svou práci v souvislosti se spokojeností v pracovním kolektivu, kladně odpovědělo 50 sester (55%), spíše ano 36 sester, což je (40 %), spíše ne vyjádřily 4 (5 %) sestry a odpověď ne nevolila žádná sestra (0 %).

**Graf 26a** Prostor na vyjádření vlastního názoru, odpovědi sester na interních odděleních



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, zda mají prostor na vyjádření vlastního názoru, odpovědělo kladně 52 sester na interních odděleních (58 %), spíše ano se vyjádřilo 38 sester (42 %), spíše ne a ne neodpověděla žádná sestra (0 %) na odděleních s interním zaměřením.

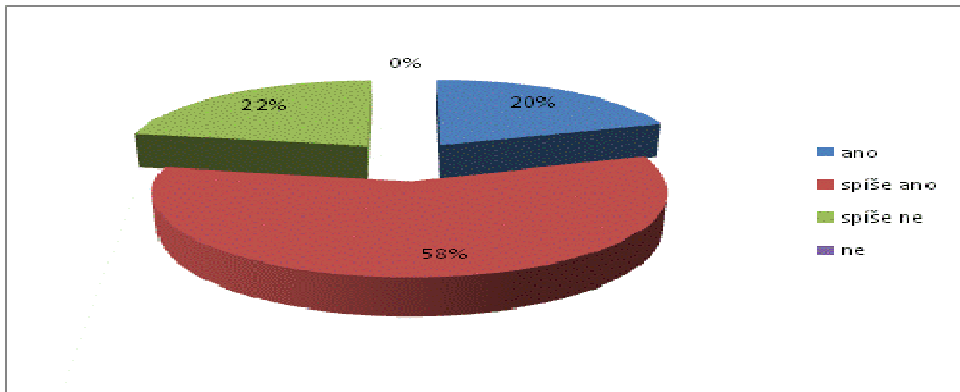
**Graf 26b** Prostor na vyjádření vlastního názoru, odpovědi sester na chirurgických odděleních



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, zda mají prostor na vyjádření vlastního názoru, kladně odpovědělo 16 sester (18 %) na chirurgických odděleních, spíše ano odpovědělo 38 sester (42 %), spíše ne vyjádřilo 18 sester (20 %), a ne uvedlo 18 sester, což činí (20 %).

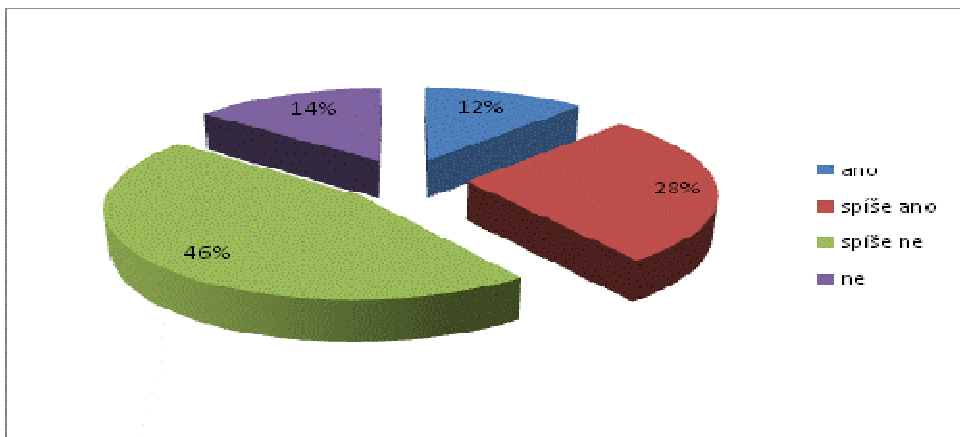


**Graf 27a Zrealizování myšlenky (pokud je možné a přinese efekt), odpovědi sester na interních odděleních**



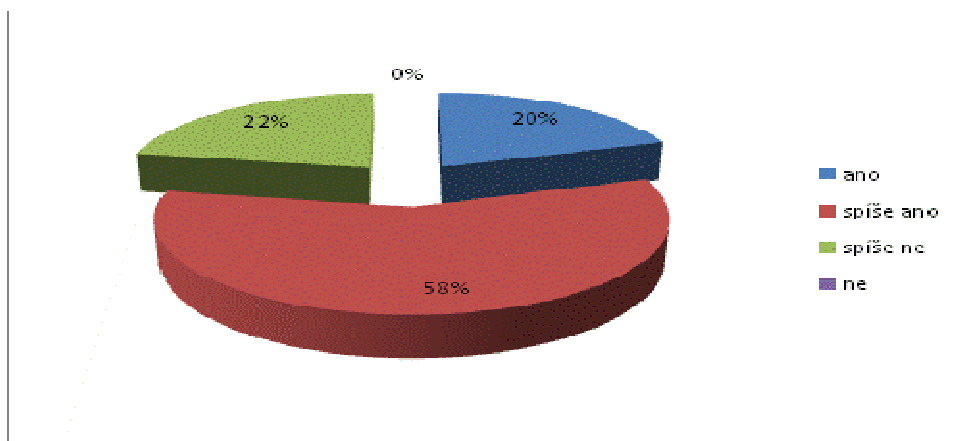
Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku realizace myšlenky, názoru se kladně vyjádřilo 18 sester (20 %) na interních odděleních, spíše ano 52 sester (58 %), spíše ne uvedlo 20 sester (22 %) a ne nevyjádřila žádná sestra (0 %).

**Graf 27b Zrealizování myšlenky (pokud je možné a přinese efekt), odpovědi sester na chirurgických odděleních**



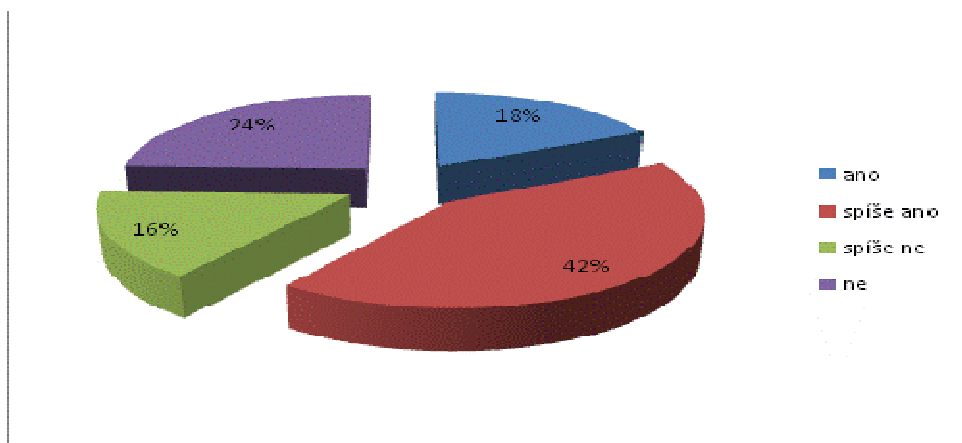
Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku realizace myšlenky, názoru (pokud je možné a přinese efekt) se kladně vyjádřilo 11 sester na chirurgických odděleních (12 %), 25 sester odpovědělo spíše ano (28 %), spíše ne uvedlo 41 sester (45 %) a ne vyjádřilo 13 sester (15 %).

**Graf 28a Dobře zorganizovaná práce na pracovišti, názor interních sester**



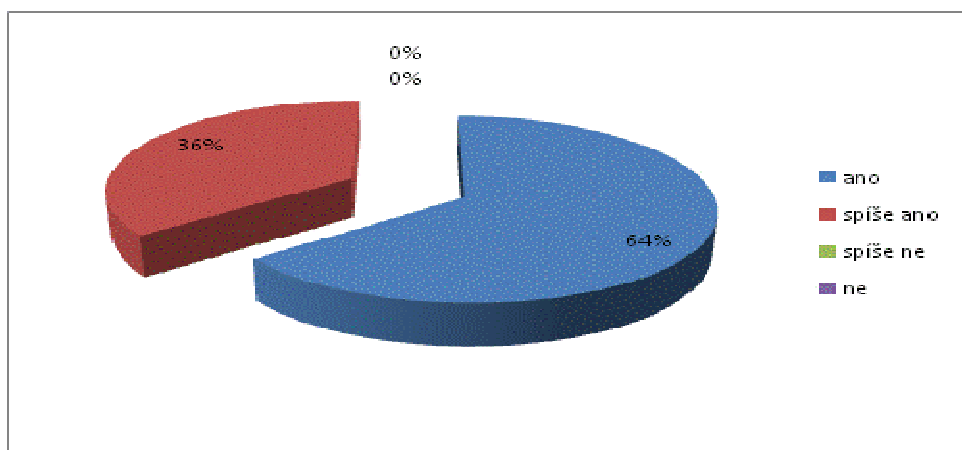
Z celkového počtu 90 sester (100 %), na otázku dobře zorganizované práce na pracovišti se kladně vyjádřilo 18 sester (20 %) na chirurgických odděleních, dále uvedlo spíše ano 52 sester (58 %), 20 sester odpovědělo spíše ne, což je (22 %), ne uvedla žádná sestra z interních oddělení (0 %).

**Graf 28b Dobře zorganizovaná práce na pracovišti, názor sester na chirurgických odděleních**



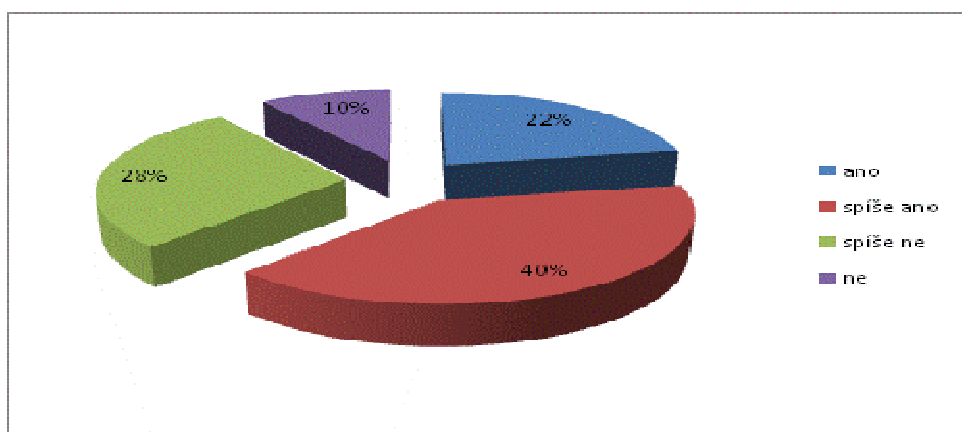
Z celkového počtu 90 sester (100 %), uvedlo 16 sester ano (18 %) na otázku dobře zorganizované práce na pracovišti, dále odpovědělo spíše ano 38 sester (42 %), spíše ne se vyjádřilo 14 sester (15 %) a ne uvedlo 22 sester (25 %).

**Graf 29a Dobrý pocit v pracovním kolektivu, odpovědi sester z interních oddělení**



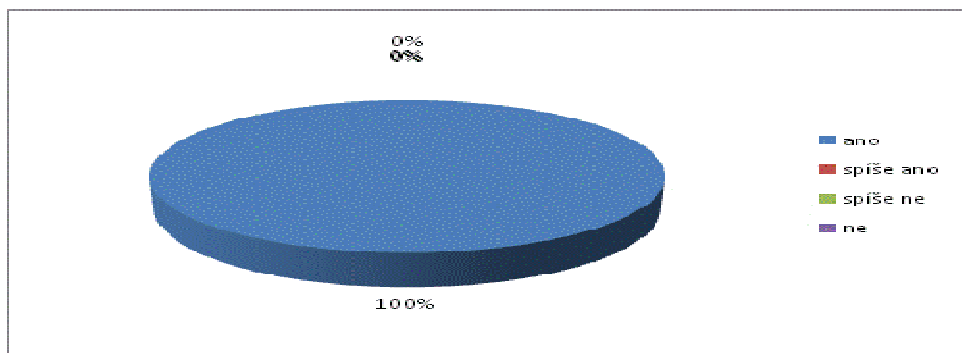
Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, jak se cítí v pracovním kolektivu, uvedlo 58 sester kladnou odpověď z interních oddělení (64 %) a spíše ano 32 sester, což je (36 %), spíše ne a ne neuvědla žádná sestra (0 %).

**Graf 29b Dobrý pocit v pracovním kolektivu, vyjádření sester z chirurgických oddělení**



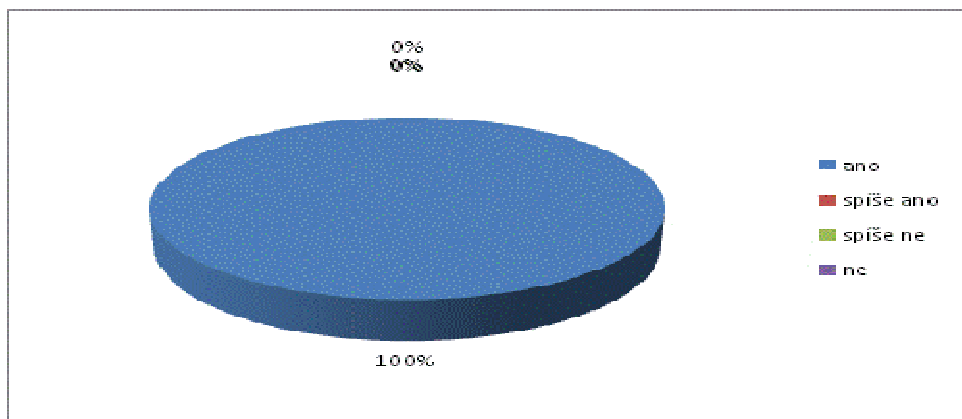
Z celkového počtu 90 sester (100 %) se na otázku, jak se cítí v pracovním kolektivu, odpovědělo kladně 20 sester (22 %) z chirurgických oddělení, spíše ano vyjádřilo 36 sester (40 %), k odpovědi spíše ne se přiklápělo 25 sester (28 %), ne vyjádřilo 9 sester (10 %).

**Graf 30a Dobře fungující pracoviště zvyšuje efektivitu práce, vyjádření interních sester**



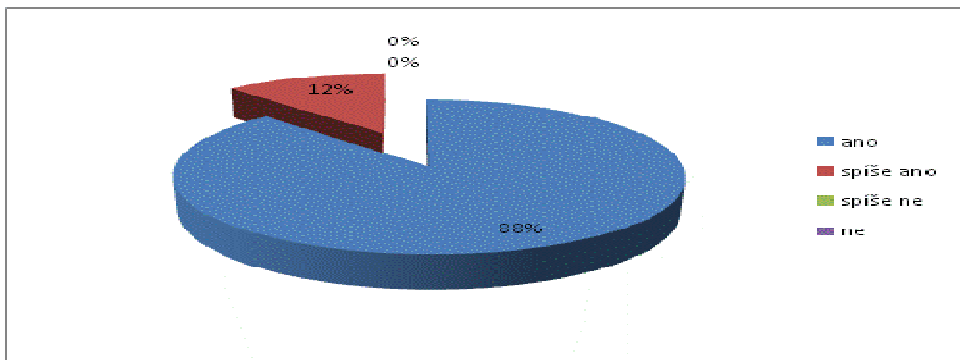
Z celkového počtu 90 sester na interních odděleních se všech 90 sester vyjádřilo kladně (100 %) k otázce, zda dobře fungující pracoviště zvyšuje efektivitu práce.

