

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Šárka Buršíková

**Čas strávený sestrou v přímé ošetrovatelské
péči a faktory, které jej ovlivňují.**

*Nurse`stimespent in direct patient care and
influencingfactors.*

Bakalářská práce

Praha, květen 2016

Autor práce: Šárka Buršíková
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství
Odborný konzultant: Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.
Pracoviště odborného konzultanta: Ústav ošetřovatelství

Předpokládaný termín obhajoby: 30. 6. 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 30. 5. 2016

Šárka Buršíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za cenné rady, které mi poskytovala v celém průběhu tvorby bakalářské práce, za vstřícnost a především pak za čas a podporu, kterou mi věnovala.

Dále bych ráda poděkovala Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za objektivní připomínky a cenné rady zejména při finálních úpravách práce.

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	9
1.1 Ošetřovatelství	10
1.1.1 Ošetřovatelská profese a role sestry.....	10
1.1.2 Ošetřovatelský proces	11
1.1.3 Adaptace sestry na pracovišti.....	12
1.1.4 Přímá ošetřovatelská péče a její časové nároky	13
1.2 Faktory ovlivňující čas v přímé ošetřovatelské péči	15
1.2.1 Faktory na straně sestry.....	15
1.2.1.1 Osobnost sestry	15
1.2.1.2 Věk.....	17
1.2.1.3 Přístup k profesi.....	17
1.2.1.4 Schopnost plánování.....	18
1.2.1.5 Odolnost vůči stresu a syndrom vyhoření.....	19
1.2.2 Faktory na straně pacienta.....	22
1.2.2.1 Dodržování léčebného režimu – compliance	22
1.2.2.2 Věk.....	22
1.2.2.3 Nemoc.....	24
1.2.2.4 Zkušenosti s hospitalizací	25
1.2.3 Faktory na straně zdravotnického zařízení.....	26
1.2.3.1 Velikost pracoviště a jeho personální obsazení	26
1.2.3.2 Vedení pracoviště - motivace	28
1.2.3.3 Týmová spolupráce	29
1.2.3.4 Administrativní práce	30
1.3 Rizika pro pacienty vzniklé z nedostatku času sestry	32
1.3.1 Nedostatek informací	32
1.3.2 Hospitalizmus a riziko sociální izolace.....	33

1.3.3	Imobilizační syndrom	34
2	Empirická část	35
2.1	Metodika výzkumné části.....	36
2.1.1	Kontext.....	36
2.1.2	Použitá metoda sběru dat a terénní fáze.....	37
2.1.3	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	39
2.1.4	Popis zkoumaného souboru.....	39
2.1.5	Zpracování výsledků.....	40
2.2	Popis a interpretace dat.....	40
2.3	Odpovědi na výzkumné otázky.....	68
	Diskuze	70
	Závěr	75
	Souhrn	77
	Summary	78
	Seznam literatury:	79
	Seznam grafů	84
	Seznam tabulek	85
	Seznam příloh	86

Úvod

Celé téma bakalářské práce i výzkumu, vychází z jedné základní otázky, v níž se sami sebe i sestry ptáme, kolik času stráví přímou ošetrovatelskou péčí během jedné své služby.

K této otázce nás dovedly samy sestry, na které jsou kladeny vysoké nároky, jsou nespokojené v podmínkách, ve kterých pracují (víme z praxe, médií i tištěných deníků) a poukazují na nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči, dále na navýšení administrativy (veškerá práce s pacientovou dokumentací tj. příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) nebo na stále se snižující počet zdravotnického nelékařského personálu (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, sanitáři). Tyto faktory, na které sestry poukazují, je odvádějí od lůžek pacientů a mohou tak snižovat úroveň ošetrovatelské péče. Avšak sestry jsou profesionálky ve svém oboru a spokojenost, pohodlí nebo uspokojené individuální potřeby pacientů, jsou pro ně hlavním cílem, a tak v praxi často vykonávají činnosti přímé ošetrovatelské péče na úkor svých osobních pauz a ostatních odborných činností, které pak zpracovávají přesčas, aby ke snižování úrovně ošetrovatelské péče nedocházelo. Je nutné zmínit, že za tyto okolnosti, zvyšující psychické i fyzické nároky na sestry a zasahující do jejich osobního času (přesčasy), nejsou sestry mnohdy dostatečně finančně ohodnocené.

Přímá ošetrovatelská péče je hlavním nástrojem a nejdůležitější odbornou činností v profesi všeobecné sestry (zdravotnického asistenta) k poznávání pacienta, jeho potřeb, problémů a k péči o něj. Přímá ošetrovatelská péče je kontaktní, osobní, přítomná péče, kdy sestra objektivně vidí a vnímá stav pacienta, komunikuje s ním, získává potřebné údaje a společně s ním plánuje ošetrovatelský proces – plán péče, dále také získává důležité informace pro lékaře nebo pracovníky v sociálních sférách. Tato péče je nejvíce časově, fyzicky i psychicky náročná a je ovlivňována faktory jak ze strany sestry (osobnostní rysy, přístup k profesi, vztah k pacientům, atd.), tak pracoviště (personální a materiální vybavení, vztahy na pracovišti, atd.) nebo samotného pacienta (nemoc ovlivňující jeho fyzický i psychický stav, národnost, atd.) a nedostatek času je velmi

nežádoucím faktorem, který může sestry nadměrně stresovat nebo snížit kvalitu poskytované přímé ošetrovatelské péče.

V této bakalářské práci bychom se proto rádi zaměřili na již zmíněný nedostatek času v přímé ošetrovatelské péči. Nedostatek času je faktorem, jež je natolik důležitý, že může ovlivnit spokojenost sester se svým zaměstnáním, dále může ovlivnit vztah sester ke svým pacientům, nebo může způsobit zhoršené fyzické i psychické prožívání hospitalizace samotným pacientem. Cílem této práce je tedy zjistit, kolik času tráví sestra přímou ošetrovatelskou péčí během jedné své směny, jak je s tímto časem vyhrazeným pro přímou ošetrovatelskou péči spokojená a zda je pro ni dostatečný. Chceme také zjistit, jaké faktory tuto péči a čas na ni ovlivňují.

1 Teoretická část

„Ptáte se, jaký je univerzální lék na velikou bolest? Čas.“

Božena Němcová

1.1 Ošetřovatelství

Abychom pochopili souvislosti této bakalářské práce, shrňme si hned ze začátku teoretické části, co tato profese a obor ošetřovatelství vlastně obnáší a proč v ní čas, strávený přímou péčí o pacienta a jeho proměny, způsobené různými faktory, hraje tak důležitou roli.

1.1.1 Ošetřovatelská profese a role sestry

Snad na každém pracovišti, kde jsme vykonávaly ošetřovatelskou praxi, jsme se s ostatními studentkami ptaly starších a zkušenějších sester, zda by se rozhodly pro jiné povolání, kdyby byly znovu mladé a měly možnost nové volby. Vždy jsme dostaly odpověď, že práce sestry je náročná, ale krásná a své povolání by zvolily znovu.

Ošetřovatelství definuje světová zdravotnické organizace (WHO – WorldHealthOrganization) jako: „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.*“ (Staňková, 1998, s. 6). Na základě této definice uvádí Jarošová i záměry ošetřovatelství, mezi které řadí udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti a také mírnění utrpení nevyhlášeně nemocného člověka a zajištění klidného umírání. (Jarošová, 2000, s. 39) Hlavním cílem ošetřovatelské péče je systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozmeněné nemocí. Sestra dosahuje tohoto cíle s pomocí lékařů a jiných zdravotnických a odborných pracovníků, se kterými v praxi úzce spolupracuje. (Jarošová, 2000, s. 40)

Ošetřovatelství je regulovanou profesí, to znamená, že je řízeno a omezováno zákony, normami a vyhláškami, které musí všichni členové ošetřovatelského stavu respektovat. (Staňková, 2002, s. 8) Hranice kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků jsou stanoveny Vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (MZČR, 2011) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování dále definuje práva a povinnosti lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků (Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o

zdravotních službách). Překročení hranic zákonů a vyhlášek může mít buď fatální následky pro pacienta a končit trestním stíháním až odnětím svobody pro sestru. (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník)

Sestra je profesionálkou v oboru ošetrovatelství a plní celou řadu rolí, které popisuje Staňková ve své příručce Sestra - reprezentant profese. Uvádí zde roli ošetrovatelsky a pečovatelky, jež je tradičně spojována s poskytováním základní ošetrovatelské péče, dále roli edukátorky nemocného i jeho rodiny, a roli koordinátorky, která v plánování a realizaci ošetrovatelské péče úzce spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Staňková dále zmiňuje roli obhájkyně, kterou se sestra stává v případě, kdy nemocný není schopný projevit své potřeby, problémy nebo vyjádřit svá přání, stává se tedy jeho mluvčím a poslední rolí je asistentka podílející přípravou pacienta a asistencí při diagnosticko-terapeutické lékařské pomoci. (Staňková, 2002, s. 11-12) Roli sestry popisuje též Janečková a Hnilicová (2009, s. 206-210) ve své knize Úvod do veřejného zdravotnictví, kde zachycují celou řadu rozporů této role a upozorňují i na problém času, kdy sestry pracují pod časovým tlakem a zároveň mají rozpoznávat a uspokojit veškeré potřeby pacientů, přičemž si uvědomují, že to často není v jejich silách.

1.1.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelství je stále se vyvíjející obor, který prochází neustálou modernizací jak v oblasti organizace práce, tak v oblasti nových technických a ošetrovatelských postupů. Nicméně základním a neměnným postupem je ošetrovatelský proces. Tento proces je popsán například ve Věstníku MZČR č.9/2004 Sb. (MZČR, 2009) Ošetrovatelský proces se skládá z pěti na sebe navazujících částí a sestra podle něj postupuje již od prvního setkání s pacientem. Prvním bodem je celkové zhodnocení pacienta, jeho schopnosti komunikace, objektivního i subjektivního zdravotního stavu. Sestra zjišťuje údaje o potřebách pacienta a spolu s ním vytváří jeho ošetrovatelskou anamnézu, na základě které posléze stanoví ošetrovatelskou diagnózu. (Jarošová, 2000, s. 61-73) Pro odběr anamnézy a s tím spojené celkové vyšetření pacientova stavu, by měla sestra zajistit vyhovující klidné místo a přizpůsobovat se podmínkám pacientova stavu, tzn. osvětlení, nesedět daleko od pacienta, aby nemusel zvyšovat hlas, ale zároveň svou přítomností nezasahovat do pacientova osobního prostoru, více než je pro

odebrání ošetřovatelské anamnézy nutné, aby v pacientovi zbytečně nevyvolávala nepříjemné pocity. Velmi důležité je, aby si sestra vyhradila dostatek času, nespěchala na pacientovy odpovědi a navodila tak klidné a bezpečné prostředí (Workman a kol., 2002, s. 8.) Po odebrání anamnestických údajů a vytvoření ošetřovatelské diagnózy následuje plánování postupů směřujících k prevenci, redukci nebo eliminaci vzniklých ošetřovatelských problémů. Samotná realizace plánovaných postupů a jejich následné zhodnocení celý ošetřovatelský proces uzavírá (Jarošová, 2000, s. 61-73). Ošetřovatelský proces vyžaduje značné množství času, jež sestra věnuje přímému kontaktu s pacientem, zejména pak při odběru anamnestických údajů a samotné realizaci naplánovaných intervencí. Dostatek času a příznivé podmínky pracoviště jsou hlavními předpoklady úspěšné realizace ošetřovatelského procesu.

1.1.3 Adaptační proces sestry na pracovišti

Sestra, která nastupuje do praxe po ukončení studia nebo sestra, která se po více než dvouleté pauze znovu vrací na svou pozici, musí projít adaptačním procesem. Tento proces vykonává na oddělení, na které nastupuje. Adaptační proces je řízen metodickým pokynem vydaným Ministerstvem zdravotnictví. Část definice adaptačního procesu a zní: *„Adaptační proces je proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. V neposlední řadě zahájit formování pocitu zodpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti k zaměstnavateli.“* (Plachá, 2009). Adaptační proces se týká i sester, které přestupují z jednoho pracoviště na jiné, které se výrazně liší charakterem práce. Toto začlenění probíhá pod dohledem určeného vedoucího pracovníka a délka adaptace je odlišná a závisí na znalostech, dovednostech a schopnostech jednotlivé sestry (Plachá, 2009). Pro absolventy nelékařských oborů se předpokládá délka adaptačního procesu v rozmezí 3-12 měsíců po nástupu. Sestry, jež přerušily práci v oboru na více než dva roky, mají dané rozmezí adaptačního procesu od 2 do 6 měsíců po nástupu. Ošetřovatelské i jiné odborné sesterské činnosti (administrativní, preventivní, terapeutické, atd.) (Šafránková, 2006, s. 15-

16) prováděné zaučujícími se sestrami v průběhu adaptačního procesu vyžadují více času na jejich realizaci a trpělivosti ze strany vedoucího pracovníka a kolektivu, do kterého se sestry začleňují. Sestra je stále hodnocena a přehodnocována dle jejích znalostí a dovedností. Adaptační proces ukončují sestry závěrečným pohovorem za účasti vedoucího pracovníka nebo obhajobou práce v případě, že byla zadána. Tímto přizpůsobovacím procesem procházejí i sestry na specializovaných pracovištích a ambulancích. Po úspěšně ukončeném adaptačním procesu je sestra připravena na samostatné a zodpovědné vykonávání své profese v oboru a na místě, které si zvolila (Plachá, 2009). Zuzáková (2007, s. 29) ve svém článku Pracovní motivace a fenomén nadšení v profesi sestry uvedla, že očekávaným výsledkem profesionální adaptace by měla být profesionální zralost sestry, což znamená, že sestra je schopná samostatného a odpovědného výkonu role v klinické praxi, je sebejistá a důvěřuje si v práci, disponuje zkušenostmi z praxe, umí se rozhodovat samostatně a konat profesionálně v zátěžových situacích, uplatňuje prvky pro-sociálního chování v interpersonálních vztazích s klienty/s členy zdravotnického týmu, efektivně řeší vzniklé sociální situace, chápe i účastníky situace, jejich potřeby a zájmy.

1.1.4 Přímá ošetrovatelská péče a její časové nároky

Činnosti, jež sestra provádí u pacientů, o které pečuje, mohou být vykonávány aktivně nebo pasivně. Aktivní péčí nazýváme ty činnosti, které sestra vykonává z vlastní vůle a je k nim vnitřně motivována. Jsou to činnosti, které se sestra rozhodne udělat na základě předchozího sledování a hodnocení stavu a potřeb pacienta. Jak píše Staňková (1996, s. 38-42) ve své knize Základy teorie ošetrovatelství, aktivní ošetrovatelská péče rozšiřuje a obohacuje plán léčebné péče. Činí ošetrovatelství samostatnou profesí. Dále uvádí, že podíl aktivní péče v pracovní náplni sestry vychází z vysokého stupně profesionální aktivity, která se projevuje ve snaze pomoci nemocnému, ze vztahu sestry k povolání, z jejích etických postojů, z její informovanosti o individualitě každého nemocného.

Opakem aktivní péče je již zmíněná péče pasivní. Tato péče je založena na práci sestry, k níž je pobídnuta z vnějšího okolí. Mezi tyto pobídky se řadí žádosti od pacienta, plnění ordinací lékaře nebo denně se opakující činnosti

vymezené provozem pracoviště – běžný provoz ošetrovací jednotky (Staňková, 1996, s. 38-42).

Aktivní i pasivní péči sestra vykonává buď za účasti pacienta – přímá péče, nebo jeho nepřítomnosti – nepřímá péče. Charakteristickým znakem přímé péče je i aktivní spolupráce pacienta, pokud mu to jeho stav dovoluje, jsou to tedy ty činnosti, které jsou vykonávány v přímém kontaktu s pacientem. Tyto činnosti Staňková rozdělila do tří okruhů. Prvním je základní ošetrovatelské péče, dále diagnosticko-terapeutická činnost a posledním okruhem jsou vysoce specializované činnosti. Mezi aktivní činnosti v přímé péči můžeme zařadit například aktivní péči o tělesné pohodlí nemocného nebo jeho duševní pohodu tzn. komunikace s pacienty iniciovaná sestrou, polohování nesoběstačného pacienta nebo pomoc pacientovi při právě prováděné činnosti bez jeho výzvy. K činnostem pasivním v přímé ošetrovatelské péči se řadí například podání medikace dle ordinace lékaře nebo předepsané odběry krve na vyšetření (Staňková, 1996, s. 38-42).

V nepřímé péči jsou příkladem aktivních činností získávání informací o stavu pacienta nebo průběžné sledování výsledků vyšetření a terapie (Staňková, 1996, s. 38-42). Příkladem pasivní činnosti v nepřímé ošetrovatelské péči pak mohou být zápisy sestry do ošetrovatelské dokumentace pacienta.

Vzhledem k našemu tématu se právě nepřímé pasivní ošetrovatelské činnosti dostávají do centra zájmu. Již výše zmíněné zápisy do ošetrovatelské dokumentace a mnoho jiných administrativních úkonů kladou na sestry vyšší časové nároky, než tomu bývalo dříve. Tyto vyšší časové nároky na administrativní práci zaznamenala Česká asociace sester (dále jen ČAS) už v roce 2013, kdy se ve svém dotazníkovém šetření s názvem Pracovní podmínky zdravotníků v ČR ptala sester, zda pocítují nárůst administrativní práce, 83, 4 % respondentů z celkového počtu 5935 respondentů jasně potvrdilo nárůst administrativní práce v praxi (Prezidium ČAS, 2013). Tento nárůst administrativní práce má negativní vliv na čas, který by sestry mohly a chtěly trávit přímou ošetrovatelkou péčí.

1.2 Faktory ovlivňující čas v přímé ošetrovatelské péči

Tuto sekci jsme do teoretické části zařadili proto, abychom zde představili faktory, které nějakým způsobem ovlivňují čas na přímou ošetrovatelskou péči, čili přítomnou, kontaktní, osobní péči o pacienta. Abychom tuto sekci zpřehlednili, uspořádali jsme faktory do třech okruhů podle pole působnosti – faktory na straně sester, pacientů a pracoviště.