**Graf 30b Dobře fungující pracoviště zvyšuje efektivitu práce, vyjádření chirurgických sester**



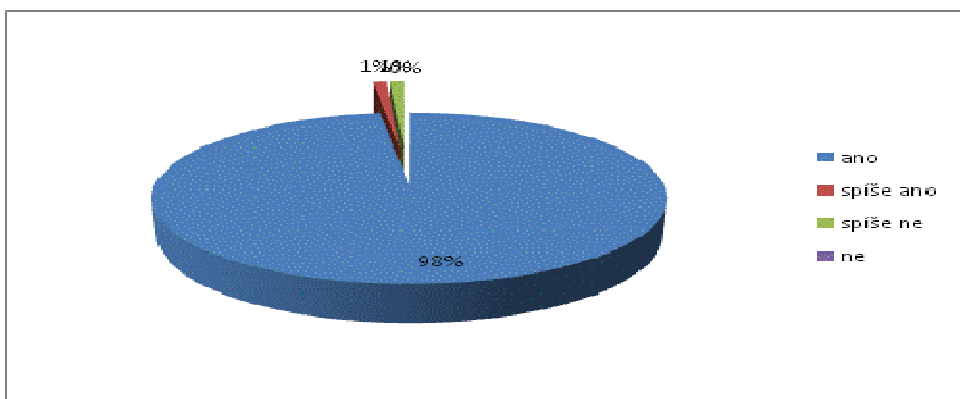
Z celkového počtu 90 sester na chirurgických odděleních se všech 90 sester vyjádřilo kladně (100 %) k otázce, zda dobře fungující pracoviště zvyšuje efektivitu práce.

**Graf 31a Z dlouhodobě neutěšené situace na pracovišti vzniká lhostejnost a tím se snižuje kvalita ošetrovatelské péče, vyjádření sester z interních oddělení**



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, zda z dlouhodobě neutěšené situace na pracovišti vzniká lhostejnost a tím se snižuje kvalita ošetrovatelské péče, odpovědělo ano 79 sester (88 %) na interních odděleních, spíše ano uvedlo 11 sester (12 %), k odpovědi spíše ne a ne, se nevyjádřila žádná sestra (0 %).

**Graf 31 Z dlouhodobě neutěšené situace na pracovišti vzniká lhostejnost a tím se snižuje kvalita ošetrovatelské péče, názor sester z chirurgických oddělení**



Z celkového počtu 90 sester (100 %) na otázku, zda z dlouhodobě neutěšené situace na pracovišti vzniká lhostejnost a tím se snižuje kvalita ošetrovatelské péče, odpovědělo kladně 88 sester (98 %), spíše ano uvedla 1 sestra (1 %), spíše ne vyjádřila 1 sestra (1 %), odpověď ne, neuvádla žádná sestra (0 %).

## 4.2 Výsledky statistického testování

**Tabulka 1 Test hypotézy 1 – Popisná statistika**

<b>H1 Porovnání spokojenosti sester dle oddělení</b>						
<b>Oddělení</b>	<b>průměr</b>	<b>sm. odchylka</b>	<b>medián</b>	<b>modus</b>	<b>minimum</b>	<b>maximum</b>
<b>interna</b>	<b>4,9</b>	1,1	5	5	0	7
<b>chirurgie</b>	<b>1,2</b>	0,8	1	1	0	3

Tabulka obsahuje výsledky statistického hodnocení pro otázky 8, 10, 11, 13, 17, 20, 22, kdy porovnáváme spokojenost sester s ošetrovatelským procesem sester na interních a chirurgických odděleních. Průměrná spokojenost byla mnohem vyšší u sester z interny; sestry z chirurgie z celkového počtu 7 možných bodů získaly maximálně pouze 3 body.

**Tabulka 2 Test hypotézy 1 – Dvouvýběrový t test**

<b>H0: Průměrná spokojenost sester se neliší.</b>	
<b>Ha: Sestry na interně vykazují větší spokojenost než na chirurgii.</b>	
<b>dosažená hladina významnosti (p)</b>	<b>&lt;0,1 %</b>

Platnost hypotézy 1 byla hodnocena dvouvýběrovým jednostranným t testem. Dosažená hladina významnosti (p) byla menší než 0,1 %, což znamená, že testovanou H0: „Průměrná spokojenost sester se neliší“ zamítáme. Přijímáme alternativní hypotézu „Sestry na interně vykazují větší spokojenost než na chirurgii“.

**Tabulka 3 Test hypotézy 2 – Popisná statistika**

<b>H2 Porovnání spokojenosti sester se SŠ a VŠ vzděláním</b>						
<b>Vzdělání</b>	<b>průměr</b>	<b>sm. odchylka</b>	<b>medián</b>	<b>modus</b>	<b>minimum</b>	<b>maximum</b>
<b>SŠ</b>	<b>4,0</b>	1,9	4,5	5	0	7
<b>VŠ</b>	<b>1,7</b>	1,5	1,0	1	0	7

Tabulka 3 obsahuje výsledky statistického hodnocení pro otázky 8, 10, 11, 13, 17, 20, 22 (míru spokojenosti) ve vztahu ke vzdělání sester (otázka 3). Průměrná spokojenost byla mnohem nižší u sester s vysokoškolským vzděláním; spokojenost sester s vysokoškolským vzděláním byla nejčastěji hodnocena jedním bodem (modus).

**Tabulka 4 Test hypotézy 2 – Dvouvýběrový t test**

<b>H0: Průměrná spokojenost sester se neliší.</b>	
<b>Ha: Sestry s VŠ vzděláním vykazují menší spokojenost než sestry se středoškolským vzděláním.</b>	
<b>dosažená hladina významnosti (p)</b>	<b>&lt;0,1 %</b>

Dosažená hladina významnosti (p) <0,1 % nám ukazuje, že můžeme zamítnout H0: „Průměrná spokojenost sester se neliší“. Je zřejmé, že spokojenost s ošetrovatelským procesem u středoškolsky vzdělaných sester je mnohem větší než u sester s vysokoškolským vzděláním.

**Tabulka 5 Test hypotézy 3 – Četnostní tabulka**

<b>H3 Sestry nejsou spokojené s efektivností zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz</b>				
<b>Efektivní zpracování ošetrovatelských diagnóz</b>	<b>Pozorované</b>		<b>Očekávané</b>	
	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
<b>ano</b>	20	11,1%	36	20%
<b>ne</b>	160	88,9%	144	80%
<b>Celkem</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>100%</b>

Tabulka 5 obsahuje pozorovaná (otázka 17) a očekávaná data testu stanovené hypotézy. Z celkového počtu 180 hodnocených odpovědí byla zaznamenána pouze dvacetkrát odpověď ano (11,1 %) a převládající ne (88,9 %). Očekávaná data (vyjádření testované hypotézy), byla stanovena jako poměr odpovědí ano 20 % a ne 80 %.

**Tabulka 6 Test hypotézy 3 – Chí kvadrát test**

<b>H0: Odpovědi sester jsou v poměru 20:80.</b>	
<b>Ha: Odpovědi sester nejsou v poměru 20:80.</b>	
<b>dosažená hladina významnosti (p)</b>	<b>0,3 %</b>

Platnost stanovené hypotézy 3, že sestry nejsou spokojené se zaznamenáváním ošetrovatelských diagnóz v praxi, byla testována pomocí chí kvadrát testu. Dosažená hladina významnosti (p) je 0,3. To znamená, že nulová hypotéza (poměr 20:80) neplatí. Platí Ha, poměr 20:80 není správný. Pohledem do tabulky 5 zjistíme, že ve skutečnosti byla zaznamenána spokojenost ještě nižší, pouhých 11 %.



**Tabulka 7 Test hypotézy 4 – Kontingenční tabulka**

<b>H4 Hodnocení efektivity ošetrovatelské dokumentace se liší dle oddělení.</b>					
Oddělení	Efektivně zpracovaná dokumentace?				Celkem
	ano	spíše ano	spíše ne	ne	
interna	11	49	22	8	<b>90</b>
chirurgie	0	23	50	17	<b>90</b>
<b>Celkem</b>	<b>11</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>25</b>	<b>180</b>
interna	12%	<b>54%</b>	24%	9%	<b>100%</b>
chirurgie	0%	26%	<b>56%</b>	19%	<b>100%</b>
<b>Celkem</b>	6%	40%	40%	14%	<b>100%</b>

Platnost stanovené hypotézy 4 byla statisticky hodnocena v kontingenční tabulce (otázka 20). Je patrné, že odpověď spíše ano, uvedlo 54 % sester z interních oddělení, na rozdíl od chirurgických sester, které uvedly spíše ne v 56 % případů (v tabulce 7 zvýrazněno modrou barvou).

**Tabulka 8 Test hypotézy 4 – Chí kvadrát test**

<b>H0: Hodnocení efektivity je na obou odděleních stejné.</b>	
<b>Ha: Oddělení se liší ve svém hodnocení efektivity.</b>	
<b>dosažená hladina významnosti (p)</b>	<b>&lt;0,1 %</b>

Tabulka 8 obsahuje výsledky statistického testu chí kvadrát. Dosažená hladina významnosti (p) <0,1 % znamená, že názory sester na efektivnost zpracovávané dokumentace se liší podle oddělení. U sester na interně převládá kladné hodnocení (celkem 67 %), kdežto u sester z chirurgických oddělení převládá hodnocení záporné (74 %).

**Tabulka 9 Test hypotézy 5 – Neparametrická korelace**

H5 Závislost spokojenosti sester na fungování pracoviště.		
Kendallové tau_b	korelační koeficient	0,441
	dosažená hladina významnosti	<0,1%
	počet údajů	180

Hypotéza 5 hodnotí vztah spokojenosti sester (otázky 8, 10, 11, 13, 17, 20, 22) a fungování pracoviště (otázky 25, 26, 27, 28, 29). Byla zpracována neparametrickou korelací (Kendallové tau). Dosažena hladina významnosti <0,1 % svědčí o statisticky významném vztahu srovnávaných proměnných. Korelační koeficient je kladný (0,441), což odpovídá pozitivní korelaci – spokojenost sester je větší na lépe fungujícím pracovišti.

**Tabulka 10 Funkčnost pracoviště – Popisná statistika**

Oddělení	průměr	sm. odchylka	medián	modus	minimum	maximum
interna	4,6	0,6	5	5	3	5
chirurgie	3,2	1,0	3	3	1	5

Tabulka 10 obsahuje výsledky statistického hodnocení míry funkčnosti pracoviště a porovnává odpovědi interních a chirurgických sester. Vyšší průměr byl zjištěn na interních odděleních (4, 6) oproti chirurgickým oddělením (3, 2). Nejčastější hodnocení (modus) sester z interny bylo 5 bodů (maximum), kdežto sestry z chirurgie nejčastěji hodnotily fungování jejich pracoviště třemi body (prostřední hodnota stupnice).

### 4.3 Výsledky rozhovorů s vedoucími sestrami

**Vedoucí sestra 1** na oddělení s interním zaměřením pracuje ve funkci 23 let, má vysokoškolské vzdělání, titul Bc. Na odpověď, zda vidí přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestrách, odpověděla jednoznačně ano: „*Vývoj jde velice rychle dopředu a není možné vystačit celý život se středoškolským vzděláním*“. Další dotaz se vztahoval k tomu, zda si myslí, že dostatečně motivuje zdravotnický personál k dalšímu studiu. Podle vedoucí sestry dostatečně motivuje k dalšímu vzdělání, některé sestry na jejich oddělení zkoušely přijímací zkoušky na vysokou školu, ale nebyly přijaty. Také dostatečně motivuje k dalšímu vzdělávání (semináře, přednášky), „*ale záleží na tom, jak to vidí sestry na oddělení. Každý může mít jiný názor*.“ Na odebrání anamnézy u pacienta mají na oddělení vhodné podmínky. Mají pouze dvoulůžkové pokoje, v případě nutnosti intimity využívají vyšetřovnu. Ošetrovatelskou diagnostiku provádí sestry na oddělení z dokumentace, dále u nemocného rozhovorem. Ještě uvedla: „*Času na zpracování údajů sestry moc nemají, přijímá se každý den a propouští také, sestry toho mají opravdu hodně na starosti při plném počtu personálu. Stačí, když jedna sestra onemocní a už těžko zvládají veškerou práci. Psaní kolem ošetrovatelské anamnézy je také zdlouhavé a mnoho. Co se týče ošetrovatelské dokumentace, nyní je velmi obsáhlá, pracuje se na zjednodušené verzi. Čekáme s napětím, jak se povede*.“ Na otázku, zda jsou sestry v naší nemocnici dostatečně finančně ohodnocené, se vedoucí sestra nechtěla vyjadřovat. Dobře fungující kolektiv, pocit sounáležitosti, jistě přispívá k celkové spokojenosti sester v práci, vedoucí sestra si myslí, že u nich je dobrý kolektiv, snad funguje dobře, ale někdy se mohou najít nějaké překážky. Snaží se ke všem v kolektivu chovat stejně, věří, že to tak cítí i oni.

**Vedoucí sestra 2** na oddělení s interním zaměřením je ve vedoucí funkci 13 let a má vysokoškolské vzdělání, titul Bc. Ve vysokoškolsky vzdělaných sestrách vidí přínos: „*Bohužel celý systém vysokoškolského studia sester je nevhodně nastaven, což v mnohých sestrách vyvolává nechuť ke studiu*“. Sestry ke studiu motivuje, ale postoj sester na jejich oddělení k vysokoškolskému vzdělávání panuje veskrze negativní. Uvedla: „*Možnost účastnit se konferencí, seminářů či kongresů je v naší nemocnici rozmanitá. Ne každá nemocnice připravuje pro své zaměstnance takové množství vzdělávacích akcí*.“ Vhodné podmínky na odebrání anamnézy u pacienta mají dobré,

přijatelná místnost je příjmová vyšetřovna. Ošetrovatelská diagnostika vychází z informací, které od pacienta při sběru dat do ošetrovatelské anamnézy sestry získávají. Dále z jeho pozorování. Personál se zaměřuje nejen na diagnostiku specifických ošetrovatelských problémů, týkajících se problematiky jejich oddělení, ale také na stránku psychickou, sociální a spirituální. Další částí diagnostiky je sledování pacienta po dobu hospitalizace, kdy spolu s vývojem jeho zdravotního stavu se také mění ošetrovatelské diagnózy. Papírová forma, tedy dokumentace, která je součástí vedení ošetrovatelského procesu, by mohla být jednodušší. Už je v jednání. Dále vyjádřila: *„Základ ošetrovatelské dokumentace je dobrý, je však třeba pracovat na tom, aby se tato dokumentace zestručněla a stala více přehlednou. Nyní je součástí této dokumentace mnoho tiskopisů, kdy ani jeden z nich nemá v celkové zdravotní dokumentaci pevné místo a každé oddělení si je vede nebo nevede, jak uzná za vhodné, což je nemyslitelné.“* V současné době se jedná o přípravě nové ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici České Budějovice, a. s. Finanční ohodnocení sester na poměry jihočeského kraje považuje za přijatelné. Hodnotí, že celý problém s motivací je zaklet v každém z nás a s přístupem k práci (posláním), kterou vykonáváme. Po možnosti navštívit v souvislosti s jejím studiem jiná oddělení v této nemocnici si vedoucí sestra myslí, že vztahy na jejich oddělení jsou nadstandardní. I když i zde se poslední dobou začíná projevovat konzumní styl naší společnosti.

**Třetí vedoucí sestra** na oddělení s interním zaměřením je ve funkci 31 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je postgraduální specializační studium. Sestry k vysokoškolskému vzdělání sester sice motivuje, ale není přesvědčena o jejím přínosu. K dalšímu vzdělávání (semináře, přednášky) sestry dostatečně motivuje. Vhodné podmínky na odebrání anamnézy u pacienta sestry nemají. Není zde intimnější prostor a nevidí možnost to nějak změnit. Dále uvedla: *„Ošetrovatelskou diagnostiku provádí sestry rozhovorem a pozorováním. Na realizaci a ošetrovatelské intervence mají sestry celkem dost času, ale na neustálé opisování stejné dokumentace, na to čas opravdu není. Na vině je opakované opisování a zapisování údajů. Ošetrovatelskou dokumentaci stejně nikdo z lékařů nečte.“* Dokumentaci na oddělení nemají efektivně zpracovanou. Neví, jak ji změnit, nebo ovlivnit změnu. Na otázku, jak vidí finanční motivaci sester v této nemocnici, odpovídá, že neví. Snaží se o to, aby sestry měly na jejich oddělení pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu.

**Čtvrtý rozhovor** byl veden s vedoucí sestrou pracující ve vedoucí funkci 11 let na oddělení s interním zaměřením. Má vysokoškolské vzdělání, titul Bc. Přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestřích moc nevidí, myslí si, že postgraduální specializační studium je přínosnější. Snad sestry také dostatečně motivuje k dalšímu vzdělávání (semináře, přednášky). Zajištění vhodných podmínek pro odebrání anamnézy hodnotí kladně, sestry mají k dispozici vyšetřovnu a mají zde pouze dvouúžkové pokoje. Ošetřovatelskou diagnostiku sestry hodnotí na pokoji společně s nemocným, eventuelně s rodinnými příslušníky. Vedoucí sestra 4 si myslí, že sestry mají dostatek času na zpracování informací a ošetřovatelských diagnóz a intervencí. Odpověděla: *„Problém je ve zdlouhavém zapisování do ošetřovatelské dokumentace, někdy je chaos. Hlavní sestra naší nemocnice pracuje na zjednodušené verzi ošetřovatelské dokumentace.“* Domnívá se, že sestry na jejich oddělení mají pocit dobře fungujícího kolektivu.

**Vedoucí sestra 5** pracuje na oddělení s chirurgickým zaměřením. Ve funkci je 5 let a má vysokoškolské vzdělání, titul Bc. Vidí přínos ve vysokoškolském vzdělání sester. Ke studiu, ale sestry nemotivuje. Dále uvedla: *„Je to věc každé z nich, kdo si bude chtít vysokou školu doplnit, kdo má možnosti a chuť.“* K dalšímu vzdělávání, jako jsou semináře nebo přednášky, sestry motivuje a umožňuje návštěvu těchto akcí. Na odebrání anamnézy z časových důvodů nejsou dobré podmínky. Vše se odehrává ve spěchu. Na oddělení mají vhodné místo (intimní prostor) na zpracování údajů o pacientovi. Ošetřovatelskou diagnostiku sestry provádí na pokoji pacienta, chce-li pacient je možné v soukromí. Na otázku, zda mají sestry dostatek času na zpracování informací, ošetřovatelských diagnóz a realizaci ošetřovatelských intervencí odpovídá vedoucí sestra 5 na všechno záporně. Dále uvedla: *„Sestra má v ošetřovatelské péči velký počet pacientů. Více personálu by bylo přínosné pro obě strany (pro sestry, i pro pacienty). Dokumentace na oddělení je efektivně zpracovaná pouze částečně. Jistě by se dalo něco změnit. Finanční motivace sester je diskutabilní.“* Vedoucí sestra 5 si myslí, že sestry nejsou dostatečně finančně motivované. Zda mají sestry na jejich oddělení pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu odpovídá vedoucí sestra 5, že neví. Nechtěla se více vyjadřovat. Příčinu vidí hlavně v tom, že jsou sestry velmi přetěžovány.

**Vedoucí sestra 6** je ve funkci asi 20 let a pracuje na oddělení s chirurgickým zaměřením. Má vysokoškolské vzdělání, titul Mgr. Ve vysokoškolském vzdělání sester

vidí přínos a sestry na svém oddělení ke studiu motivuje. Co se týče dalších vzdělávacích akcí (semináře, přednášky), sestry z jejich oddělení navštěvují a vedoucí sestra je dostatečně motivuje. Řekla: *„Dostatečně vhodné podmínky na odebrání anamnézy na oddělení nejsou. Sesterna za provozu není vhodná k intimnímu rozhovoru.“* Využívají proto jiných prostor na oddělení a snaží se intimitu zajistit (vyšetřovna, samostatný pokoj, volný dospávací pokoj), tedy sestry improvizují. Ošetřovatelskou diagnostiku sestry provádí tak, že stanoví potřeby pacienta z ošetřovatelské anamnézy a z akutního stavu pacienta (například po operačním zákroku). Pomocí NANDA seznamu vyberou příslušnou ošetřovatelskou diagnózu, vytisknou, vloží individuální záznamy pacienta do dokumentace. Stanoví cíl a intervence. Sami si ošetřovatelské diagnózy netvoří. Zda mají sestry dostatek času na zpracování informací, ošetřovatelských diagnóz a realizaci ošetřovatelských intervencí odpovídá: *„Jak kdy, často jsou sestry zaneprázdněné jinou prací.“* Na oddělení není dobře a už vůbec ne efektivně zpracovaná ošetřovatelská dokumentace. Odevzdávali hlavní sestře připomínky k ošetřovatelské dokumentaci. Vedoucí sestra 6 řekla, že sestry nejsou dobře finančně ohodnocené oproti jiným profesím. Snaží se, aby sestry na jejich oddělení měly pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu.

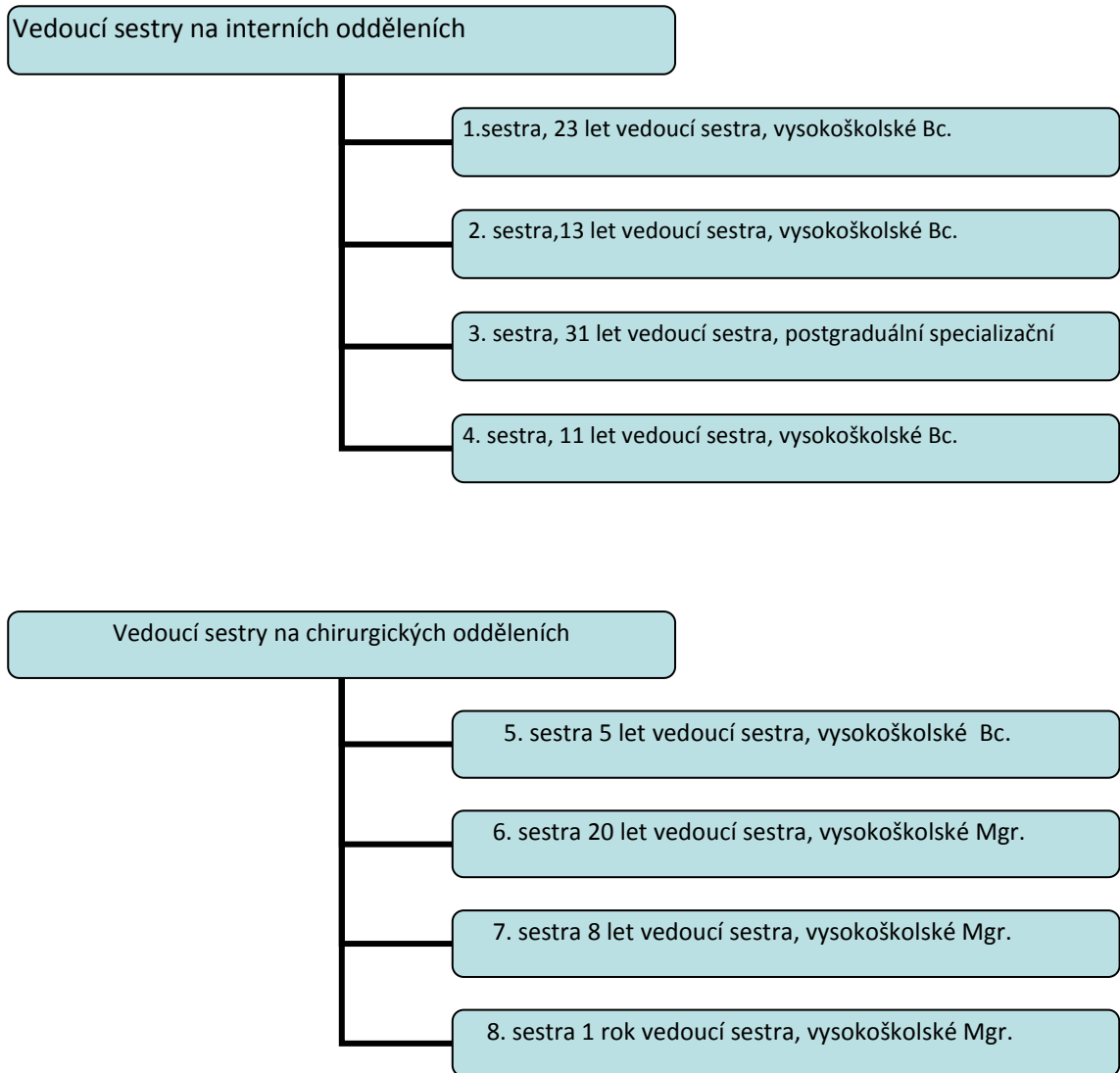
**Vedoucí sestra 7** je ve vedoucí funkci 8 let a pracuje na oddělení s chirurgickým zaměřením. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, titul. Mgr. Vidí přínos ve vysokoškolském vzdělání sester. Sestry nikdy nemohou vystačit se středoškolským vzděláním po celou dobu praxe. O tom, zda si doplní vysokoškolské studium, rozhodují většinou sami, dle jejich možností a vlastního uvážení. Na další vzdělávací akce (semináře, přednášky) zdravotnický personál vedoucí sestra 7 motivuje, některé akce přímo doporučuje, protože se týkají jejich oboru, což je pro sestry velice přínosné do praxe. Dále vedoucí sestra 7 uvedla: *„Na odebrání anamnestických údajů o pacientovi sestry nemají vhodné podmínky. Většinou se jedná o urgentní operace, vše probíhá ve spěchu a vhodný prostor také nemají.“* Změnu k lepšímu vedoucí sestra také nevidí jako reálnou, musely by být provedeny některé stavební úpravy. Intimitu pacientů sestry zajišťují alespoň zástěnami, což je nedostačující. Ošetřovatelskou diagnostiku provádí sestry rozhovorem s pacientem, dále z ošetřovatelské anamnézy, ze zdravotnické dokumentace a také pozorováním. Dostatek času na zpracování informací ošetřovatelských diagnóz sestry nemají. Také je málo času na realizaci ošetřovatelských

intervencí. Jde o oddělení akutní chirurgie, sestry přijímají úrazy přímo z ulice. Velký počet pacientů na urgentním příjmu (přibližně kolem třiceti pacientů za 24 hodin). Ošetrovatelská dokumentace není efektivně zpracovaná, hlavní sestra chystá změny, doufáme, že zjednoduší administrativní činnost sester, což by sestry velice přivítaly. Vzhledem k tomu co sestry musí všechno zvládnout, za co všechno zodpovídají, si vedoucí sestra 7, není jistá dostatečnou finanční motivací sester. Na otázku, o pocitu sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu vedoucí sestra 7 vyjadřuje jisté pochybnosti: *“nyní spíše nefunguje dobře“*. Příčinu vidí v tom, že se vyměnil kolektiv a je ve fázi budování.

**Vedoucí sestra 8** pracuje ve funkci 1 rok a několik měsíců a její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, titul Mgr. Ve vysokoškolském vzdělání vidí přínos, ale ze zkušenosti říká, že sestry jdou raději studovat postgraduální specializační studium, které více uplatní ve svém oboru. K dalšímu vzdělávání sester (semináře, přednášky) se snaží sestry motivovat. Raději vyhledávají akce ze svého oboru, které je lépe obohatí v praxi. Občas je to pouze lopocení za kredity, ale určitě u menšího počtu sester. Podmínky na odebrání anamnézy vidí vedoucí sestra v nedostatku času, anamnézu postupně doplňují, nebo dopisují do ošetrovatelské dokumentace. Vhodné místo na odebrání ošetrovatelské anamnézy sestry na oddělení nemají, protože na oddělení JIP není možné zajistit patřičnou intimitu. Sestry zajistí alespoň zástěnu ke klidnějšímu rozhovoru. Ošetrovatelskou diagnostiku sestry provádí pomocí rozhovoru s pacientem, postupně doplňují dle stavu pacienta, jinak po dobu hospitalizace také pozorováním nemocného. Zda mají sestry dostatek času na zpracování informací, ošetrovatelských diagnóz a realizaci ošetrovatelských intervencí, jednoznačně odpověděla: *„Realizace je menším problémem, ale co se týče zaznamenávání, je to pro ně časově náročné, raději by se věnovaly pacientovi“*. K ošetrovatelské dokumentaci se vyjadřovala, že ji mají celkem dobře zpracovanou, ale někdy jde spíše o opisování či přepisování. Hlavní sestra pracuje na nové ošetrovatelské dokumentaci a přijímá připomínky. Finančně motivované sestry v dnešní době nejsou, ale v dnešní době je každý rád, že má práci, tak si ani na plat nikdo nestěžuje. Pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu, dle vedoucí sestry 8, má na jejich oddělení většina sester.

#### 4.4 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech

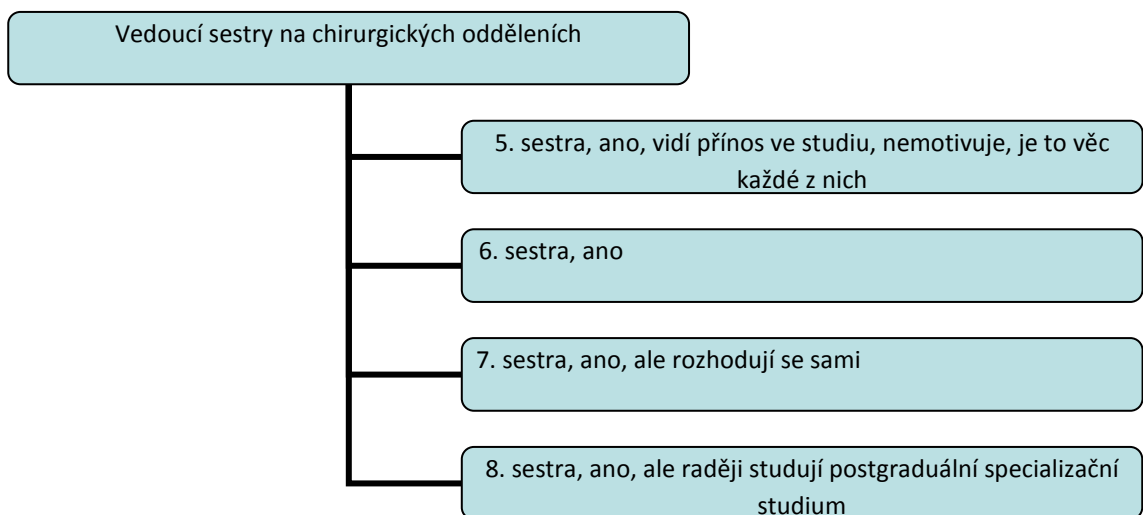
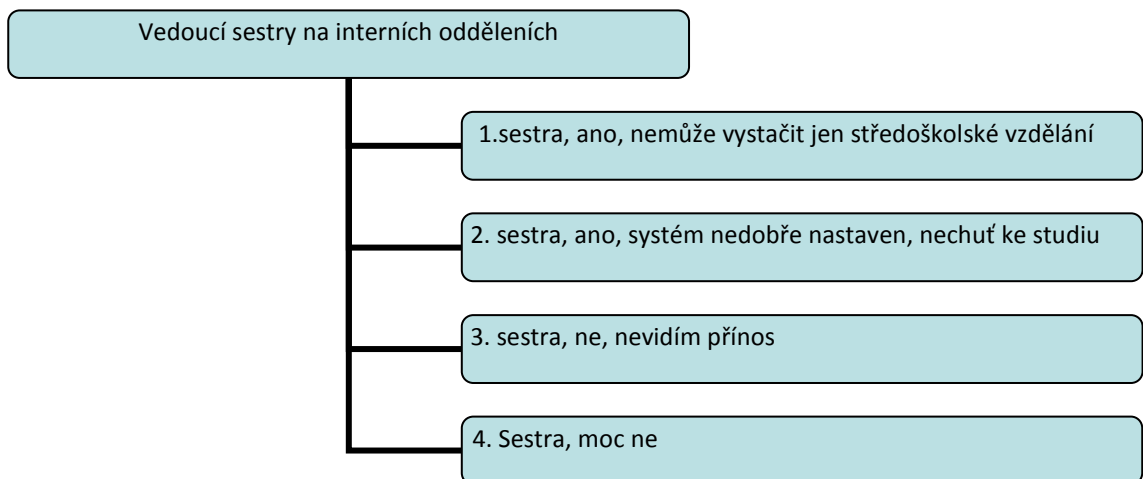
##### Schéma1 Identifikační údaje



Identifikační údaje znázorňují v rozhovoru otázky 1, 2, 3, jedna sestra je ve vedoucí funkci pouze 1 rok, ostatní 5 – 31 let ve funkci vedoucí sestry, sedm vedoucích sester je vysokoškolsky vzdělaných, titul Bc. a Mgr., pouze jedna sestra má postgraduální specializační studium.