1.2.1 Faktory na straně sestry

1.2.1.1 Osobnost sestry

„Dobrou sestru tedy charakterizuje harmonická, klidná, přiměřeně sebevědomá osobnost, důsledné a přiměřené jednání poznamenané lidskou účastí a ohleduplností.“ (Gulášová, 2004, s. 8)

Náplní práce všeobecné sestry je, stejně jako u například lékařů a pečovatelek, pomoc lidem. (Kopřiva, 1997). Jak píše Kopřiva (1997, s. 14) ve své knize Lidský vztah jako součást profese na rozdíl od jiných povolání, hraje v profesi zdravotníků velmi podstatnou roli lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem od své ošetrovatelky. Totéž jistě platí i pro sestry. Právě na utváření vztahu mezi pacientem a jeho ošetrojící sestrou má největší podíl osobnost sestry a její schopnost navazování a utváření lidských vztahů. Úkolem sestry je získat pacienta pro spolupráci a vybudovat pocit bezpečí, jistoty a důvěry, který dále umožní pacientovi lépe vyjadřovat své potřeby a obavy. Tyto pocity může sestra pacientovi dodat prostřednictvím svého chování, přístupu a vyjadřování. Zmíněné aspekty jsou ovlivněny osobností a charakterovými rysy sestry, které blíže specifikujeme níže. Důležitou roli při utváření vztahu mezi sestrou a pacientem hraje čas, který tráví sestry v přímém kontaktu s pacientem a vytvářejí tak příznivé podmínky pro navázání kontaktu a vzájemnou spolupráci.

Dobrá sestra by měla být silnou a sebevědomou osobností, neboť jsou na ni denně kladeny vysoké nároky jak psychického tak fyzického rázu. Osobností se za daných předpokladů stává sestra sama a stejně tak sama svou osobnost přetváří a zdokonaluje. Tyto předpoklady zmínil Mikšík ve své knize Psychologické teorie osobnosti: *„Rozhodujícím činitelem formování osobnosti*

je socioekonomická skutečnost. Její odraz v psychice má pro člověka základní životní význam – orientuje obsah jeho vědomí, aktivity osobnosti. V reálním dopadu do psychiky (vědomí) jedince jako osobnosti je pak tento vliv vždy modifikován: specifickými vnitřními předpoklady v substrátu psychické činnosti, a zvláštními kontexty životní existence daného jedince, ale vždy v intencích existujících obsahů a způsobů společenského bytí a vědomí, sociálních vztahů a styků.“(Mikšík, 1999, s. 17).

Spolu s osobností sestry souvisí i charakter, který považujeme za složku, součást, morální jádro psychiky a osobnosti, jehož podstatou je svědomí a dále zmínil, že vlastnosti charakteru se navenek projevují relativně stálým chováním k vnějšímu světu, zvláště sociálnímu, k hodnotám, k práci i k sobě samému (Kohoutek, 2008). Všeobecně nejvíce ceněným a popisovaným charakterových rysem u sester je důvěryhodnost. V případě, že pacient získá k sestře plnou důvěru, je pro něj, jak jsme již zmínili výše, snadnější vyjadřovat svá přání, potřeby a problémy. S tím souvisí i ohleduplnost sestry, která svým vhodným chováním zajišťuje intimitu, bezpečí, vnímá individualitu pacienta a upevňuje tak jeho důvěru. Etický kodex sester tyto vlastnosti shrnuje jedním slovem – respekt - a uvádí: *„Při veškeré zdravotní a ošetrovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče se poskytuje všem bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení.*“(Staňková, 1998, s. 41). Mezi často jmenované charakteristické rysy dobré sestry patří také empatie. Svou empatií sestra projevuje svým vcítěním se do pacientovy situace, svou citlivostí, pozorností a srdečností. Zdravý rozum, uvážlivost, nezkršené a citově nezabarvené vnímání pacientova stavu jsou jedny ze základních předpokladů kvalitní ošetrovatelské péče. Sestra by také měla být schopna ve zdravé míře autoregulace, sebezapření a sebeovládání (Gulášová, 2004, s. 8).

Dále můžeme mezi významné osobnostní charakteristiky zařadit i pracovní výkonnost, rychlost, obratnost, dochvilnost a další vlastnosti, které souvisejí s využitím času, jež má sestra během své pracovní doby k dispozici. Pokud sestra provádí pasivní ošetrovatelské činnosti s vysokou efektivitou, zbývá jí větší objem

času, který může využít aktivními ošetrovatelskými činnostmi – komunikace s pacienty a vytváření lepších vztahů, péče o pohodlí pacienta, tišení bolesti, atd.

1.2.1.2 Věk

Věk všeobecné sestry má ve vztahu k vykonávání přímé ošetrovatelské péče také svou nemalou roli. Mladé sestry jsou plné energie, jsou většinou dobré fyzické kondici, nejsou doposud psychicky zatížené náročnou ošetrovatelskou prací a jsou připraveny se učit novým postupům a poznatkům. Tím ale nechceme říci, že sestry s dlouholetou praxí svou chuť k práci a studiu a také fyzickou kondici již ztratily. Právě sestry s dlouholetou praxí mají něco, co mladé sestry postrádají – zkušenosti. Díky nim zkušená sestra přesně ví, jak správně a pohotově aplikovat své nabyté vědomosti a dovednosti. Ztráty, které přináší vyšší věk, jsou plně kompenzovány bohatými zkušenostmi.

V praxi se občas setkáme se sestrou, která ztrácí chuť k vykonávání své profese. Jde nejčastěji o případy, kdy je sestra ve vysoké míře ohrožena syndromem vyhoření. Ztráta motivace k práci a syndrom vyhoření však není výsadou pouze starších sester, ale dochází k ní i u sester mladých. Zda sestra bude vykonávat své povolání s radostí v mládí i ve stáří záleží, jak na jejím individuálním přístupu, tak na podmínkách, které nastavuje její pracoviště a zaměstnavatel. Můžeme předpokládat, že mladší sestry budou mít lepší předpoklady pro rychlé zvládnutí administrativních nároků práce a budou tak mít více času na aktivní přímou ošetrovatelskou péči.

1.2.1.3 Přístup k profesi

Přístup k profesi všeobecné sestry je individuální. Už při výběru profese by si člověk měl stanovit určitá kritéria a vybírat z možností, které jim odpovídají. Domníváme se, že pokud je člověk k nějaké profesi vnitřně motivován a má o ni zájem, promítne se tento přístup do jeho pracovních výsledků. U povolání všeobecné sestry je tomu stejně tak, pozitivní přístup k profesi se ve výsledku může promítnout do přístupu k přímé ošetrovatelské péči o svěřené pacienty – zlepšení kvality poskytované péče. Toto téma výběru a motivu k profesi zpracovala Hlinovská ve své rigorózní práci Volba povolání zdravotní sestry, ve které se dotazovala studentů středních zdravotnických škol, zda se zajímali

dlouhodoběji před podáním přihlášky o obor zdravotní sestry v 64,5 % výběrem možnosti ANO. Dále s touto otázkou souvisí doplnění o motiv výběru. 15,2 % studentů uvedlo jako motiv poslání, 14,7 % se rozhodlo pro studium, protože jim tento obor přijde zajímavý, 5,7 % přivedl do zdravotnictví člen rodiny a 5,2 % si zvolilo tuto profesi, protože je prospěšná. Zajímavým výsledkem je, že ze skupiny 220 studentů zvolil pouze jeden studující možnost – jinak jsem se nedostal/a. (Hlinovská, 2006, s. 86)

S přístupem k profesi je úzce spojen samotný přístup k pacientům, o které se setra stará. Dnes se k péči o nemocné přistupuje s využitím holistické filozofie, kterou by sestra měla znát a umět ji aplikovat v běžné praxi. Holistická ošetrovatelská péče je popsána v knize *Modely ošetrovatelství v kostce* následovně: „*Aplikace holistické filozofie na péči o lidi a jejich zdraví zdůrazňuje, že sestra musí brát na zřetel osobu jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah částí ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem.*“ (Pavlíková, 2006, s. 15). Tím je myšleno, že sestra se při péči nesoustředí pouze na pacientovu nemoc či poranění, ale vnímá pacienta jako bio-psycho-socio-spirituální celek se svými individuálními potřebami. Dostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je stěžejním prvkem při uplatňování holistické filozofie v praxi.

1.2.1.4 Schopnost plánování

Tento faktor souvisí s již výše probraným ošetrovatelským procesem.

Předpokladem ke správnému vykonávání ošetrovatelského procesu je aktivní přístup sestry k pacientovi a její vnímání potřeb nemocného i v případech, kdy není nemocný schopen o svých potřebách hovořit. V případě, že se po zhodnocení pacientova stavu objeví ošetrovatelský problém, musí být sestra schopna tento problém redukovat nebo zcela odstranit. K tomu jí slouží třetí a čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu – plánování ošetrovatelské péče a realizace sestrou naplánovaných ošetrovatelských intervencí. Tím jsme se dostali k jádru problematiky a tím je schopnost plánování ošetrovatelských intervencí a jejich správné časové rozložení. Sestra musí být schopna rozvrhnout svůj ošetrovatelský plán tak, aby byl v souladu s lékařskými ordinacemi. Musí být schopna aktualizovat ošetrovatelský proces na základě pacientova měnícího se stavu

a současně i měnícími se ordinacemi a musí být schopna rozvrhnout ošetrovatelský plán dle svých časových možností. Nepostradatelnou vlastností při vytváření ošetrovatelského plánu je logické uvažování o nadcházejících událostech a intervencích. Všechny tyto schopnosti a vlastnosti musí sestra každý den přenést do svého pracovního plánu nejen u jednoho pacienta, ale jak je tomu na standardních odděleních, musí své plány rozložit mezi např. deset pacientů. Také tato sestra musí počítat s tím, že každý pacient je individuální osobností s proměnlivým zdravotním stavem, přičemž plán u každého jednotlivce bude jiný a skloubit své intervence tak, aby co nejvíce šetřila své fyzické i duševní zdraví a hlavně tolik potřebný čas. Samotné plánování a obměňování ošetrovatelského plánu u více jak pěti pacientů je pro sestry časově náročné. Naštěstí jsou v současné době na většině oddělení např. sanitáři nebo ošetrovatelé (zdravotničtí pracovníci pracující pod odborným dohledem), kteří jsou sestřím nápomocní na poli svých kompetencí. Součástí práce sestry při plánování ošetrovatelského procesu je právě i řízení práce těchto členů ošetrovatelského týmu v péči o pacienta. Správné vedení nižšího kvalifikovaného personálu může sestřím ušetřit čas, který poté mohou využít pro jiné činnosti např. přímou ošetrovatelskou péči.