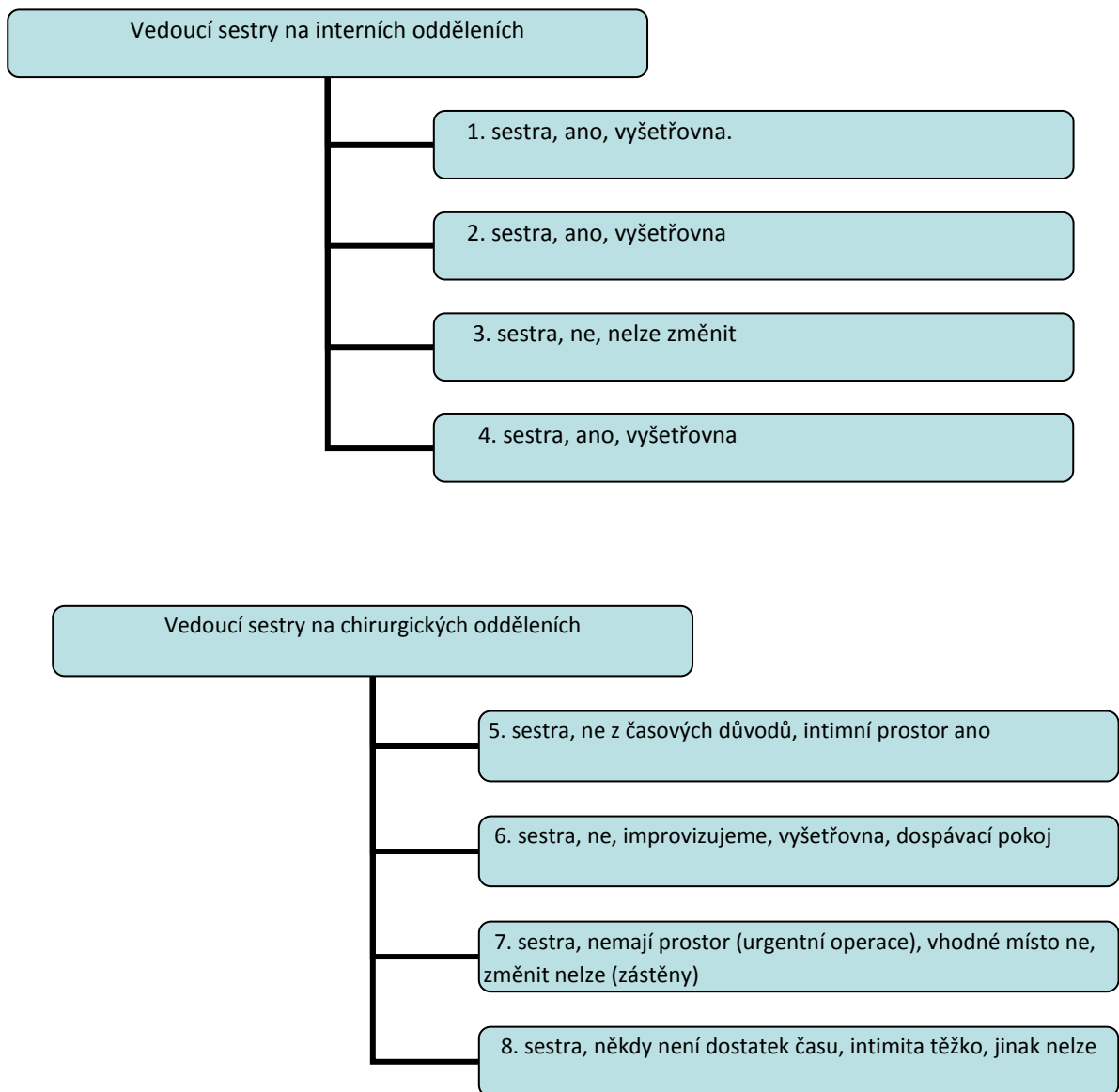


## Schéma 2 Přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestrách



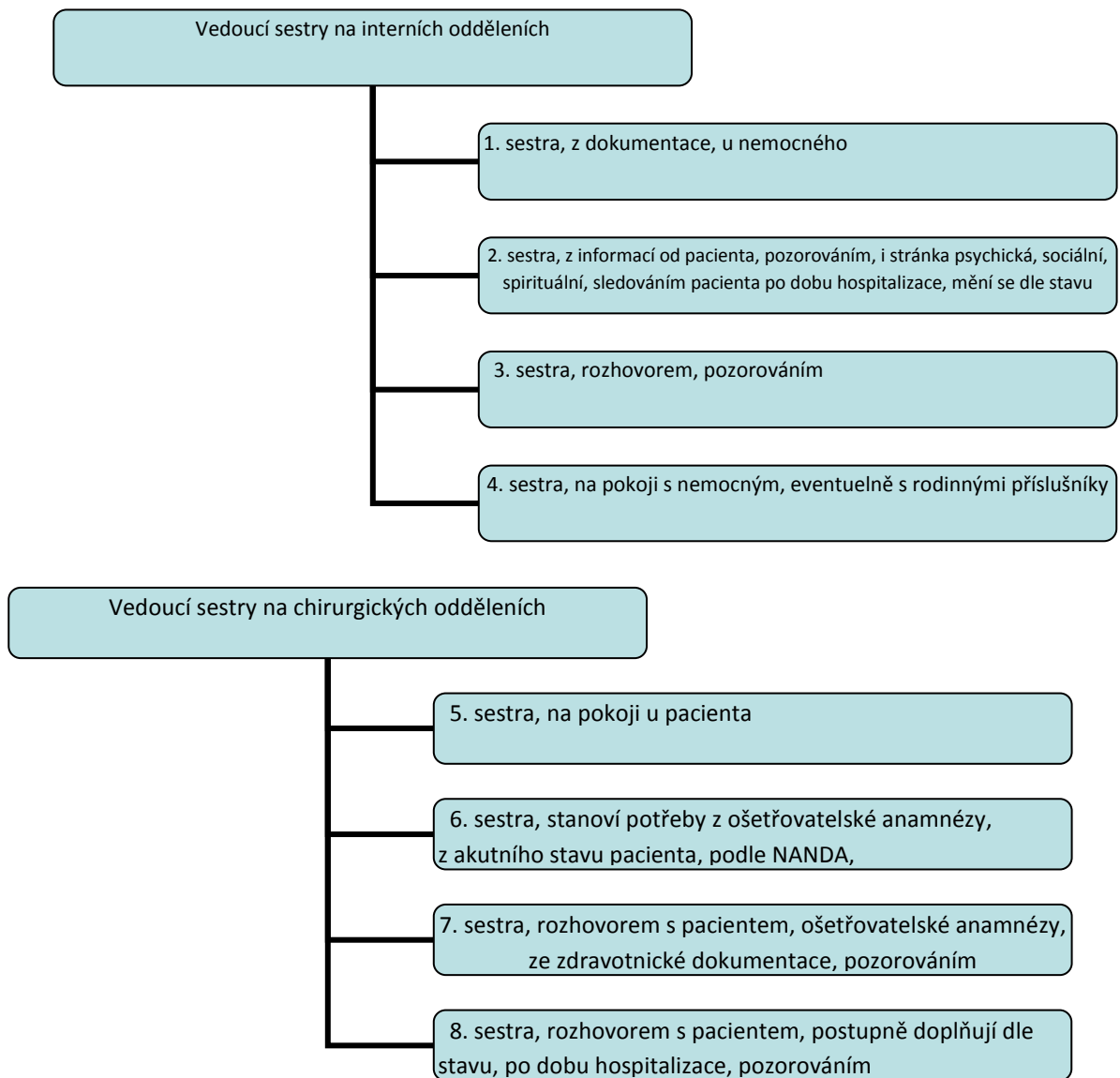
Přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestrách nevidí pouze sestra 3 a sestra 4, odpověděla moc ne. Ostatní vedoucí sestry vidí přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestrách, snaží se ostatní sestry motivovat ke studiu, ale jak uvádí vedoucí sestra 5 je to věc každé z nich a jak udává sestra 8, raději studují postgraduální specializační studium.

### Schéma 3 Vhodné podmínky na odebrání anamnézy na vašem oddělení



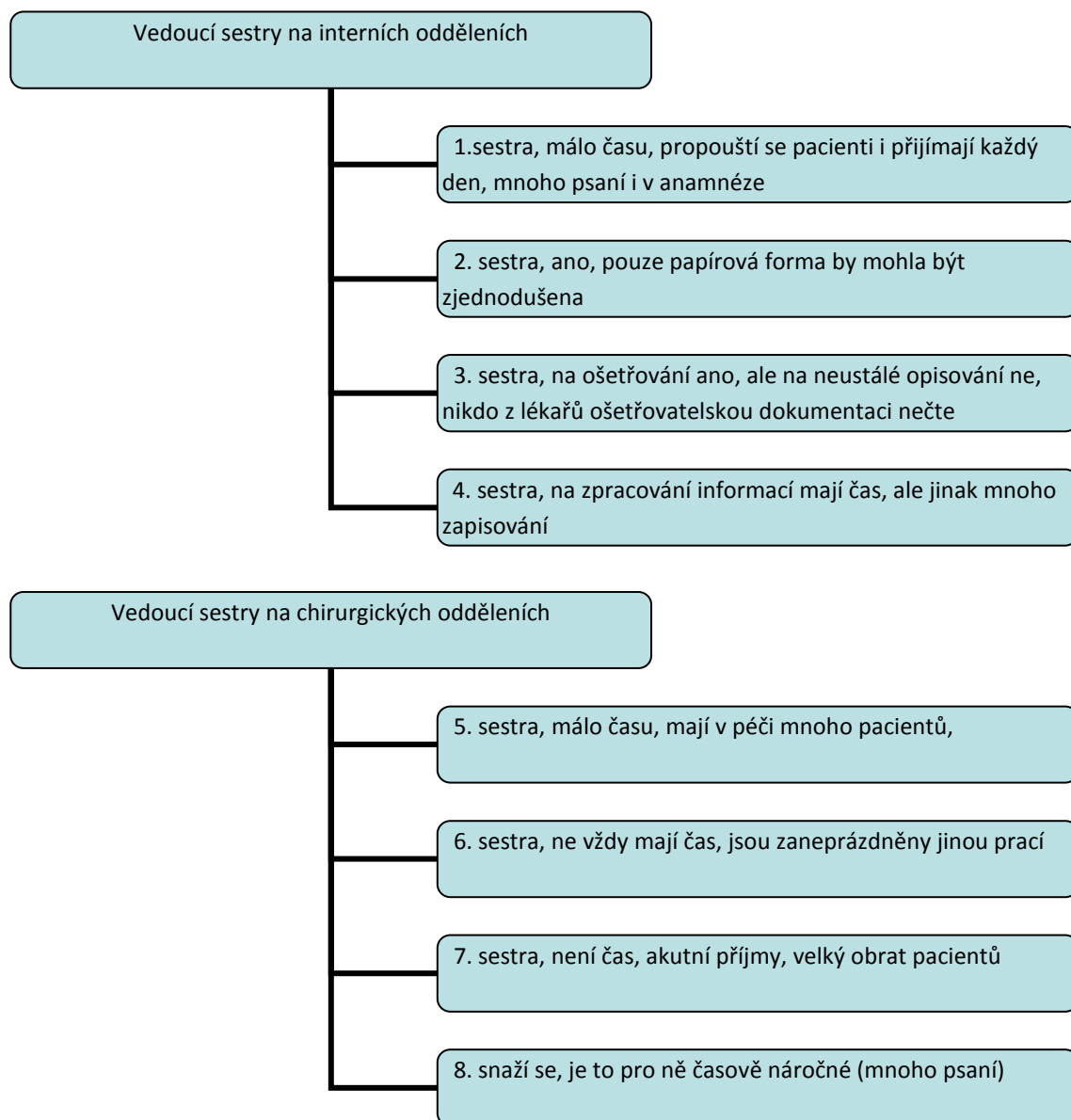
Na interních odděleních uvádí nevhodné podmínky pro odebrání anamnézy pouze sestra 3. Na chirurgických odděleních se vedoucí sestry shodují na nevhodných podmínkách na odebrání anamnézy, související s časovou tísní, dále zde nemají ani vhodný prostor k odebrání anamnestických údajů. Pouze sestra 5 uvádí, že intimní prostor lze na jejich oddělení zajistit.