1.2.1.5 Odolnost vůči stresu a syndrom vyhoření

S pojmem stres se setkáváme každý den. Naše doba, ve které žijeme, se neustále zrychluje, vyvíjí a modernizuje. Chaos a tlak, který někdy nastává kolem nás, si odnášíme s sebou ve formě vnitřního tlaku – vnitřního chaosu – stresu. Sestry jsou vystaveny stresu téměř denně. Jsou na ně kladeny vysoké nároky ze strany pacientů, lékařů, pracoviště, vedení, rodin apod. Přemíra činností, které má sestra vykonat a nedostatek času, sestry stresuje. Stres může u sester vést ke zhoršení poskytování přímé i nepřímé ošetrovatelské péče (nepozornost, roztěkanost), může také vést ke zhoršení osobnostních rysů sestry nebo k syndromu vyhoření, který popíšeme níže.

Tento pojem můžeme definovat: *„Stres je soubor reakcí organismu na podněty (stresory), které narušují normální funkci organismu. Jedinec je vystaven takovým nárokům (zátěží), o nichž se domnívá, že k jejich zvládnutí*

nemá dostatečnou adaptační kapacitu. Podstatná je tedy subjektivita emočního a kognitivního zpracování situace, to, zda člověk subjektivně prožívá a interpretuje situace či podněty jako zátěžové (stresové).“(Švingalová, 2006, s. 9).

Každá sestra je individuální osobností s vlastní mírou tolerance a různou subjektivní senzitivitou na působící stresory. Tyto zmiňované stresory jsou rozepsány Bartůňkovou do kategorií následovně jako fyzikální (teplo, chlad, tlak, ...), chemické (toxiny, alkohol, otravy, infekce, ...), biologické (hlad, žízeň, bolest, ...) a psychosociální (úzkost, z bolesti, ze smrti, ...) (Bartůňková, 2010, s. 16). Pokud projdeme všemi těmito kategoriemi stresorů, nalezneme v každém z nich nejméně jeden, se kterým se sestra denně setkává ve své službě a působí na její organismus. Důležité je ale zmínit, že závisí na době vystavení se těmto stresorům. Krátké a nenáročné setkání se stresorem může umožnit organismu zhodnotit tuto situaci a následně se přizpůsobit. Pokud ale je vystavení se stresorům dlouhodobé, může vzniknout v těle přecitlivělost a v tomto případě i snížení obranyschopnosti imunitního systému (Stefano, 2010, s. 122). Každodenní vystavování se stresorům vede k jejich kumulaci a odráží se na psychickém i fyzickém stavu sestry - její psychické pohodě, aktivitě, motivaci k povolání a jak jsme již zmínili na snížení celkové úrovně zdraví. Častulíková provedla v roce 2007 výzkum na téma profesionální zátěže sester. V jedné z otázek se ptala sester z oddělení septické chirurgie, zda se cítí po 12 - ti hodinové službě unavené. 22,2 % sester uvedlo, že se cítí unavené vždy a 77,7 % se tak cítí občas po náročné směně.(Častulíková, 2007, s. 45) Zmiňujeme zde tyto výsledky, neboť dlouhodobější únava je také jedním ze stresových faktorů.

Reakce sestry na stres se odvíjí od odolnosti vůči zmiňovaným stresovým situacím. Odolnost fyzického stavu sestry závisí na její životosprávě, rozvržení osobního času a celkovém zdravotním stavu. Odolnost vůči psychosociálnímu stresu závisí na její psychické odolnosti, pozitivní motivaci a myšlení, víře nebo třeba na pozitivním působení kolektivu (Bartůňková, 2010, s. 95).

V případě že dlouhodobý stres přetrvává a odolnost u sestry klesá, může vzniknout chronická forma stresu. Ta hraje svou zásadní roli při pozdějším vzniku

syndromu vyhoření – burnout syndrom. Syndrom vyhoření je ve zdravotnických profesích velmi rozšířený. Je zmiňován právě ve spojitosti s dlouhodobým stresem, nenaplněním očekávaných pracovních ideálů, perfekcionalismem, workoholismem a neschopností odmítat úkoly, nefungujícími sociálními vztahy (Peterková, 2015). Tento syndrom se i jako jiné syndromy skládá ze symptomů pro něj typických. Publikace Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout popisuje tři základní symptomy. Prvním je vyčerpání, které dále dělí na emoční (sklíčenost, beznaděj,...) a fyzické (slabost, chronická únava, ...). Dále uvádí symptom odcizení (negativní postoj k sobě samému, k práci, k životu, ztráta sebeúcty, ...). Tím posledním je pokles výkonnosti (nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita, ...) (Stocks, 2010, s. 19-22). Syndrom vyhoření nevznikne ze dne na den, ale je procesem trvajícím měsíce i roky. Tento proces dělíme do pěti fází. První fází je nadšení, kdy začínající pracovník srší elánem, má velká (a nerealistická) očekávání. Dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak zanedbává volnočasové aktivity. V druhé fázi postižený v procesu postupuje k stagnaci. Jeho počáteční nadšení uvadá, dotyčný se ve své profesi už trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Také se už začíná ohlížet i po jiných, než jen pracovních záležitostech – bere v potaz osobní potřeby, koníčky. Ve třetí fázi je dotyčný frustrovaný. Postižený se začíná zajímat o otázky efektivity a smyslu vlastní práce, protože se opakovaně setkal s nespokojenými klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Také se mohou vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže. Apatie je čtvrtou etapou. Toto stadium apatie přichází po déle trvající frustraci, když na frustrující situaci nemá dotyčný vliv (ať už domněle nebo objektivně). Dotyčný vnímá své povolání pouze jako zdroj obživy, dělá jen to, co musí, a odmítá jakékoli novinky, rozhovory se spolupracovníky i žádosti o práci přesčas. Cítí se být obtěžován. Poslední fází je fáze vyhoření, jehož symptomy jsme již uvedly výše (Peterková, 2015).

Překonávání tohoto syndromu není lehké. Postižená sestra může buď vyhledat odbornou pomoc v řadách psychologů a terapeutů, nebo si osvojit cvičení, která ji od vyhoření mohou odvést nebo při již vzniklém syndromu

mohou pomoci. Christian Stock (2010, s. 59-86) ve své příručce píše například o získání odstupu, o situační analýze zlodějů zdrojů energie, o určování cílu a pozitivním přístupem nebo o relaxačních technikách a cvičeních, které si sestra může osvojit a využívat jich každý den – meditace, jóga, uvolnění svalů dle Jacobsona, atd. Faktory na straně pacienta

1.2.1.6 Dodržování léčebného režimu – compliance

To, zda se pacient řídí doporučeními od lékaře během své léčby, významně ovlivňuje jeho zdravotní stav, průběh léčby i poskytovanou péči.

Mezi faktory, které ovlivňují pacientův přístup k léčbě, řadíme porozumění a znovuvybavení si, tedy to, do jaké míry pacient chápe účel léčby a jak si je schopen vzpomenout na lékařem nebo sestrou podané informace. Informace o léčbě musí být srozumitelné, dostatečně obsáhlé a přizpůsobené věku nebo mentalitě pacienta. Cílem komunikace zdravotníků s pacienty je navázání a motivace k aktivní spolupráci. Spolupracující pacient dodržuje doporučení lékaře vedoucí k léčebnému cíli a stejně tak spolupracuje se sestrami k dosažení ošetrovatelských cílů. Naopak nespolupracující pacient iracionálně nebo záměrně nedodržuje daná doporučení a značně tím komplikuje průběh hospitalizace (Raudenská, 2011, s. 104-109). Pacient nedodržující léčebný režim, vyjímaje zmatené pacienty, zvyšuje nároky na čas sestry a její přímou péči. Sestra je osobně nucena například častěji kontrolovat pacienta, který se i přes doporučení lékaře snaží opustit lůžko, aby předcházela nežádoucím událostem a s tím spojené zhoršení pacientova stavu.

1.2.1.7 Věk

Na odděleních pro dospělé se prostřídají věkové kategorie od plnoletosti po stáří. Mladí lidé mají, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí, ještě spoustu fyzických i psychických sil na péči o sebe samé i uspokojení svých individuálních potřeb. Mladý věk však neznamená méně práce pro sestry. Míra práce sestry závisí na závažnosti pacientovi nemoci a nutné dopomoci při nejrůznějších denních činnostech. Stejně tak závisí závažnost onemocnění na míře intervencí u pacienta.

Zvyšující se věk má svá specifika. Tělesná schránka chřadne, zhoršují se kognitivní funkce a zdravotní stav do velké míry ovlivňuje dosavadní životní styl. Zvyšují se obavy o budoucnost, o rodinu a jedním z nejčastěji probíraných témat je otázka umírání a smrti (Venglářová, 2007).

Ošetřující sestra tráví více času v přímém kontaktu s pacienty vyššího věku z důvodu častých problémů s mobilitou. Staří nebo imobilní pacienti potřebují dopomoci i v běžných denních činnostech jako je návštěva toalety, příprava jídla nebo v prostém pohybu – chůze, posazení, chůze do schodů nebo polohování v rámci lůžka. Funkcí sestry je co nejvíce aktivizovat a podporovat nemocné v nemocničních zařízeních k pohybu a péči o sebe samé tak, aby byli sami schopni se o sebe postarat co nejdéle. S vysokým věkem dochází také ke zhoršování kognitivních funkcí a často nasedají organické poruchy (demence, organické poruchy s bludy) zvyšují riziko pádu. Venglářová (2007, s. 49) popsala toto riziko: „*U pacientů s organickými poruchami lze očekávat výskyt pádů. Souvisí to s narušením kognitivních funkcí, dochází ke snížené koordinaci pohybů, k úbytku svalové síly.*“ Riziko pádu s ním spojené nutné monitorování nebo přítomnost sestry se zvyšuje v nočních hodinách, kdy bývají staří lidé nejčastěji zmatení. Utěšit zmateného nebo vystrašeného seniora není lehké. U některých lidí se ve stáří zvyrazňují negativní vlastnosti a pacient může působit mnohdy až agresivně (Venglářová, 2007, s. 16 a 56).

Starší věk působí nejen zvýšené psychické zatížení na samotného pacienta, ale také na ošetřující personál. Často jsou hospitalizovaní geriatricí pacienti izolováni od společnosti jejich blízkých, rodiny, nebo jim na světě již nikdo blízký nezůstal a v takových případech pak vyhledávají útěchu a společenský kontakt ve zdravotnickém týmu, aby uspokojili svou potřebu sociálního kontaktu. Izolace od společnosti způsobuje v jistém slova smyslu závislost na kontaktu s ošetřujícím personálem (Venglářová, 2007). Proto je nutný dostatek času na přímý kontakt s pacienty, během kterého sestry uspokojí potřebu sociálního kontaktu, dodají pacientovi pocit bezpečí a důvěry.

1.2.1.8 Nemoc

„Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.“ (Velemínský, 2011, s. 24).

Na nemoc reaguje každý člověk jinak na základě subjektivních pocitů. Prožívání těchto pocitů se individuálně odvíjí také od přítomné pacientovy životní situace. V knize Úvod do veřejného zdravotnictví se píše, že člověk se může naklonit buď ke zdraví či k nemoci na základě kombinace řady faktorů: *„Závisí přitom na kombinaci řady faktorů, především objektivního fyzického a funkčního stavu (zda člověk vnímá bolest, nepohodu, omezení způsobená nemocí či postižením, zda má o svém stavu informace), sociálního kontextu (jak je jeho zdravotní stav vnímán a hodnocen bezprostředním sociálním okolím, jaké je místo nemoci v sociálním systému pacienta, zda nemoc pacienta stigmatizuje a vyvolává v jeho okolí negativní pocity a postoje založené na předsudcích), odpovědi dotyčné osoby (její vulnerabilitě či odolnosti – zda přijme roli pacienta, zda popírá své zdravotní problémy, zda své příznaky zvětší či zmenší, zda upadne do závislosti nebo zda se bude snažit svůj stav zvládnout, angl. „to cope“).*“ (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 220).

Pacientova nemoc je jedním z nejdůležitějších faktorů přímé ošetrovatelské péče. Nemoc může probíhat buď akutně, nebo chronicky. Akutní průběh definujeme náhlou, často prudkou změnou stavu pacienta. Akutní průběh nemoci končí buď vyléčením, nebo přechodem do stadia chronického onemocnění. Chronický průběh nemoci je dlouhodobější, mírnější a na postižené tkáni zanechává určité změny. V chronické fázi nemoci se střídají období remise (bezpříznakové období) s relapsy (období chronických příznaků) nebo může dojít k akutní exacerbaci (náhlým akutním návratem příznaků chronické nemoci) (Velemínský, 2011, s. 25). Přímá ošetrovatelská péče se odvíjí především od pacientovy nemoci, neboť čím závažnější je jeho nemoc, tím více intervencí a kontrol u něj musí sestra osobně vykonat. Ministerstvo zdravotnictví rozdělilo pacienty na základě závažnosti zdravotního stavu a míry prováděné ošetrovatelské péče do 5 kategorií: 1. Pacient je soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči, 2. pacient je částečně soběstačný, sám se obslouží s dopomocí, je schopný pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, 3. pacient

vyžadující zvýšený dohled, lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu, psychicky alterovaný pacient vyžadující zvýšený dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění, 4. zcela imobilní pacient, lucidní, případně inkontinentní, vyžaduje ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech, 5. Pacient nacházející se v bezvědomí případně deliriózním stavu (MZČR, 2009). Se zvyšujícím se číslem kategorie se zvyšují ošetrovatelské nároky a specializace sester.

1.2.1.9 Zkušenosti s hospitalizací

Někteří lidé jsou během svého života hospitalizováni často, někteří až na sklonku života a někteří vůbec. Zkušenosti s předešlou hospitalizací jsou důležitým faktorem ze strany pacienta a mohou se projevit v pacientových pocitech a chování při hospitalizaci následující. Pozitivní asociace spojené s pobytem v nemocnici a zdravotní péčí jsou dobrým předpokladem pro úspěšnou spolupráci s pacientem a jeho léčbou. Negativní postoj k hospitalizaci může tyto činnosti značně zkomplikovat.

Občas se stává, že mají pacienti zkušenosti s nemocničním prostředím už od raného dětství a nesou si s sebou do dospělosti pozitivní přístup k léčbě, ke spolupráci a vnímají léčbu téměř rutinně, nebo naopak pociťují úzkost a strach z další případné hospitalizace a kontakt s nimi je ztížený. Úkolem sestry je, aby již při příjmu vyhradila na pacienta dostatek času a dokázala zachytit pacientův postoj k léčbě, nasloucháním zjistila pacientovy úzkosti nebo obavy a poté dodala dostatek informací, pocit důvěry a bezpečí. Kopřiva (1997, s. 113) v Knize Lidský vztah jako součást profese o naslouchání poznamenal: „*Naslouchat znamená pozorně sledovat, co druhá osoba říká, a nevnášet do toho pokud možno žádné vlastní názory, rady, komentáře nebo třeba povzbuzující poznámky. Je to proces velmi aktivní – vyžaduje stálou přítomnost u druhého.*“ Dostatek času tedy umožní sestře pečlivé zjištění stavu pacienta a zkušeností s předchozí hospitalizací a následně tak může sestra vhodnými intervencemi předcházet případným problémům, nedorozuměním, změnám v chování nebo psychických změnám u pacienta.

1.2.2 Faktory na straně zdravotnického zařízení

1.2.2.1 Velikost pracoviště a jeho personální obsazení

Více než velikost pracoviště je faktorem pro sestru v přímé péči dostatek sester na oddělení. V praxi totiž neexistuje přímá úměra mezi velikostí nemocnice a dostačujícím počtem sester na odděleních, proto na území České Republiky nalezneme jak velké tak i malé nemocnice s nedostatkem zdravotnického personálu. Nedostatek personálu zvyšuje časové, fyzické i psychické nároky na sestry, dále může způsobit nespokojenost v zaměstnání nebo v krajním případě zhoršovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Dovolili bychom si zde jen pro představu vložit přehled z internetového serveru www.praha.idnes.cz mapující situaci nedostatku sester v pražských nemocnicích z 24. dubna 2015:

Tabulka č. 1: Nedostatek sester v pražských nemocnicích.

Název nemocnice	Počet chybějících sester
Nemocnice na Homolce	11
Fakultní nemocnice v Motole	60
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	40
Nemocnice na Bulovce	20
Všeobecná fakultní nemocnice	67
Nemocnice na Františku	15
Ústřední vojenská nemocnice	30
Celkem	243

Zdroj: (Blažková, 2015)

Jen v Praze chybělo v loňském roce okolo 250 všeobecných sester. Jedním z důvodů strádání má být pozměněný systém vzdělávání sester a to tím způsobem, že studentky po absolvování středních zdravotnických škol nenastupují do praxe jako samostatně pracující všeobecné sestry, ale jako zdravotničtí asistenti pracující pod odborným dohledem. Problémem je také snižující se počet zájemců o tuto profesi a studium. Hlavní sestra Všeobecné fakultní nemocnice Dita Svobodová zmiňuje v rozhovoru pro výše zmíněný portál, že na snižování počtu zájemců má vliv finanční ohodnocení, nízká perspektivista a fyzická i psychická náročnost práce. Svobodová dále zmínila: „Přichází k nám mnohem méně

absolventů. Zájemkyň o studium je významně méně a ty, které vystudují vysokou školu, nechtějí být zaměstnány u standardního lůžka.“(Blažková, 2015).

Nedostatek sester na oddělení způsobuje nejen vyšší fyzickou i psychickou zátěž, ale také zvyšuje odpovědnost sester a je kladen větší tlak na správné plánování ošetrovatelských intervencí (ošetrovatelských procesů) u pacientů, jejichž počet se v tomto případě zvyšuje. ČAS provedla již jednou zmiňované dotazníkové šetření o pracovních podmínkách zdravotníků v ČR a z výsledků je nedostatek sester patrný. 85,4 % všech dotázaných tvořily právě všeobecné sestry. Jeden z výsledků zní: „*Otázka č. 7 zjišťovala, zda si zdravotník stihne vyčerpat povinnou přestávku po 6 hodinách práce. Tato přestávka je zabudována do právních předpisů, aby si pracovník mohl po vykonané práci odpočinout a až odpočatý pokračovat ve své fyzicky i psychicky náročné práci. Nejčastější odpověď byla „občas“ (33,5 %), následovala odpověď „výjimečně“ (21,4 %).*“ V diskuzi je posléze shrnuto: „*Většina zdravotníků není kvůli nedostatečnému personálnímu obsazení a velkému objemu práce schopna poskytovat pacientům takovou péči, jakou by považovali za optimální.*

81,8 % respondentů připustilo, že se v průběhu poskytování zdravotní péče dostává do situací, kdy pacientům nemohou poskytnout adekvátní péči. Naopak pouze 2,3 % takovou zkušenost nemají. S tím souvisí vyčerpanost po ukončení pracovní směny, kterou uvádí až 67,8 % dotazovaných.