#### Schéma 4 Provádění ošetrovatelské diagnostiky



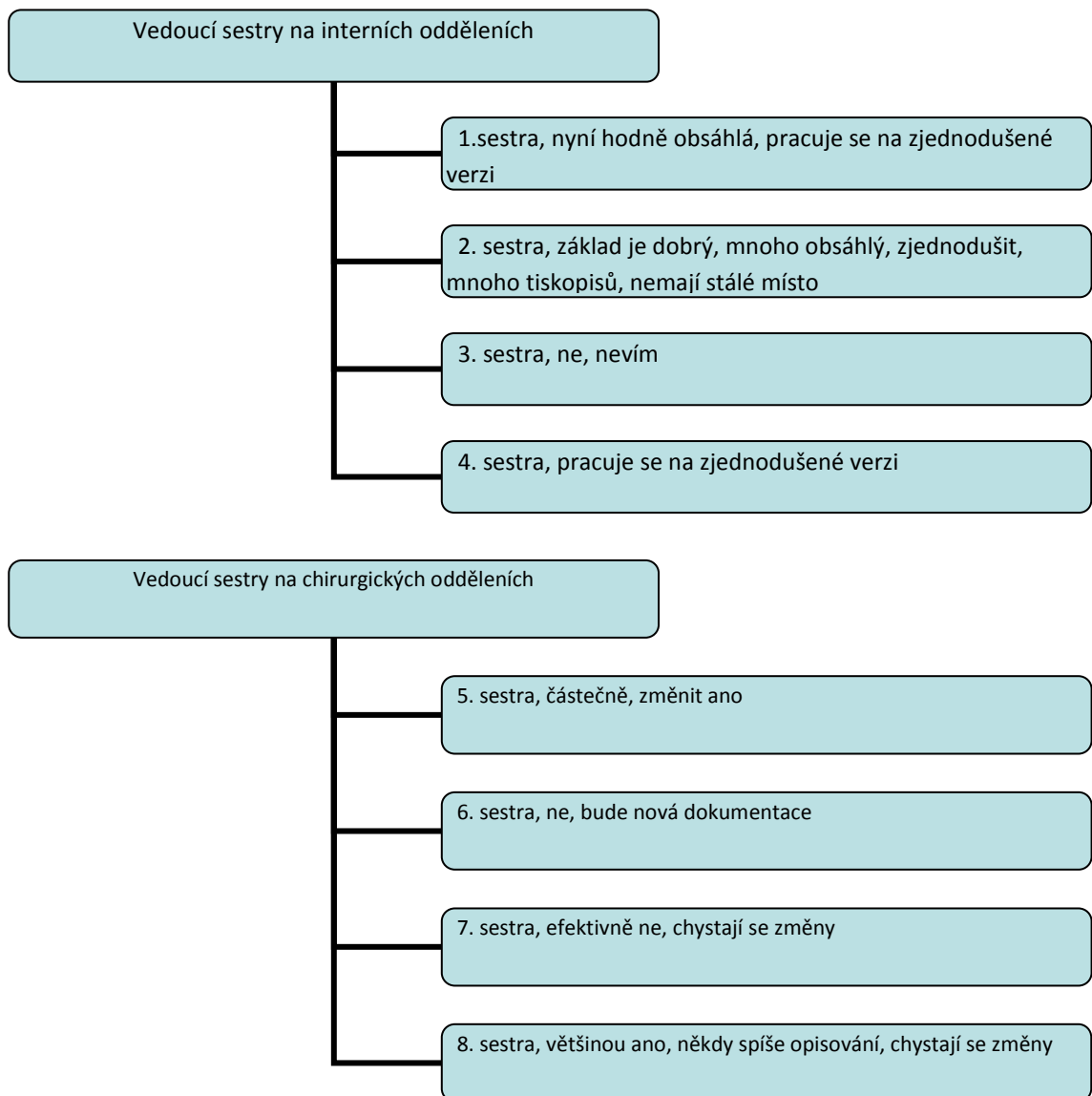
Na tomto schématu je patrné, že se vedoucí sestry shodují v provádění ošetrovatelské diagnostiky na jejich odděleních.

## Schéma 5 Čas na zpracování informací, ošetrovatelských diagnóz, a realizaci ošetrovatelských intervencí



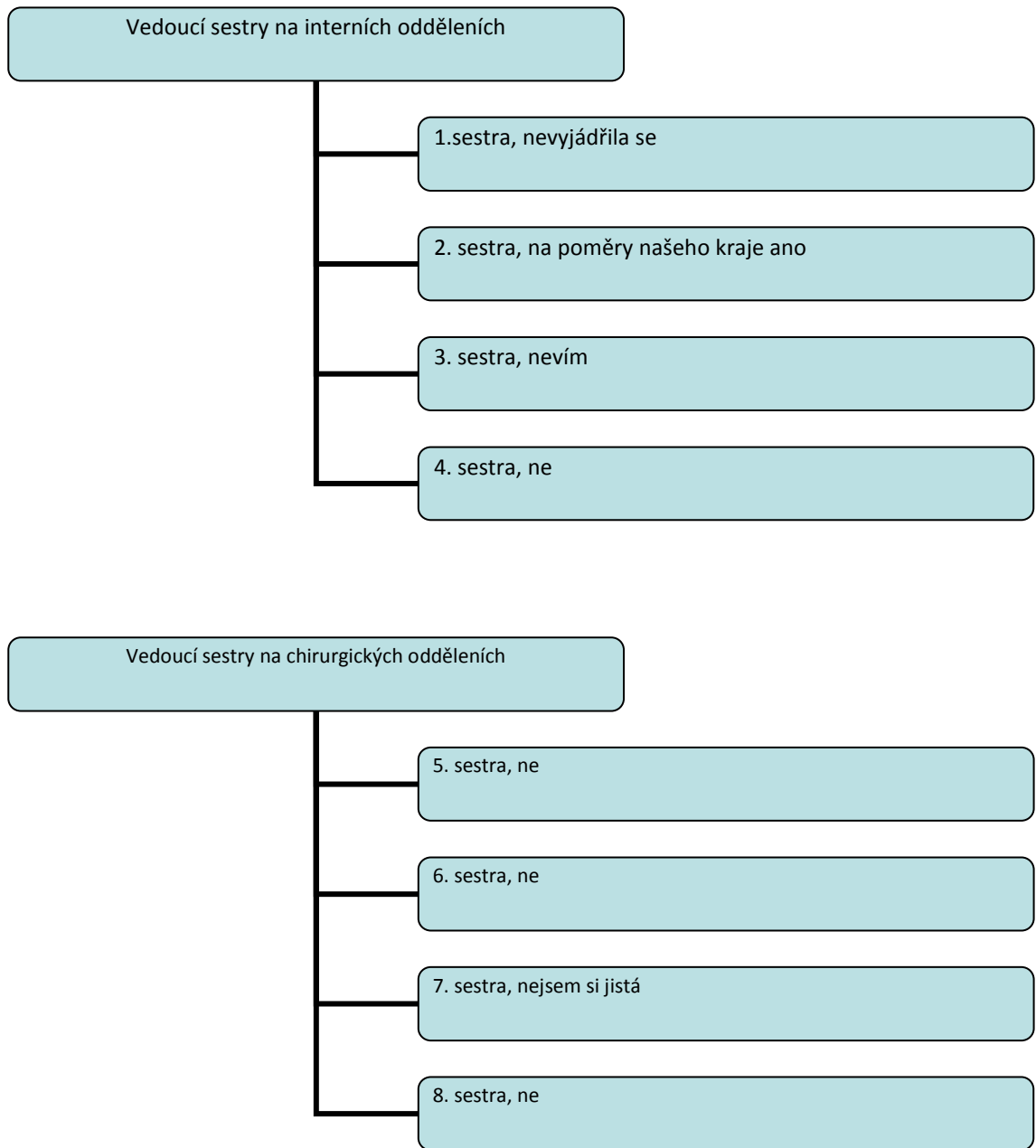
Vedoucí sestry z interních oddělení se shodly, (mimo sestry 1, která udává málo času) v názoru, že sestry by čas měly, ale je mnoho papírování. Chirurgické vedoucí sestry uvedly, že sestry mají málo času, sestra 5. uvedla, že sestry mají v péči mnoho pacientů, sestra 7 uvedla velký obrat pacientů, což způsobuje nedostatek času, mnoho psaní uvedla sestra 8 a zaneprázdněnost jinou prací uvedla sestra 6.

## Schéma 6 Efektivně zpracovaná ošetrovatelská dokumentace na oddělení



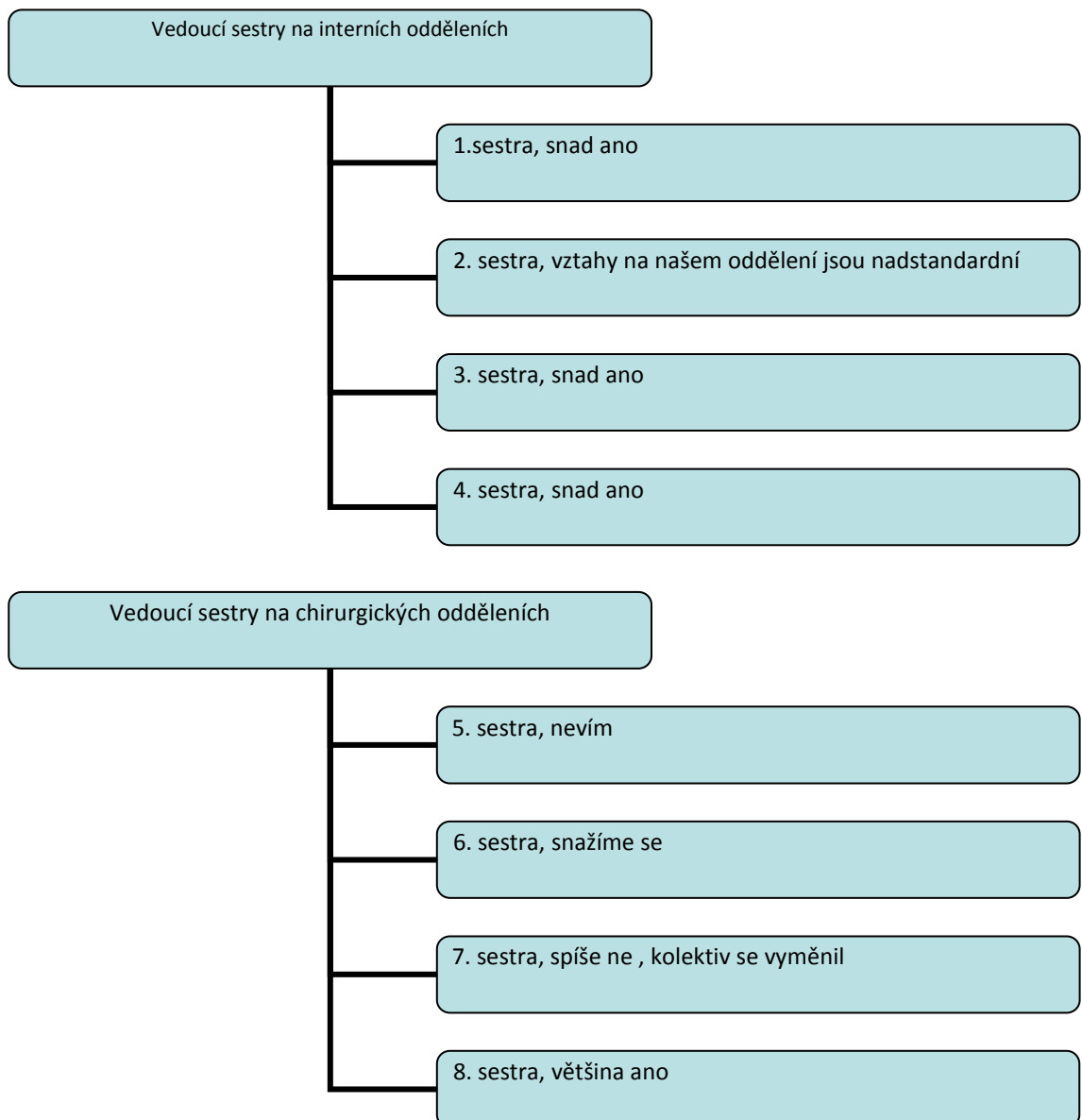
Sestra 2 uvedla, že základ dokumentace je dobrý, jen mnoho obsáhlý. Všechny vedoucí sestry, až na sestru 3, uvedly, že se chystá nová, zjednodušená verze ošetrovatelské dokumentace.

## Schéma 7 Finanční motivace sester



Sestra 1 se nevyjádřila k finanční motivaci sester na jejich oddělení. Sestra 2 vyjádřila názor, že na poměry našeho kraje ano, Nevím uvedla sestra 3, ne odpověděly na finanční situaci sester na odděleních vedoucí sestry 4, 5, 6 a 8. Nejsem si jistá, vyjádřila vedoucí sestra 7.

## Schéma 8 Pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu



Vedoucí sestry na interních odděleních uvedly na otázku na pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu snad ano a co je povzbudivé, sestra 2 uvedla, že vztahy na jejich oddělení jsou nadstandardní. Na chirurgických odděleních uvedla sestra 5 nevím, sestra 6 snažíme se. Spíše ne, kolektiv se vyměnil, uvedla sestra 7, sestra 8 vyjádřila odpověď většina ano.

## 5 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývá spokojeností sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s. Velkým problémem v nemocnici je mimo jiné, ošetrovatelská dokumentace, která zabírá sestřím mnoho času. Zabývali jsme se postoji sester na interních a chirurgických odděleních k ošetrovatelskému procesu v praxi. Dále jsme chtěli zmapovat možnosti zlepšení ošetrovatelského procesu v praxi se zaměřením na specifická oddělení. Výzkumné šetření diplomové práce bylo dále zaměřeno na názory vedoucích sester na interních a chirurgických odděleních.

První část výzkumného šetření je zaměřena na zjištění postoje sester na interních a chirurgických odděleních k ošetrovatelskému procesu v praxi. Bylo stanoveno pět hypotéz. První hypotéza byla, zda jsou sestry na interních odděleních v praxi spokojenější s ošetrovatelským procesem než chirurgické sestry. Jak uvádí Staňková (2), ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které sestry provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce. Ošetrovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného, zejména takového, který své potřeby dostatečně nesignalizuje (2). Rámec funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Gordonové je v současné době v rámci ošetrovatelského procesu v České republice nejpoužívanější, uvádí Tóthová (27). Šamánková (23) poukazuje na skutečnost, že pacient přichází do zdravotnického zařízení s obavami o své zdraví, tedy ve stresu. Je nezbytné, aby byl přijat vlídně, s porozuměním a bez spěchu. Právě první dojem, kterým sestra zapůsobí na pacienta, může významně a dlouhodobě ovlivnit jejich spolupráci a navázání důvěry. Zjistili jsme, že odebrání anamnestických údajů podle rámce funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví vyhovuje 73 % sester na odděleních s interním zaměřením a nevyhovuje pouze 1% sester. U sester s chirurgickým zaměřením vyhovuje pouze 30 % sester, dalších 30 % sester odpovídalo spíše ano a 40 % sester se přiklání k odpovědi spíše ne a ne (Graf 8b). Při dalším šetření (Graf 9a a Graf 9b), na otázku stručného vyjádření k úpravě anamnestických údajů, se ukázalo až alarmující zjištění, že se shodují interní i chirurgické sestry v přizpůsobení položek specializaci oddělení, upozorňují na přeformulování intimní oblasti anamnestických údajů, sociální otázky nejsou vždy důležité, některé se prolínají, opakují. Další šetření se týkalo dostatku času při zjišťování anamnestických údajů. Jak uvádí Staňková (29), dobře provedená anamnéza



může velmi ovlivnit kvalitu plánované péče. Graf 10a jasně ukazuje, že většina sester na odděleních s interním zaměřením má dostatek času na odebrání anamnestických informací od pacienta, oproti chirurgickým sestřám (Graf 10b), které jednoznačně odpovídají, že čas na odebrání anamnestických údajů od pacienta nemají (pouze 3 % chirurgických sester odpovědělo spíše ano). Vhodné místo, či intimnější prostor pro odběr anamnézy má na oddělení s interním zaměřením 42 % sester, a spíše ano 38 % sester, odpověď 39 % chirurgických sester je spíše ne a ne celých 60 % (Graf 11a a Graf 11b). Stejný názor můžeme vysledovat i u chirurgických vedoucích sester, které shodně uvedly, že sestry na oddělení nemají dostatek času ani vhodný prostor na odebrání anamnézy u pacienta (Schéma 3). Vedoucí sestra 6 uvedla, že improvizují, využívají volné vyšetřovny, když je to možné nebo dospávací pokoj, pokud je prázdný. Vedoucí sestra 8 uvedla, že používají k intimnější atmosféře alespoň zástěnu, jinak není proveditelné. Vedoucí sestra 7 odpověděla, že vhodné místo nelze zajistit, pokud se jedná o pacienty s urgentními operacemi, z čehož vyplývá, že času na odebrání anamnestických údajů o pacientovi mají chirurgické sestry opravdu málo a stejné je to s intimnějším prostorem k odebrání anamnézy. Zde se vedoucí chirurgické sestry shodují. Bylo by tedy vhodné zjednodušit anamnestický záznam, čímž sestry získají více času na pacienta. Další rozporuplné šetření, zaměřující se na čas při zpracování informací o pacientovi ukázalo, že na oddělení s interním zaměřením vypovídalo pouze 6 % sester (Graf 13a), že nemá čas při zpracování informací, na rozdíl od sester na oddělení s chirurgickým zaměřením, kde na stejnou otázku odpovídalo 60 % sester (Graf 13b). Naplánování ošetrovatelského procesu provádí 23 % sester na odděleních s chirurgickým zaměřením v rychlosti, když se vyskytne diagnóza, doplní, jak ukazuje (Graf 14b). Další alarmující zjištění je v efektivnosti zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, kdy k odpovědi spíše ne, se přiklání 33 % a ne vyjadřuje 45 % sester na odděleních s interním zaměřením (Graf 17a). Na oddělení s chirurgickým zaměřením 51 % volí odpověď spíše ne a ne 49 % (Graf 17b). Sestry vyjadřují vlastní názor nejčastěji slovy: *„Pokud možno jednoduchý, stručný formulář na zaznamenávání, prospěšné spíše u chronických pacientů, ne na akutních lůžkách, komplikují nám práci a ubírají čas na pacienta“* (Graf 18a, Graf 18b). Efektivně zpracovanou ošetrovatelskou dokumentaci vyjádřilo kladně 12 % sester na oddělení s interním zaměřením (Graf 20a), na rozdíl od žádné sestry 0 % na oddělení s chirurgickým zaměřením, o čemž vypovídá (Graf 20b).

Velice diskutabilní jsou vlastní názory sester na efektivně zpracovanou ošetrovatelskou dokumentaci (Graf 21a, Graf 21b), kde se nejčastěji opakují tyto názory: „*Není vypracováno pracovníkem z praxe, pouze administrativním, mnoho papírů na úkor ošetrovatelské péče, duplicita některých záznamů, nejednotné zpracování v nemocnici, na jednoho pacienta asi 10 příjmových papírů A4 a druhý den pouze o dva méně.*“ Dále se šetřením ukázalo (Graf 22a), že pouze 16 % sester na oddělení s interním zaměřením má možnost dostatečně komunikovat s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče a na oddělení s chirurgickým zaměřením pouze 8 % sester (Graf 22b). Svůj vlastní názor nejčastěji vyjadřují: „*Mnoho dokumentace, málo zdravotnického personálu (2 sestry na 30 pacientů na akutních lůžkách), méně administrativy a zbude více času na pacienty*“ (Graf 23a, Graf 23b). Co se děje v nemocnici? Sestry volají po změně v administrativě ošetrovatelské dokumentace? Sestry nemají čas na komunikaci s pacientem? Jednoznačně jsme prokázali, že sestry na interních odděleních jsou o něco spokojenější s ošetrovatelským procesem než sestry chirurgické. Ve vyjádření vlastních názorů sester je mnoho zajímavých diskutabilních návrhů, které by bylo vhodné předložit vedení Nemocnice v Českých Budějovicích, a. s. Tuto hypotézu týkající se spokojenosti sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s., jsme testovali ještě statisticky (Tabulka 1). Průměrná spokojenost byla mnohem vyšší u sester z interních oddělení; sestry z chirurgických oddělení z celkového počtu 7 možných bodů získaly maximálně pouze 3 body. Platnost hypotézy 1 byla hodnocena (Tabulka 2) dvouvýběrovým jednostranným t testem. Dosažená hladina významnosti (p) byla menší než 0,1 %, což znamená, že testovanou  $H_0$ : „Průměrná spokojenost sester se neliší“ můžeme zamítnout. Přijímáme alternativní hypotézu „Sestry na interních odděleních vykazují větší spokojenost než sestry na chirurgických odděleních“. Tímto se potvrzuje hypotéza 1 Sestry na interních odděleních jsou v praxi spokojenější s ošetrovatelským procesem než chirurgické sestry.

Druhá hypotéza zněla, zda vysokoškolsky vzdělané sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem než sestry bez vysokoškolského vzdělání. Ošetrovatelské vzdělávání a praxe prošly na konci 20. a začátku 21. století změnami, které jsou výsledkem transformace zdravotnictví, což se projevilo i v kompetencích všeobecné sestry (1). Jak uvádí Kutnohorská (1), vzhledem k odborné a psychické náročnosti zdravotnického povolání jsou budoucí zdravotničtí pracovníci připravováni

v bakalářských a magisterských studijních oborech na universitách. Současná podoba ošetrovatelství vyžaduje sestru profesionálku, která splňuje odborné vědomosti, dovednosti a potřebu dlouhodobého specializačního vzdělávání (3). Ze šetření vyplývá, že vysokoškolsky vzdělaných sester odpovídalo 10 % na oddělení s interním zaměřením (Graf 3a) a sester na odděleních s chirurgickým zaměřením bylo 70 % sester vysokoškolsky vzdělaných (Graf 3b). Jak již vyplývá z předchozího šetření, které nejvíce vystihují (Graf 13a, 13b, Graf 17a, 17b, Graf 22a, 22b), sestry na oddělení s chirurgickým zaměřením, jsou méně spokojené s ošetrovatelským procesem v praxi. Tento překvapivý výsledek ukazuje, že méně spokojené sestry s ošetrovatelským procesem v praxi jsou právě sestry vysokoškolsky vzdělané (70 %) na oddělení s chirurgickým zaměřením. Při statistickém testování (Tabulka 3) průměrná spokojenost byla mnohem nižší u sester s vysokoškolským vzděláním. Spokojenost sester s vysokoškolským vzděláním byla nejčastěji hodnocena jedním bodem (modus). (Tabulka 4) dosažená hladina významnosti ( $p < 0,1\%$  nám ukazuje, že můžeme zamítnout  $H_0$ : „Průměrná spokojenost sester se neliší“. Je zřejmé, že spokojenost s ošetrovatelským procesem u středoškolsky vzdělaných sester je mnohem větší než u sester s vysokoškolským vzděláním. Hypotéza 2 se nepotvrdila.

Sestry nejsou spokojené se zaznamenáváním ošetrovatelských diagnóz v praxi je třetí zkoumanou hypotézou. Jak uvádí Staňková (29), ošetrovatelská diagnóza určuje, jak a do jaké míry nemoc zasahuje do života postiženého člověka. Jak se mění jeho soběstačnost, nálada, jaké problémy a trápení mu přináší. Cílem péče postavené na ošetrovatelské diagnóze je dosáhnout maximálního stupně fyzické a psychické pohody nemocného. Jak sestry provádí zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz, dokazuje (Graf 16a, Graf 16b), kde nejčastěji sestry uvádí tyto odpovědi: *„Zaznamenáváme na předtištěný tiskopis (dle stavu pacienta), průběžně hodnotíme, každá ošetrovatelská diagnóza je na speciálním papíře, kde se rozepisují jejich hodnocení, doplňují vybrané diagnózy, předtištěné formuláře hodnotíme 2x denně.“* Zda se sestry domnívají, že je efektivní takto zaznamenávat ošetrovatelské diagnózy, nám jednoznačně ukazuje (Graf 17a, Graf 17b). Tyto alarmující výsledky, kdy se k odpovědi spíše ne a ne přiklání 70 % sester na odděleních s interním zaměřením a plných 100 % sester na odděleních s chirurgickým zaměřením, jak už jsme uvedli při šetření hypotézy 1, jsou velice znepokojující a diskutabilní. Realizaci každé intervence sestra písemně zaznamenává

do ošetrovateľskej dokumentácie, tak aby bola dostupná všetkým členom tímu a tým sa predišlo omylům či chybám (3). Je ošetrovateľstvom opravdu profesou, na ktorou není čas? Z výsledku kvalitatívneho šetření s vedoucími sestrami vyplynuly následující poznatky (Schéma 5). Vedoucí sestra 1 uvedla, že sestry na oddělení mají někdy málo času na pacienty, přijímá se a propouští každý den a hlavně mají sestry hodně psaní do dokumentace a ještě mnoho vypisování v anamnéze. Dále odpovídaly vedoucí sestry 2, 3, 4, že sestry mají čas na ošetrování pacientů, ale na neustálé opisování dokumentace ne. Vedoucí sestra 3 ještě uvedla, že nikdo z lékařů ošetrovateľskou dokumentaci stejně nečte. Vedoucí sestry 5, 6, 7, 8 se shodly, že sestry na jejich odděleních mají málo času na pacienty, protože mají v péči mnoho pacientů. Vedoucí sestra 6 ještě poukázala na zaneprázdněnost sester na oddělení jinou prací. Z výsledků šetření jasně vyplývá nespokojenosť s ošetrovateľskou dokumentací, jak sester na odděleních, tak vedoucí sester. Taktéž vlastní názor sester na odděleních, na zaznamenávání ošetrovateľských diagnóz vyjádřený (Graf 18a, Graf 18b), jasně ukazuje na velkou nespokojenosť sester se zaznamenáváním ošetrovateľských diagnóz v praxi, což by si jistě zasloužilo předložení výsledků šetření vedoucími pracovníkům na odděleních v nemocnici. Statistické testování této hypotézy (Tabulka 5) obsahuje pozorovaná a očekávaná data testu stanovené hypotézy. Z celkového počtu 180 hodnocených odpovědí byla zaznamenána pouze dvacetkrát odpověď ano (11,1 %) a převládající ne (88,9 %). Očekávaná data (vyjádření testované hypotézy) byla stanovena jako poměr odpovědí ano 20 % a ne 80 %. Statistické testování pomocí chí kvadrát testu (Tabulka 6) nám ukazuje, že dosažená hladina významnosti (p) je 0,3. To znamená, že nulová hypotéza (poměr 20 : 80) neplatí. Platí  $H_a$ , poměr 20 : 80 není správný. Ve skutečnosti byla zaznamenána spokojenosť ještě nižší, pouhých 11 %, tudíž hypotéza 3 se potvrdila.

Čtvrtá hypotéza zněla, chirurgické sestry by uvítaly méně dokumentace proti sestram z interních oddělení. Ošetrovateľská dokumentace slouží jako zdroj informací pro veškerý ošetrovateľský tým, který smí nahlížet do ošetrovateľské dokumentace, a tím jasně dokládá jednotlivé fáze ošetrovateľského procesu (23). Uskutečnění všech fází ošetrovateľského procesu se zaznamenává do ošetrovateľské dokumentace. Ošetrovateľská dokumentace je vedena současně s dokumentací lékařskou. Lékař by měl sledovat sesterskou dokumentaci obdobně, jako provádí sestra sledování dokumentace lékařské (38). Názor sester na efektivně zpracovanou dokumentaci (Graf

20a, Graf 20b), vykazuje odpovědi spíše ne 26 % a ne 10 % sester na oddělení s interním zaměřením a na oddělení s chirurgickým zaměřením 56 % uvádí spíše ne a ne 18 % sester. Vlastní názory sester jsou již uváděny v šetření hypotézy 1 (Graf 21a, Graf 21b). Z výzkumu vyplývá, že je více chirurgických sester nespokojených s ošetrovatelskou dokumentací, než sestry na odděleních s interním zaměřením. Platnost stanovené hypotézy 4 byla statisticky hodnocena v kontingenční tabulce (Tabulka 7). Je patrné, že odpověď spíše ano, uvedlo 54 % sester z interních oddělení, na rozdíl od chirurgických sester, které uvedly spíše ne v 56 % případů. Tabulka 8 obsahuje výsledky statistického testu chí kvadrát. Dosažená hladina významnosti ( $p < 0,1$  % znamená, že názory sester na efektivnost zpracovávané dokumentace se liší podle oddělení. U sester na interních odděleních převládá kladné hodnocení (celkem 67 %), kdežto u sester z chirurgických oddělení převládá hodnocení záporné (74 %). Statistické zpracování ukazuje, že se hypotéza 4 potvrdila. Hypotéza 5 zněla, sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem na dobře fungujícím pracovišti než na pracovišti s dlouhodobě neutěšenou situací. Hned první z otázek, zda se sestry cítí motivované pro svou práci v souvislosti se spokojeností v pracovním kolektivu (Graf 25a, Graf 25b) odpovědělo ano 51 % sester, spíše ano 49 % a spíše ne a ne nevyjádřila žádná sestra z interních oddělení. Na chirurgických odděleních sestry uvedly 55 % ano, spíše ano odpovědělo 40 % sester, 5 % uvedlo spíše ne a ne ne zvolila žádná sestra. Stejně jako lze zaměstnance motivovat, je možné docílit i jejich demotivace. Pracovní přetížení, nevhodný systém, špatný přístup k realizaci změn, rozhodování o lidech bez lidí, nevhodná volba manažerských technik a přístupu k lidem, také častá nedostatečná komunikace, jsou pouze některé z faktorů, které mohou zaměstnance demotivovat a vést je ke ztrátě iniciativy, produktivity nebo zhoršení kvality práce (46). Takové prostředí narušuje organizační kulturu a vede k organizační depresi. Sestry jsou schopny podat neuvěřitelné výkony, existuje-li na oddělení kombinace pozitivního, radostného prostředí a motivačního vůdcovství. Při šetření, zda mají sestry na pracovišti prostor vyjádřit svůj názor, jsme vzhledem k velké odlišnosti odpovědí, nechali opět odpověď rozdělenou na sestry z oddělení s interním zaměřením, které uvádějí ano 58 % a spíše ano 42 % a co je překvapivé, není zde ani jedna negativní odpověď. Na rozdíl od sester z oddělení s chirurgickým zaměřením, vyjadřuje pouze 18 % ano, 42 % spíše ano, 20 % spíše ne a 20 % dokonce ne (Graf 26a, Graf 26b). Proč sestry na odděleních

s chirurgickým zaměřením nemají prostor vyjádřit svůj názor? Není ochota naslouchat? Nebo snad není čas? Statisticky zpracovaná hypotéza 5 hodnotí vztah spokojenosti sester (otázky 8, 10, 11, 13, 17, 20, 22) a fungování pracoviště (otázky 25, 26, 27, 28, 29). Hodnocení bylo zpracováno neparametrickou korelací (Kendalovo tau, Tabulka 9). Dosažena hladina významnosti  $<0,1\%$  svědčí o statisticky významném vztahu srovnávaných proměnných. Korelační koeficient je kladný (0,441), což odpovídá pozitivní korelaci – spokojenost sester je větší na lépe fungujícím pracovišti. (Tabulka 10) obsahuje výsledky statistického hodnocení míry funkčnosti pracoviště a porovnává odpovědi interních a chirurgických sester. Vyšší průměr byl zjištěn na interních odděleních (4, 6) oproti chirurgickým oddělením (3, 2). Nejčastější hodnocení (modus) sester z interny bylo 5 bodů (maximum), kdežto sestry z chirurgie nejčastěji hodnotily fungování jejich pracoviště třemi body (prostřední hodnota stupnice). Hypotéza 5 se potvrdila.

Cílem druhé části výzkumného šetření jsme se snažili zjistit možnosti zlepšení ošetrovatelského procesu v praxi se zaměřením na specifická oddělení.