...

Za hlavní zdroj problému považujeme nedostatečný počet zdravotníků na pracovišti. Jedna sestra se v průběhu směny nejčastěji stará o více než 24 pacientů to platí zejména na lůžkách standardní péče, lůžkách následné péče, na lůžkách sociální péče a v léčebnách (v psychiatrických nemocnicích).“(Prezidium ČAS, 2013). Výzkumné šetření bylo provedeno v roce 2013 a již v té době se zdravotnictví potýkalo s chybějícím personálem na odděleních, který zvyšuje nároky na sestry.

1.2.2.2 Vedení pracoviště - motivace

V knize Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi se píše o tzv. organizační kultuře na pracovišti. Tato kultura je souborem sdílených pracovních podmínek, postojů, hodnot, norem atd., a pomáhá organizaci (v našem případě ošetrovatelskému týmu) k úspěchu, spokojenosti zaměstnanců a efektivní výkonnosti. „*V rámci organizace plní organizační kultura funkce, bez nichž by úspěšnost organizace byla problematická.*“ (Zítková a kol., 2015, s. 32). Mezi tyto funkce patří například posilování soudržnosti lidí v organizaci při práci, komunikaci a v prezentaci firmy na veřejnosti, posilování vnitřní i venkovní adaptace a spokojenosti zaměstnanců na pracovišti, realizace skupinových i individuálních cílů, začlenění jednotlivců i skupiny zaměstnanců do organizace, udržení organizační kultury funkční a zajištění její odpovídající a efektivní funkce (Zítková a kol., 2015, s. 32).

V čele této organizační „mikrokultury“ stojí většinou vedoucí pracovníci. V praxi jsou pracovníci mající bezprostřední podřízené, například staniční a vrchní sestry, nazýváni manažery. Jejich funkcí je správně řídit svůj tým a správnou motivací zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče, utužovat dobré vztahy na pracovišti a podporovat své pracovníky v realizaci individuálních cílů (Fričová, 2012, s. 30). Fričová (2012, s. 30) poznamenala ve svém článku Úloha manažera v motivaci ošetrovatelského týmu charakteristiku tohoto manažera: „*Jednoznačně se potvrdilo, že pouze manažer, který je sám přiměřeně motivovaný, dokáže přiměřeně motivovat a motivačně vést své podřízené, a naopak demotivovaný manažer ztrácí zároveň schopnost motivovat a motivačně vést lidi v pracovním procesu.*“

Vedení pracoviště tedy působí na sestru při vykonávání její práce, motivuje ji a podporuje v realizaci vytyčených cílů. Aby měla sestry správný přístup k profesi a práce ji těšila, jsou vztahy na pracovišti jedním velmi důležitým faktorem. Ze strany nadřízené osoby potřebuje pocítovat podporu a motivaci. Svou podporu může výše postavený pracovník projevit, umožní-li sestrám vyjadřovat svůj názor, podílet se na procesu rozhodování na základě jejich zkušeností nebo například formulovat individuální síle, kterých chtějí dosáhnout a vyjádřit svou zúčastněnost při jejich realizaci. Druhým faktorem

je motivace. Jak již bylo zmíněno v citaci Fričové, základem je dobře motivovaný vedoucí pracovník, aby tým, jenž řídí, byl výkonný a na pracovišti vládla přátelská atmosféra. Vedoucí sestra by měla zaujmout pozitivní postoj k práci a stejně tak odměňovat pozitivní chování svých podřízených, nešetřit pochvalou a vytvořit interní systém odměn, neměla by vyžadovat po sestrách činnosti, které by sama vykonávat nechtěla, své požadavky podávat asertivním přístupem, volit vhodnou formu kritiku a určitě by neměla přetěžovat dobrou sestru, aby kompenzovala špatně odvedenou práci někoho jiného (Fričová, 2012, s. 31). Jak jsme již zmiňovali výše, dobře motivovaný pracovník má předpoklady k tomu, aby byl výkonnější, zodpovědnější a pracovitější. Zvýšené pracovní nasazení motivované sestry může vést k lepšímu plánování a využití pracovní doby – dostatek času na přímou ošetrovatelskou péči, administrativní činnosti i pauzy pro osobní odpočinek.

Fričová velmi výstižně shrnula problematiku motivace sester v závěru svého článku Úloha manažera v motivaci ošetrovatelského týmu: „*Velmi obtížné je motivovat ošetrovatelský tým v podmínkách, jaké momentálně jsou – nedostatek zdravotnických zaměstnanců, nedostatek financí na pomůcky, zdravotnický materiál a nedostatečné finanční ohodnocení.*“ (Fričová, 2012, s. 32)

1.2.2.3 Týmová spolupráce

Spolupráce ve zdravotnickém týmu je stejně významným faktorem, jakými byly faktory předešlé. Záměrně zde neuvádíme jen ošetrovatelský tým, ale zdravotnický, do kterého spadají nejen členové ošetrovatelského týmu, ale také lékaři a specialisté v jiných oborech podílejících se na léčbě pacienta – nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, psychologové, sociální pracovníci atd. Do zdravotnického týmu řadíme i vedoucí pracovníky, manažery, o kterých jsme psali výše. Tento zdravotnický tým je nazýván multidisciplinárním a v jeho jádru spolu kooperují všichni jeho členové v zájmu zajištění kvalitní léčby a péče nemocnému. Faktorem v přímé ošetrovatelské péči je v této oblasti dostatečná komunikace s lékaři a specialisty, s vedoucími pracovníky, ostatními sestrami a také s pracovníky, nad nimiž mají sestry dohled (zdravotničtí asistenti, sanitáři, ošetrovatelé). Dostatečnou týmovou komunikací sestra předchází

potencionálnímu pochybení v léčbě a péči z důvodu neporozumění informacím, stejně tak komunikací se svými podřízenými plánuje vhodné časové rozložení své i jejich práce a s ostatními kolegyněmi z řad sester může diskutovat o stavu pacienta a jeho potřebách. Dále může sestry požádat o jejich názorech nebo o pomoc, když je potřeba. Správná komunikace na pracovišti vede k lepším vztahům, spokojenějšímu personálu a kvalitněji poskytované péči. Správná komunikace na odpovídající úrovni může také sestře ušetřit spoustu času, který by jinak věnovala dohledáváním informací, domáháním se potřebné dopomoci, a při kterém by na sestru působil zbytečný stres a pocity osobní neschopnosti. Získaný čas poté může věnovat pacientovi a jeho individuálním potřebám. Naopak nevhodné chování na pracovišti je i se svými důsledky popsáné v knize Úvod do veřejného zdravotnictví: „*Nevhodné chování ve vzájemných vztazích je zdrojem stresu, frustrace a vyhoření personálu. Negativně ovlivňuje pracovní koncentraci, komunikaci, spolupráci a předávání informací. Je rizikem i z hlediska kvality péče o pacienta a klinických výsledků.*“ (Janečková a Hnilicová., 2009, s. 210). Vhodná komunikace i chování, má majoritní význam pro spokojenou a kvalitní práci sester v ošetrovatelské praxi.

1.2.2.4 Administrativní práce

Administrativní práce a její nárůst je v současnosti velmi diskutovaným tématem. A proto jsme se i v našem výzkumu, na toto ožehavé téma zaměřili.

Pojem administrativní práce většinou v oboru ošetrovatelství zahrnuje oborové a mezioborové telefonické konzultace, dohledávání informací, objednávání různých vyšetření, telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště a především správné vedení ošetrovatelské dokumentace, která je sestrami většinou vnímána negativně a dle jejich názorů odvádí sestry od lůžek pacientů. V dotazníkovém šetření ČAS Pracovní podmínky zdravotníků v ČR odpovědělo na otázku: „*Pozorujete ve své práci nárůst administrativy?*“ 83,4 % zdravotníků možností ROZHODNĚ ANO a 13% SPÍŠE ANO z celkového počtu 5935 dotázaných zdravotníků. V další otázce se ČAS zaměřila na názor sester, zda je podle nich tato administrativní práce přínosná. Z výsledků vyčteme, že 44,8 % dotázaných zvolilo možnost SPÍŠE NE a 39,9 % se rozhodlo

pro ROZHODNĚ NE ze stejného počtu dotázaných. Zajímavé je, že možnost ROZHODNĚ ANO zvolilo pouhých 0,9 % a odpověď SPÍŠE ANO 6,3 % z celkového počtu dotázaných zdravotníků. ČAS k těmto výsledkům dodala: *„Dotazování na poslední doplňující otázku uváděli, že nárůst administrativy jim kráčí čas v péči o pacienta, dále, že je dokumentace příliš složitá, nepřehledná a často se vyplňuje duplicitně.“* (Prezidium ČAS, 2013). Na základě širokého vzorku respondentů můžeme toto dotazníkové šetření považovat za relevantní a vnímat administrativu jako negativní element v profesi sester. Nicméně záznamy do dokumentace jsou právně ošetřeny a to ze Zákona č. 20/1966 Sb. a Vyhláškou č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci a za její vedení má sestra odpovědnost. Za chybné, nepravdivé nebo nečitelné vyplnění některých údajů do dokumentace nese zodpovědnost sestra, která záznam zapsala (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 11). V knize Sestra a její dokumentace jsou popsány sankce za chybné nebo nevhodné záznamy a to: *„Vzhledem ke skutečnosti, že do dokumentace může nahlížet pacient, popř. osoba jím pověřená, což může být jeho právní zástupce, je nutné akceptovat, že chybný či nevhodně formulovaný zápis může být důvodem pro volání sestry k odpovědnosti trestně právní i občansko-právní (trestný čin pomluvy, § 208 Trestního zákona nebo § 11 Občanského zákoníku).“* (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 25). Zápisy do ošetrovatelské dokumentace musí splňovat vyhláškou dané předpisy a být psané danou formou. Ve výše zmiňovaném knižním titulu jsou popsány i zásady vedení dokumentace: *„Ošetrovatelská dokumentace, stejně jako dokumentace lékařů, tedy musí být: pravdivá, vždy opatřená datem, časem, vždy musí mít podpis a jmenovku, čitelná, srozumitelná, psaná v jazyce českém, jednoduchá, věcná, pravidelně doplňovaná, bez zbytečných zkratk, vždy dostupná, stručná.“* (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 15).

Sestry musí všechny tyto zásady dodržovat, neboť dokumentace podléhá kontrolám vedoucích zaměstnanců, kteří jsou oprávněni svou funkcí nebo jsou tímto úkolem pověřeni (Vondráček a Wirthová, 2008, s. 23).

Jak zde již zaznělo, administrativní práce přivádí sestry k počítačům a tištěným dokumentům a odvádí je od pacientů. Stále se zvyšuje kvantita těchto zápisů a řádné, pravdivé, čitelné zapsání údajů o pacientovi zabere sestře nemalou

část pracovní doby. Zásadním faktem ale zůstává, že tímto pečlivým zápisem dění kolem pacienta chrání sestra sama sebe před případným trestním stíháním.

1.3 Rizika pro pacienty vzniklé z nedostatku času sestry

Tento úsek teoretické části je zaměřený na faktory, v tomto případě rizika, která vznikají nebo mohou vznikat z nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči. I tato část je rozdělena dle působení rizik do dalších tří částí. Z možných rizik jsme vybrali tyto tři - nedostatek informací, hospitalismus a imobilizační syndrom.

1.3.1 Nedostatek informací

Častým důsledkem z nedostatku času sester je nedostatečné a nesrozumitelné podání informací o průběhu hospitalizace a připravovaných intervencích.

Nedostatečné podání informací z nedostatku času běžně odkazuje především na malý objem sdělených dat v krátkém časovém úseku, kdy nezbyvá prostor pro dotazy nebo připomínky hospitalizovaného.

V otázce nepochopení nebo nesrozumitelnosti podávaných informací hraje roli zdravotnická terminologie, kdy sestry používají odborné termíny a zpětně si z nedostatku času neověří, zda je pacient správně pochopil, dále svou roli hraje i rychlost a délka mluveného projevu a v neposlední řadě hlasitost projevu (Juřeniková, 2010, s. 16-17).

Tyto faktory vedou k obavám pacienta z nadcházejících událostí a výkonů a mohou mimo silného stresu vyvolávat nebo prohlubovat úzkostné stavy či depresi. Honzák (2005, s. 27-28) ve své knize *Úzkostný pacient*, velmi taktně poznamenal, že základní charakteristikou úzkostného jedince je, že vnímá nebezpečí tam, kde je zdravý člověk nevidí, a pokud tam ani takové nebezpečí není, tak si je vybádají. S nedostatečnou informovaností se tento stav bádání může velmi rychle prohlubovat. Dále tyto faktory mohou zavinit, že pacient milně pochopil nebo nedoslechl podané informace, bál se znovu zeptat a jeho nečinnost může být v některých případech zdravotníky milně chápána jako nespolupráce.

1.3.2 Hospitalizmus a riziko sociální izolace

Pojem hospitalizmus je nejvíc spojovaný s pobytem dětí v nemocničních zařízeních a následcích u nich vzniklých z odloučení od domova, avšak hospitalizmus se může týkat všech věkových kategorií. V literatuře je psáno, že stejně jako jsou již zmiňovaní dětské pacienti náchylnější ke vzniku hospitalizmu, jsou stejně tak náchylnější ke vzniku i geriatrickí pacienti. Hovoříme zde o specifické rizikové skupině křehkých, citlivých pacientů, kteří vyžadují zvýšenou potřebu ochrany a obnovy důstojnosti, sebehodnocení, soběstačnosti a jak se píše v knize Geriatrie a gerontologie i sociálních rolí pacientů s uchováním potenciálu pro jejich rychlý návrat do domácího prostředí. V této knize jsou shrnuty i možné projevy tohoto syndromu: „*K součástí a k projevům hospitalizmu patří např. maladaptace na změnu prostředí, zvýraznění či nástup úzkosti a deprese, delirantní stavy, otřesení důstojnosti, sebedůvěry a sebehodnocení s projevy rezignace, významná negativní změna sociální role, významný pokles funkční zdatnosti ve smyslu dekonvence, významný pokles výkonnosti ve smyslu denních aktivit, odvrátitelná ztráta soběstačnosti s odesláním do zařízení dlouhodobé péče, vznik imobilizačního syndromu s dekubity, flekčními kontrakturami a dalšími projevy, rozvoj malnutrice, pády a úrazy v důsledky medikace, imobilizačního syndromu či architektonických bariér, iatrogeně režimově navozená porucha vyměšování (vznik či zhoršení inkontinence, nadměrné zavádění močových katétrů), v extrémních případech necitlivé až hrubě nevhodné zacházení, ponižování, šikanování a zlé nakládání.*“ (Kalvach, 2004, s. 480-481). Hospitalizmu se dá velmi úspěšně předcházet vhodným chováním a citlivým individuálním přístupem ošetřujícího personálu k ošetřované osobě. Vznik výše zmiňovaných projevů můžeme považovat za odraz nevhodného chování personálu nebo nemocničního režimu (Kalvach, 2004, s. 481). Hospitalizmus je jedním z hlavních rizikových faktorů objevujících se při dlouhodobém pochybování v péči o nemocné ze strany ošetřujícího personálu. K tomuto pochybování může dlouhodobě docházet právě z nedostatku času a pracovního vytížení personálu, který nedokáže pacientům poskytnout dostatečně bezpečné sociální zázemí a pocit jistoty.

1.3.3 Imobilizační syndrom

Možným důsledkem nedostatku času, jenž sestry věnují svým pacientům, je i vznik imobilizačního syndromu. Jak již vyplývá z názvu, jedná se o soubor negativních důsledků vznikajících z nedostatečné mobilizace postiženého (např. v důsledku nemoci, postižení, stavu vědomí, pooperačního stavu, apod.). Imobilizační syndrom se zvláště pak objevuje u křehkých geriatrických pacientů s nízkou úrovní zdraví (Kalvach a kol., 2008, s. 194-195). Ve stavu imobilizace, ať už vynucené nebo nutné pro stav pacienta, je organismus ohrožen postižením jedné nebo několika orgánových soustav. První symptomy se mohou objevit již krátce po upoutání nemocného na lůžko, patologické změny se mohou objevit již během prvních sedmi dní (Wirthová a kol., 2008, s. 118).

Mezi postižené orgánové soustavy patří především kardiovaskulární systém s rizikem vzniku ortostatické hypotenze, žilní nebo plicní trombózy, dále respirační systém, ve kterém může vzniknout hypostatická pneumonie nebo plicní atelektáza, jejímiž příčinami jsou nahromaděné hleny, které pacient není schopen dostatečně vykašlat. Dále mohou být postiženy kosti a celý pohybový aparát. Důležitým systémem, který bývá velmi často a velmi brzy postižen, je systém kožní, především pak vznikem proleženin – dekubitů z nedostatečného polohování. Postižen může být i systém gastrointestinální a to především nechutenstvím, zácpou, ztrátou pocitu žízně a s tím související i postižení močového systému. Dlouhodobým upoutáním na lůžko vážně trpí i psychika. Mohou se objevit deprese, zmatenost, beznaděj, bezmocnost, poruchy spánku, agresivita nebo například apatie (Wirthová a kol., 2008, s. 118 -126).

2 Empirická část

2.1 Metodika výzkumné části

V tomto úseku empirické části bychom rádi uvedli okolnosti vzniku námi vybraného výzkumu, tedy to, za jakým účelem jsme této výzkum na téma: „ Čas strávený sestrou v přímé ošetrovatelské péči a faktory, které jej ovlivňují.“ vybrali, jaký jsme zvolili cíl, jakou metodu jsme použili, abychom tohoto cíle dosáhli a jiné důležité údaje.