Byla stanovena výzkumná otázka, zda je možné zlepšit spokojenost sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici v Českých Budějovicích, a. s. Výstižně se zamýšlí Petr Škrla a Marta Škrllová ve své knize Kreativní ošetrovatelský manažment: „Jak můžeme zlepšit úděl pacientů? Jak lze zkvalitnit prostředí, které je obklopuje a jež tak citlivě vnímají? Pacientům dnes nestačí nabídnout pouze kvalitní léčebnou a ošetrovatelskou péči. Je třeba zamyslet se i nad prostředím, ve kterém se péče poskytuje, a naučit se mírnit traumatizující vliv“ (40, str. 120). S osmi vedoucími sestrami v Nemocnici v Českých Budějovicích, a. s. jsme provedli polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 17 otázek. První čtyři sestry byly vedoucí na odděleních s interním zaměřením a další čtyři sestry byly vedoucí na odděleních s chirurgickým zaměřením. Odpovídaly nám vedoucí sestry s praxí ve vedoucí funkci od 1 roku až 31 let praxe ve vedoucí funkci. Z interních vedoucích sester byly tři vysokoškolsky vzdělané a jedna měla postgraduální specializační studium. Chirurgické vedoucí sestry byly všechny vysokoškolsky vzdělané (Schéma 1). Dále jsme se zaměřili na otázku, zda vedoucí sestry vidí přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestrách a jestli dostatečně motivují sestry k dalšímu studiu (Schéma 2). Motivace je naše hnací síla. Pokud jsme k něčemu motivovaní, snažíme se překonat veškeré překážky, abychom dosáhli daného

cíle. Pouze tehdy, je-li manažer sám motivovaný k dosažení cíle, dokáže na svoji stranu strhnout ostatní a správně je motivovat (46). Vedoucí sestra 3 nevidí přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestřích a sestry ke vzdělání nemotivuje. Vedoucí sestra 4 odpověděla, že přínos vysokoškolsky vzdělaných sester moc nevidí. Další vedoucí sestry se shodly, že vidí přínos ve vysokoškolsky vzdělaných sestřích, vedoucí sestra 2 dodala, že systém vysokoškolského vzdělávání je nedobře nastaven a vyvolává u sester nechuť ke studiu. Vedoucí sestry 5 a 7 uvedly, že ke studiu sestry nemotivují, je to každé věc jestli budou chtít studovat. Vedoucí sestra 8 uvedla, že sestry jdou raději studovat postgraduální specializační studium než vysokou školu. Otázka 6 byla zaměřena na motivaci sester, na semináře a různé vzdělávací akce. Všechny osm vedoucích sester se v rozhovoru shodlo, že sestry motivují na návštěvu seminářů a různých vzdělávacích akcí. Vedoucí sestra 2 uvedla, že ne každá nemocnice pořádá tolik vzdělávacích akcí, jako právě tato. Další částí rozhovoru byly zjišťovány vhodné podmínky na odebrání anamnézy pacienta (intimnější prostor), nebo co by bylo možné na oddělení změnit (Schéma 3). Při rozhovoru vedoucí sestry 1, 2 a 4 uvedly, že sestry na oddělení mají dostatek času na odebrání anamnézy. Odběr informací od pacienta provádí na vyšetřovně, kde mají dostatek klidu. Vedoucí sestra 3 odpověděla, že nemají vhodné podmínky na oddělení na odběr anamnézy od pacienta a není to možné změnit. Každý manažer musí mít na zřeteli, že nejběžnější příčinou fluktuace je nevyužívání potenciálu podřízených (40). Chirurgické vedoucí sestry shodně uvedly, že sestry nemají dostatek času ani vhodný prostor na odebrání anamnézy u pacienta. Vedoucí sestra 6 uvedla, že improvizují, využívají volné vyšetřovny, když je to možné nebo dospávací pokoj, pokud je prázdný. Vedoucí sestra 8 uvedla, že používají k intimnější atmosféře alespoň zástěnu, jinak nemohou intimitu zajistit. Vedoucí sestra 7 odpověděla, že vhodné místo nelze zajistit, pokud se jedná o pacienty s urgentními operacemi.

Dále jsme zkoumali, jak provádí sestry na jejich oddělení ošetrovatelskou diagnostiku (Schéma 4). Ošetrovatelskou diagnózu stanoví sestra na základě vyhodnocení všech získaných informací. Stanovení ošetrovatelské diagnózy tvoří tedy druhou fázi ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelská diagnóza znamená verbalizaci pacientových potřeb a problémů, které může ovlivnit správně naplánovaná ošetrovatelská péče (29). Vedoucí sestra 1 uvedla, že sestry na jejím oddělení provádí

ošetřovatelskou diagnostiku z dokumentů pacienta, rozhovorem s nemocným. Vedoucí sestra 2 ještě dodala pozorováním pacienta, hodnocení i stránky psychické, sociální a spirituální, sledování pacienta po dobu hospitalizace a dle stavu pacienta ošetřovatelské diagnózy mění. Jako další, vedoucí sestra 3 odpověděla, že u nich na oddělení sestry provádí ošetřovatelskou diagnostiku pozorováním a rozhovorem. Vedoucí sestra 4 uvedla, že sestry provádí ošetřovatelskou diagnostiku na pokoji, společně s nemocným, eventuelně s rodinnými příslušníky. Odpověď vedoucí sestry 5 byla, že sestry provádí ošetřovatelskou diagnostiku na pokoji u pacienta. Na oddělení vedoucí sestry 6 nejdříve stanoví potřeby pacienta z ošetřovatelské anamnézy a z akutního stavu nemocného, pomocí NANDA vyberou příslušnou ošetřovatelskou diagnózu, vytisknou, stanoví cíl a intervence, sami si ošetřovatelské diagnózy netvoří. Vedoucí sestra 7 uvedla rozhovorem s pacientem, z ošetřovatelské anamnézy, ze zdravotnické dokumentace a také pozorováním. Vedoucí sestra 8 uvedla tvoření ošetřovatelských diagnóz na jejich oddělení rozhovorem s pacientem, postupně se doplňují dle stavu pacienta, pozorováním, po celou dobu hospitalizace. Další dvě otázky se zaměřovaly na dostatek času na zpracování informací o pacientovi, ošetřovatelských diagnóz a realizaci ošetřovatelských intervencí. Pokud nemají sestry dostatek času, měly vedoucí sestry vyjádřit co je na vině (Schéma 5). Jak uvádí Tóthová, ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče skládající se z několika vzájemně propojených fází (27). Realizaci každé intervence sestra písemně zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace, tak aby byla dostupná všem členům týmu a tím se předešlo omylům či chybám (3). Vedoucí sestra 1 uvedla, že sestry na oddělení mají někdy málo času na pacienty, přijímá se a propouští každý den a hlavně hodně psaní i mnoho vypisování v anamnéze. Dále odpovídaly vedoucí sestry 2, 3, 4, že mají čas na ošetřování pacientů, ale na neustálé opisování dokumentace ne. Vedoucí sestra 3 ještě uvedla, že nikdo z lékařů ošetřovatelskou dokumentaci stejně nečte. Vedoucí sestry 5, 6, 7, 8 se shodly, že sestry na jejich odděleních mají málo času na pacienty, protože mají v péči mnoho pacientů. Je tedy opravdu ošetřovatelství profese, na kterou není čas? Vždyť právě ošetřovatelství vyžaduje cit a lásku k lidem, porozumění a na to všechno je třeba čas. Pacient potřebuje současně teoreticky vzdělaného odborníka, ale i člověka (sestru), která dokáže rozptýlit jeho obavy a dát mu naději. Další (Schéma 6) otázky se týkaly efektivně zpracované



dokumentace na oddělení. Ošetrovatelská dokumentace slouží jako zdroj informací pro veškerý ošetrovatelský tým, který smí nahlížet do ošetrovatelské dokumentace, a tím jasně dokládá jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Poskytuje chronologický přehled o poskytované péči (3). Vedoucí sestry se shodují v tom, že nyní je ošetrovatelská dokumentace velmi obsáhlá a potřebuje zjednodušit.

Pracovní přetížení, nevhodný systém, špatný přístup k realizaci změn, rozhodování o lidech bez lidí, nevhodná volba manažerských technik a přístupu k lidem, nedostatečná komunikace, monotónní práce jsou pouze některé z faktorů, které mohou zaměstnance demotivovat a vést je ke ztrátě iniciativy, produktivity nebo kvality, či dokonce k absentérství a fluktuaci. Takové prostředí narušuje organizační kulturu a vede k organizační depresi. Sestry jsou schopny podat neuvěřitelné výkony, existuje-li na oddělení kombinace pozitivního, radostného prostředí a motivačního vůdcovství. Cílem motivace je zajistit určitý vzorec chování nebo dosažení určitého výsledku a podpora rozvoje maximálního potenciálu zaměstnance (46). Motivace se týká poslední části rozhovoru s vedoucími sestrami. Na otázku, zda jsou sestry dostatečně finančně motivované (Schéma 7), odpověděla vedoucí sestra 2, že na poměry našeho kraje ano. Vedoucí sestra 1 se k této otázce nevyjádřila. Vedoucí sestra 3 uvedla, že neví a vedoucí sestra 7 odpověděla, že si není jistá. Shodnou odpověď uvedly vedoucí sestry 4, 5, 6, 8, které odpověděly, že sestry nejsou dostatečně finančně motivované. Poslední otázka (Schéma 8) se týkala toho, zda na jejich oddělení mají sestry pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu. Součástí motivačního procesu je úcta k lidem. Úcta dává lidem pocit, že jsou pro organizaci důležití a že má organizace o ně starost, toto je někdy větší motivace než finanční ohodnocení. Rádi uvádíme, že vedoucí sestra 2 vidí jejich vztahy na oddělení jako nadstandardní. Další názory vedoucích sester 1, 3, a 4, na pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu, vyjádřily: „*snad ano.*“ Vedoucí sestra 5 odpověděla, že neví. Vedoucí sestra 6 odpověděla: „*snažíme se.*“ Vedoucí sestra 7 uvedla: „*spíše ne, kolektiv se vyměnil.*“ Vedoucí sestra 8 vyjádřila: „*většina ano.*“

Domníváme se, že spokojenost sester s ošetrovatelským procesem je možné zlepšit efektivnějším zorganizováním práce, zjednodušením ošetrovatelské dokumentace, která zbytečně ubírá sestrám čas, který by jinak věnovali pacientovi. Vše se odvíjí na organizaci práce na každém oddělení. Stále dochází k rozvoji ošetrovatelského procesu a vedoucí sestry podávaly návrhy na novou dokumentaci v únoru letošního roku 2013

náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, která pracuje v současné době na zjednodušené formě ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici České Budějovice, a. s. Na sestru jsou kladeny stále nové a nové nároky, proto je tak nutná stálá motivace ze strany vedoucích pracovníků.

Motivace je hnací síla nás všech. Manažerské procesy jsou dnes považovány za základ filozofie podnikového řízení. Přechodem od funkčního na procesní management se změnilo pojetí manažerské práce. Manažer již není nařizovatel, ale přechází od kontrolních a direktivních rolí k roli zprostředkovatele a poradce (40, 46).

## 6 Závěr

Ošetrovatelský proces je kontinuální, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. Vyžaduje aktivní neboli nabízenou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester, přináší lepší pocit pracovní spokojenosti a také seberealizaci. Důležitá je komunikace mezi členy zdravotnického týmu, mezi členy týmu a manažerem a naopak. Sestry jsou schopny podat neuvěřitelné výkony, existuje-li na oddělení kombinace pozitivního, radostného prostředí a motivačního vůdcovství.

Cílem diplomové práce bylo zjistit postoj sester na interních a chirurgických odděleních k ošetrovatelskému procesu v praxi. Bylo stanoveno pět hypotéz. H1 – Sestry na interních odděleních jsou v praxi spokojenější s ošetrovatelským procesem, než sestry chirurgické se potvrdila. H2 – Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem než sestry bez vysokoškolského vzdělání, se nepotvrdila. H3 – Sestry nejsou spokojené se zaznamenáváním ošetrovatelských diagnóz v praxi, se potvrdila. H4 – Chirurgické sestry by uvítaly méně dokumentace proti sestřám z interních oddělení, se potvrdila. H5 – Sestry jsou spokojenější s ošetrovatelským procesem na dobře fungujícím pracovišti, než na pracovišti s dlouhodobě neutěšenou situací, se potvrdila. Druhým cílem diplomové práce bylo zjistit možnosti zlepšení ošetrovatelského procesu v praxi se zaměřením na specifická oddělení. K druhému cíli byla položena výzkumná otázka, zda je možné zlepšit spokojenost sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Výsledky ukazují, že spokojenost sester s ošetrovatelským procesem je možné zlepšit efektivnějším zorganizováním práce, zjednodušením ošetrovatelské dokumentace, která zbytečně ubírá sestřám čas, a který by jinak věnovali pacientovi. Bylo prostudováno několik ošetrovatelských dokumentací z různých nemocnic. Na základě toho byl vytvořen vlastní návrh ošetrovatelské dokumentace pro nemocnici v Českých Budějovicích (Příloha 3). Je patrné, že vše se odvíjí na organizaci práce na každém oddělení. Výsledky diplomové práce jsou ukazatelem spokojenosti sester s ošetrovatelským procesem na interních odděleních a odděleních chirurgických v Nemocnici České Budějovice, a. s. a výsledky budou zveřejněny na sesterských konferencích. Po dohodě s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči by bylo zajímavé

zopakovat výzkum za 2 - 3 roky a porovnat oba výsledky s nově zavedenou dokumentací do praxe.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
2. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. České ošetrovatelství 3*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-282-5.
3. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
4. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
5. KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
6. STAŇKOVÁ, Marta. *Galerie historických osobností. České ošetrovatelství 7*. Brno: NCO NZO, 2001. ISBN 80-7013-329-5.
7. POCHYLÁ, Karla. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2 přepracované vydání Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
8. STAŇKOVÁ, Marta. *Koncepce českého ošetrovatelství. České ošetrovatelství 1. Základní terminologie*. Brno: NCO NZO, 2002. ISBN 80-7013-263-9.
9. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
11. JAROŠOVÁ, Darja. *Filosofie a modely ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská universita, [online]. c 2006, (cit. 2012. 08. 05) Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-filozofie%20a%20modely%20osetrovatelstvi.pdf>
12. JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava: Ostravská universita, ZSF, 2003. ISBN 80-7042-339-0.

13. ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.
14. GORDON, Marjory. *Nursing Diagnosis Process and Application*. 3rd.ed. St.Louis: Mosby, 1994. ISBN 0-8016-6053-x.
15. HEATH, Hellen B. et al. *Potter and Perry's Foundations in Nursing theory and practise*. 7th ed. London: Elsevier Health Sciences, 2004. ISBN 0-7234-2005-x.
16. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Zuzana SLEZÁKOVÁ. *Aplikace vybraných ošetrovateľských modelů do klinické a komunitní praxe*. Východočeské tiskárny, s. r. o.: Nukleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
17. NANDA International. *Ošetrovateľské diagnózy. Definice a klasifikace 2009 – 2011*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247.3423-1.
18. . ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovateľských modelů*. České tiskárny Ráby: Nukleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-x.
19. ŠKUBOVÁ Jarmila a Helena CHVÁTALOVÁ. *Sestra – o životě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-407-0.
20. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice. České ošetrovatelství 5*. Brno: NCO NZO, 2000. ISBN 80-7013-310-4.
21. . KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
22. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství I. díl, systémový přístup*. Praha: Universita Karlova, 2003. ISBN 80-246-0429-9.
23. . ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Universita Karlova, Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
24. ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovateľském procesy*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

25. STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra a pacient Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. České ošetrovatelství 13*. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-388-0.
26. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
27. TÓTHOVÁ Valerie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
28. OTÁSKOVÁ, Jiřina a kol. *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a. s., 2007. ISBN 80-239-9072-0.
29. STAŇKOVÁ, Marta. *Jak provádět ošetrovatelský proces. České ošetrovatelství 4*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-283-3.
30. GULÁŠOVÁ, Ivica a Ján BREZA. *Sebepojetí pacientů. Sestra*. 2013, ročník 12, č. 4, s. 22. ISSN 1210-0404.
31. MACHALA, Ondřej. *O empatii a vlastních zkušenostech. Sestra*. 2012, ročník 11, č. 5, s. 7. ISSN 1210-0404.
32. . MARKOVÁ, Eva. *Sborník mezinárodní konference, Dny Marty Staňkové III*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-434-2.
33. NANDA-I. *NURSING DIAGNOSES: Definitions & Classification 2009 – 2011*. 8th Edition. Philadelphia: NANDA-I, 2008. ISBN 978-1-4051-8718-3.
34. *NURSING DIAGNOSES: Definitions & Classification 2012 – 2014*. 9th. Edition. NANDA International, 2011. ISBN 978-0-470-65482-8.
35. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
36. MAREČKOVÁ, Jana. *NANDA – International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská universita, 2005. ISBN 80-7368-109-9.

37. ŽIAKOVÁ Katarína a kol. *Ošetrovačelstvo- telia a vedecký výskum*. Osveta: Martin, 2009. ISBN-80-8063-304-2.
38. VONDRÁČEK, L., M. LUDVÍK a J. NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80- 247-0704-7.
39. ŠKRLA, Petr. *101 příběhů a metafor z manažerské praxe*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2141-5.
40. ŠKRLA, Petr a Marta ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský manažment*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
41. PLEVOVÁ, Ilona. *Managment v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-247-3871-0.
42. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.
43. HOROKOVÁ, Silvie a Elena GURKOVÁ. *Pracovní spokojenost sester. Sestra*. 2012, ročník 11, č. 7- 8, s. 33. ISSN 1210-0404.
44. KOUŘILOVÁ, Irena. *Motivace sester. Sestra*. 2013, ročník 12, č. 4, s. 16. ISSN 1210-0404.
45. DĚDINA, Jiří a Václav CEJTHAMR. *Managment a organizační chování*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3348-7.
46. GROHAR – MURRAY Mary Ellen a DiCROCE Helen. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.



## **8 Seznam příloh**

1. Dotazník pro sestry
2. Podklad pro rozhovor s vedoucími sestrami
3. Návrh na ošetrovatelskou dokumentaci

## Příloha č. 1

### Dotazník pro sestry

#### Anonymní dotazník pro sestry pracující v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Ošetrovatelský proces je kontinuální, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem. Vyžaduje aktivní neboli nabízenou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces zvyšuje profesní pravomoc a tvořivost sester, přináší lepší pocit pracovní spokojenosti a také seberealizace. Jsem studentkou na ZSF JCU obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech magisterské studium. Tento dotazník je nedílnou součástí mé diplomové práce na téma Spokojenost sester s ošetrovatelským procesem v praxi v Nemocnici České Budějovice, a. s. Na otázky prosím odpovídejte zakřížkováním jedné z uvedených možností nebo doplňte vlastní názor. Mnohokrát Vám děkuji za čas věnovaný tomuto dotazníku.

Bc. Dana Křesalová, České Budějovice

1. Jak dlouho pracujete na Vašem oddělení?

- Méně než rok
- 1 – 5 let
- 6 – 15 let
- 16 – 25 let
- 26 – a více let

2. Na jakém oddělení pracujete?

- Oddělení s interním zaměřením
- Oddělení s chirurgickým zaměřením

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Pomaturitní specializační studium
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské

4. Máte podporu od Vašich vedoucích pracovníků doplnit si vysokoškolské vzdělání?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

5. Máte podporu od vedoucích pracovníků navštěvovat vzdělávací akce (semináře, přednášky a jiné)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

6. Vidíte přínos ve vysokoškolském vzdělání sester?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

7. Znáte nějaké modely v ošetřovatelství?

- Ano
- Ne

8. Při příjmu pacienta u zpracování anamnézy se používá 13oblastí podle modelu Gordonové. Vyhovuje Vám tento způsob anamnestických údajů o pacientovi?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9. Pokud spíše ne, nebo ne, proč? Prosím o stručné vyjádření:

Pokud spíše ano, nebo ano. Myslíte si, že by bylo třeba anamnézu upravit (některé položky přidat, či ubrat), případně proč? Prosím o stručné vyjádření:

10. Máte na pacienta dostatek času při zjišťování anamnestických informací?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

11. Máte na pracovišti vhodné místo (intimnější prostor) pro odběr anamnézy?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12. Pokud ne, je možné (reálné) toto na Vašem oddělení změnit? Nápad, zamyšlení:

13. Máte čas na zpracování informací o pacientovi?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14. Jak provádíte naplánování ošetrovatelského procesu? Prosím o stručný popis:

15. Provádíte na Vašem oddělení ošetrovatelskou diagnostiku?

Ano

Ne

Pokud jste na otázku 15. odpověděl/a Ne, pokračujte prosím otázkou č. 19.

16. Jak provádíte zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz? Prosím o stručný popis:

17. Myslíte si, že je efektivní toto zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz:

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

18. Máte jiný názor na zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz? Prosím o stručný popis:

19. Provádíte zápis do ošetrovatelské dokumentace (zlepšení stavu, bolest) u pacienta?

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

20. Máte podle Vás efektivně zpracovanou ošetrovatelskou dokumentaci?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

21. Pokud jste odpověděli na předchozí otázku spíše ne, nebo ne, co si myslíte, že je důvodem? Pokuste se stručně vyjádřit:

22. Máte možnost dostatečně komunikovat s pacientem při realizaci ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

23. Pokud spíše ne, nebo ne měla byste nápad co zlepšit a jak? Pokuste se stručně vyjádřit:

24. Cítíte se motivovaná pro svou práci v souvislosti s finanční spokojeností?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

25. Cítíte se motivovaná pro svou práci v souvislosti se spokojeností v pracovním kolektivu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

26. Máte na pracovišti prostor vyjádřit svůj názor?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

27. Když vyjádříte svůj názor, je myšlenka zrealizována (pokud je možné a přinese efekt)?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

28. Myslíte si, že máte na Vašem pracovišti dobře zorganizovanou práci?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

29. Cítíte se dobře ve Vašem pracovním kolektivu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

30. Myslíte si, že dobře fungující pracoviště zvyšuje efektivitu práce?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

31. Myslíte si, že z dlouhodobě neutěšené situace na pracovišti vzniká lhostejnost a tím se snižuje kvalita ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Ještě jednou Vám mnohokrát děkuji za čas strávený tímto dotazníkem, snad alespoň trochu upozorní na skryté možnosti na našich odděleních.



## **Příloha č. 2**

### **Podklad pro rozhovor s vedoucími sestrami v Nemocnici České Budějovice, a. s.**

Motivace je naše hnací síla. Pokud jsme k něčemu motivováni, snažíme se překonat veškeré překážky, abychom dosáhli daného cíle.

1. Jak dlouho pracujete na Vašem oddělení jako vedoucí pracovnice?
2. Pracujete jako vedoucí na interním nebo chirurgickém oddělení?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Vidíte přínos ve vysokoškolském vzdělání sester?
5. Myslíte si, že dostatečně motivujete zdravotnický personál k dalšímu studiu (Postgraduální studium, vysokoškolské studium)?
6. Myslíte si, že sestry dostatečně motivujete k dalšímu vzdělávání (semináře, přednášky)?
7. Mají sestry na Vašem oddělení vhodné podmínky na odebrání anamnézy pacienta?
8. Máte vhodné místo (intimnější prostor) na Vašem oddělení na zpracování údajů o pacientovi?
9. Pokud ne, je možné toto na Vašem oddělení změnit?
10. Jak provádí sestry na Vašem oddělení ošetrovatelskou diagnostiku?
11. Mají podle Vás sestry dostatek času na zpracování informací ošetrovatelských diagnóz a realizaci ošetrovatelských intervencí?
12. Pokud ne, co myslíte, že je na vině?
13. Myslíte si, že máte na oddělení dobře a efektivně zpracovanou ošetrovatelskou dokumentaci?
14. Pokud ne, je možné to nějak změnit, ovlivnit?
15. Jsou podle Vás sestry dostatečně finančně motivované?
16. Myslíte si, že na Vašem oddělení mají sestry pocit sounáležitosti a dobře fungujícího kolektivu?
17. Pokud ne, v čem vidíte příčinu?

### **Příloha 3**

#### **Návrh na ošetrovatelskou dokumentaci**

Inspirací pro vytvoření ošetrovatelské dokumentace byly především nemocnice Děčín, Tábor, Český Krumlov, Písek a stávající ošetrovatelská dokumentace nemocnice v Českých Budějovicích. Ošetrovatelské diagnózy, plán, realizace a hodnocení ošetrovatelského plánu byly převzaty z ošetrovatelské dokumentace nemocnice Děčín, došlo pouze k menším úpravám v ošetrovatelských diagnózách a realizaci, dále k formálním úpravám.

1. Ošetrovatelská anamnéza – ještě možnost doplnění podle specifik oddělení (například gynekologie).
2. Ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán – možnost doplnění ošetrovatelských diagnóz.
3. Ošetrovatelská realizace a hodnocení – možnost doplnění při vepsání další ošetrovatelské diagnózy.
4. Ošetrovatelský dekurz – bude sloužit k zapisování sestrou, zhoršení stavu pacienta, na co se zaměřit v ošetrovatelské péči.

## Ošetřovatelská anamnéza

Jméno: \_\_\_\_\_  
 Příjmení: \_\_\_\_\_  
 RC: \_\_\_\_\_  
 Dg. (stovně): \_\_\_\_\_

<b>Přjem</b>			
<b>Datum přijetí:</b>			
<b>Čas přijetí na odd:</b>	ano		
<b>Plánované přijetí:</b>	ano		
<b>Akutní přijetí:</b>	ano		
<b>Psychický stav:</b>	dobry obavy strach		
<b>Pohybová aktivita:</b>	chodí s pomodí nechodící		
<b>Smyslové poruchy:</b>	ano ne		
<b>špatný vřizus</b>	nevidomý jiné		
<b>nedoslýchá</b>	hluchota němota		
<b>Kompenzační pomůcky</b>			
<b>brýle</b>	kontaktní čočky		
<b>hůl</b>	berle		
<b>sluchadlo</b>	inval. Vozík		
<b>zubní protěza</b>	Jiné		
<b>na lůžku - nutná hraza</b>			
<b>Dýchání</b>			
<b>bez obtíž</b>			
<b>s obtížemi:</b>	jaké		
<b>Bolesti při příjmu</b>			
ano	ne		
<b>Spánek</b>	bez obtíž		
<b>hypnotika</b>	občas		
<b>budí se v noci</b>	ano ne		
<b>Komunikace</b>			
<b>Normální</b>	míčenlivý		
	nápadně hovorný		
<b>Osobní zvyklosti a pocity</b>			
<b>kuřák</b>	alkohol		
<b>hyperaktivita</b>	agresivita		
<b>nesmělost</b>	pasivita smutek		
	apatie optimismus		
<b>Yměšování stolice</b>	<b>Yměšování moči</b>	<b>Wřizba</b>	<b>Sociální vazby</b>
v normě pleny s obtížemi inkontinence stomie	v normě pleny cévka podl. mísa epicy.sto.	jí sám nutnost pomodí krmení	rodina jiné
		Pitný režim připomínat nutit	<b>Duchovní potřeby</b> zajistit
		Osobní hygiena s dopomodí zcela závislý	<b>RHB</b> ano ne
		Oblékání s dopomodí zcela závislý	<b>Plánované propuštění domů</b> následná péče
		Změny na kůži ano ne	informovat: netřeba ano koho:
		Zmáštní pozornost žilní vstupy stomie DM PEG MRSA	Byl/a seznámen/a s Domácím řádem a Kodexem práv pacientů. netřeba seznámit dne:
		kardiostimulátor tracheostomie Alergie, jaké	Anamnézu odebrala: netřeba odebrat dne: čas:
<b>Zjištění rizika pádu</b>			
<b>Pohyb</b>	<b>neomezený</b>	0	<b>Smyslové poruchy</b>
	Používání pomůcek	1	Žádné
	Potřebuje pomoc	1	Vizuální, sluchové, smyslový deficit
	Neschopen přesunu	1	Orientován
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	0	Občas dezorientace
	V anamnéze nykturie, inkontinence	1	V minulosti se
	Vyžaduje pomoc	1	projevila demence, dezorientace
<b>Medikace</b>	neužívá rizikové léky	0	18 - 64 let
	Užívá léky ze skupiny:	1	65 a výše
	Antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychofarmaka, diuretika		
			<b>Pád v anamnéze</b>
			Celkové skóre:
			Je-li skóre vyšší než 3, proveďte opatření prevence pádu.

Sepsal/a

Jméno:

Příjmení:

R.Č.:

Oddělení:

Ošetrovatelská diagnóza, Plán péče

Oš. diagnóza (oš. problém), datum vzniku	Plán péče (očekávané výsledky)	Oš. diagnóza (oš. problém), datum vzniku	Plán péče (očekávané výsledky)
<b>1. Porucha vědomí z důvodu:</b> úraz neurologické onemocnění intoxikace komplikace diabetu dechová nedostatečnost UPV - umělá plicní ventilace psychické onemocnění	vyhoví spolupracuje  hodnoty glykemie v normě plné vědomí tolerance UPV	<b>7. Riziko vzniku infekce z důvodu:</b> zavedení CŽK, PŽK tracheostomie močový katétr, epicystostomie epidurální katétr drenáže (hrudní, břišní, redon) operační rána jiné:	nejeví známky infekce nebude ohrožen komplikacemi
<b>2. Strach, úzkost z důvodu:</b> nedostatek informací obava z budoucnosti změny prostředí rodinné zázemí bolest změna zdravotního stavu	má dostatek informací o své nemoci  projevuje zájem o spolupráci  zmírnění, odstranění bolesti zná postup léčby, postup vyšetření	<b>8. Riziko pádu z důvodu:</b> neurologické onemocnění kardiovaskulární onemocnění medikace onemocnění pohybového aparátu postižení smyslového ústrojí jiné:	zabránit pádu
<b>3. Bolest z důvodu:</b> operační výkon zánět úraz onkologické onemocnění neurologické onemocnění chronická rána základní onemocnění	zmírnění, odstranění bolesti zmírnění, odstranění bolesti zmírnění, odstranění bolesti chápe příčinu bolesti má opět normální spánek	<b>9. Dechová nedostatečnost z důvodu:</b> plicní onemocnění kardiovaskulární onemocnění úrazy/operace UPV aspirace jiné:	nemá dýchací potíže volné dýchací cesty odkašlává sekrety zlepšení oxygenace
<b>4. Porucha soběstačnosti v oblasti:</b> vyprazdňování hygieny příjmu potravy pohybu polohování RHB - rehabilitace	soběstačnost  nevznikne dekubit nevznikne dekubit	<b>10. Nevolnost/ zvracení z důvodu:</b> anestezie dietní chyba intoxikace dilatace žaludku NPB - náhlá příhoda břišní jiné:	snížení nauzey, zvracení zabránit aspiraci
<b>5. Výživa - změna z důvodu:</b> dietní opatření, operační výkon parenterální výživa nasogastrická sonda, enterální sonda, PEG zvýšený/snížený objem tekutin zvýšený/snížený příjem potravy porucha vědomí	chápe důvody dietního opatření chápe důvody parenterální výživy chápe důvody zavedení sondy, PEG objem tekutin v normě zajištěn dostatečný příjem potravy	<b>11. Porucha komunikace z důvodu:</b> porucha zraku - sluchu - řeči duševní onemocnění anestezie intubace tracheostomie jazyková bariéra - cizinec jiné:	nalezení optimální formy komunikace chápe podávané informace  dostatek verbální i neverbální komunikace personálu
<b>6. Porucha spánku z důvodu:</b> bolest změna prostředí úzkost, strach omezení hybnosti hluk osvětlení	zajištění správného biorytmu cítí se odpočatý, vyspalý	<b>12. Porucha mobility z důvodu:</b> úraz operace základní onemocnění jiné:	spolupráce pacienta soběstačnost  používání kompenzačních pomůcek