2.1.1 Kontext

Od samého počátku jsme tento výzkum tvořili s tím, že výstupem budou taková data, která svým obsahem budou přinejmenším zajímavá a poukážou na zvyšující se nároky na sestry, nedostatečné pracovní podmínky a především pak na úbytek času na přímou ošetrovatelskou péči. Během delších úvah nad tímto tématem, jsme se rozhodli vybrat téma zabývající se tím, kolik času stráví sestra přímou ošetrovatelskou péčí v průběhu jedné své směny a jaké faktory na tento čas mají vliv. K samotným úvahám nad tímto tématem nás dovedli právě sestry. Jestliže v praxi položíte sestrám otázku, kolik času tráví přímou ošetrovatelskou péčí během jedné své směny, většina se pousměje a odpoví, že touto péčí tráví příliš málo času, protože více času musí věnovat administrativním a jiným činnostem. Právě přímá ošetrovatelská péče (osobní, kontaktní, přítomná) je základní činností každé sestry, a pokud na tuto ošetrovatelskou činnost sestra nemá dostatek času, může to v někom vyvolávat pocit, že je pacientům poskytnuta nedostatečně kvalitní péče, neboť pacient je ve zdravotnictví hlavním středem zájmu. Nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je tedy nežádoucím faktorem v profesi sestry, a proto bychom na něj v tomto výzkumu chtěli poukázat.

Česká asociace sester v roce 2013 provedla již výše několikrát zmiňovaný výzkum na téma Pracovní podmínky zdravotníků. Výzkum byl zaměřen na zjišťování počtu pacientů / klientů na jednoho zdravotníka, přesčasů, čerpání přestávek, vyčerpanost zdravotníků, odměn, pomůcek a vybavení na pracovištích, času na pacienty / klienty, komunikaci s nadřízenými, administrativu, využití zdravotních služeb pro své blízké apod. Jednou ze zjišťovaných položek byl názor sester na čas trávený s pacienty. Výsledky výzkumu poukazují na nespokojenost sester s časem, který věnují přímé ošetrovatelské péči. Dále dotazování

zdravotníci poukazují na nárůst administrativní práce (Prezidium ČAS, 2013). Toto rozsáhlé dotazníkové šetření bylo vzorem pro námi vybraný výzkum. Zajímalo nás, jaké pracovní podmínky mají sestry na vybraných odděleních Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, především pak se zaměřením na přímou ošetrovatelskou péči a pokud mají sestry nedostatek času na tuto péči, jaké faktory jej způsobují. Toto ujasnění si cíle výzkumu nás přivedlo ještě k jiné otázce a to, zda jsou sestry i přes nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči ve svém zaměstnání spokojené.

Původně byla zvolena metoda pozorování/stopování sester v praxi. Celý výzkum jsme do této podoby rozpracovali, vytvořili časový snímek (viz. Příloha č. 2), získali souhlasy od nemocnice a klinik. Cílem bylo stopování vybrané sestry po dobu 12 hodin – tedy jedné služby – a zapisování času stráveného v přímém kontaktu s pacienty a vytvoření časového snímku jejího pracovního dne. Čas měl být zapisován v minutách, čímž bychom získali požadovanou odpověď na to, kolik času sestra tráví přímou ošetrovatelskou péčí. Mimo jiné by bylo možné z časového snímku vyčíst rovněž to, kolik času tráví např. administrativní prací, odpočinkem, kouřením, atd. Tuto metodu jsme ale na poslední chvíli změnili a uposlechli tak rady od těch, kteří už touto metodou výzkum prováděli. Jejich zkušenosti poukazovali na to, že výzkum by byl příliš časově, fyzicky i psychicky náročný, těžce proveditelný i vyhodnotitelný. Pro získání dat jsme zvolili kvantitativní výzkumnou metodu sběru dat pomocí dotazníků. (viz Příloha č. 1)

2.1.2 Použitá metoda sběru dat a terénní fáze

V našem šetření byla použita kvantitativní výzkumná metoda a nevhodnějším nástrojem pro sběr dat se ukázal dotazník, jenž byl tvořen na základě výzkumných otázek tak, abychom co nejpřesněji získali požadovaná data a aby dotazníky zároveň byly jednoduché a srozumitelné pro osoby, které je vyplňovaly. Snažili jsme se o co nejvyšší zachování anonymity tázaných osob a ochranu zaznamenaných dat přiložením obálek, do kterých byly vyplněné dotazníky vkládány. Pro ověření srozumitelnosti dotazníků jsme provedli malý předvýzkum a to tak, že jsme rozdali dotazník 5 studentkám v oboru a také dvěma sestrám, které dotazník vyplnily a potvrdily jeho srozumitelnost a nenáročnost. Otázky dotazníku se tázaly na rozvržení pracovních dob, problematiku přímé

ošetřovatelské péče a administrativní práce a zahrnovaly i možnost vyjádřit své vlastní důležité názory sester k danému tématu.

Na začátku dotazníku respondenti odpovídali na obecné otázky o oddělení, na kterém pracují nebo o délce jejich ošetřovatelské praxe. Tato data slouží k třídění výsledků dle pracovišť, věku, délky praxe a dalších identifikačních znaků (Kutnohorská, 2009). Samotný dotazník je tvořen z jedné části uzavřenými otázkami s možnostmi odpovědí ANO, SPÍŠE ANO a NE. Mezi uzavřené otázky byly vmezeřeny 3 otevřené otázky umožňující získat přesnější subjektivní názor sester na danou problematiku. Součástí dotazníku je také výsečová kružnice, která slouží k zachycení osobního pohledu sester na využití pracovní doby. Úkolem sester bylo rozdělit kružnici, znázorňující koláč, do výsečí, které představují čas strávený uvedenými činnostmi – 1. Administrativní práce, 2. Přímá ošetřovatelská péče, 3. Pauzy pro osobní potřeby, 4. Ostatní činnosti (přípravou medikace, úklidem pomůcek, asistencí lékařům apod.). Celá kružnice (koláč) představuje jednu směnu (100%), jednotlivé výseče potom čas strávený vybranými činnostmi. Zároveň byli dotazovaní zdravotníci požádáni, aby do jednotlivých výsečí zaznamenali i odhadovaný čas v procentech. Pro přesnější odhad velikosti jednotlivých výsečí byly v dotazníku pro respondenty připraveny kruhy dva, v prvním si mohli rozdělení vyzkoušet a poté zakreslit finální podobu do svého „koláče“.

Vytvořené dotazníky byly osobně předávány na jednotlivých odděleních do rukou sester s vysvětlením, komu je určeny, za jakým účelem jsou rozdávány a jakým způsobem budou použity získané údaje. Sestry byly také poučeny o podmínkách vyplňování (každá sestra vyplní jeden dotazník a poté ho vloží do přiložené obálky). Pouze na jedné z vybraných klinik se rozdávání dotazníků a dohledu nad jejich vyplňováním ujala vrchní sestra. Původním plánem bylo ponechání dotazníků na vybraných odděleních po dobu jednoho měsíce s dohledem nad jejich vyplňováním (častými návštěvami oddělení a postupným sbíráním dotazníků). Cílem bylo získat alespoň šedesát vyplněných dotazníků. Tyto vize se ale nevyplnily jednoduše. Z časových důvodů byly dotazníky nakonec k dispozici respondentům po dobu pouhých 2 týdnů, aby zbyl dostatek času pro zpracování dat a jejich vyhodnocení. Při pravidelných návštěvách oddělení byl

zjištěn alarmující nedostatek personálu, nedostatek času sester a následkem toho i jejich chuti k vyplňování. Po dvou týdnech byl vybrán odpovídající počet dotazníků z ortopedických stanic, na interních klinikách bohužel 100% úspěšnost ve vyplňování nebyla. Bylo to zapříčiněno nepředvídaným nedostatkem a obměnou personálu. Proto jsme nakonec rozšířili spektrum zapojených oddělení.

2.1.3 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak jsou sestry na vybraných odděleních FNKV spokojeny s využitím své pracovní doby a co tuto spokojenost ovlivňuje. V souvislosti s touto tématikou byly vytvořeny i dílčí cíle (spokojenost sester ve svém zaměstnání, kolik času tráví sestry přímou ošetrovatelskou péčí, spokojenost sester s množstvím času na přímou ošetrovatelskou péči, poukázat na faktory/ činnosti, které sestry odvádějí od lůžek pacientů a jak tyto faktory samotné sestry vnímají, názor sester na nárůst administrativní práce). K upřesnění cílů výzkumu, jsme si položili následující výzkumné otázky:

- Má spokojenost sester s využitím pracovní doby vliv na spokojenost se zaměstnáním?
- Má čas trávený přímou ošetrovatelskou péčí vliv na spokojenost s využitím pracovní doby?
- Považují sestry čas, který mají k dispozici pro přímou ošetrovatelskou péči o pacienty za dostatečný?
- Které faktory brání sestram trávit u pacientů tolik času, kolik považují za dostatečný?
- Uvědomují si sestry rizika, která mohou vzniknout z nedostatečné péče o pacienty?

2.1.4 Popis zkoumaného souboru

Do cílové skupiny respondentů byly vybrány sestry a zdravotničtí asistenti (dále jen sestry) na ortopedicko-traumatologické klinice a interních klinikách ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (dále jen FNKV). Ortopedicko-traumatologická klinika je rozdělena do čtyř stanic. Do výzkumu byla vybrána III. a IV. stanice. Z interních klinik v rámci FNKV byla vybrána I. a II. interní klinika. I. interní klinika má lůžkové oddělení rozdělené na dvě části a to lůžkovou část

A a lůžkovou část B. II. interní klinika má lůžková oddělení tři – Lůžkové oddělení A, B a C – s diabetologickým zaměřením. Dotazníky byly rozdány na všech pěti odděleních. Pro sběr dat byla vybrána také Interní hematologická klinika, kde byly dotazníky rozdány na lůžkovém oddělení A i B. Každé toto oddělení má jiné zaměření a svá specifika jak v oblasti intervencí, tak v oblasti administrativní práce, nicméně společným činitelem všech těchto vybraných oddělení je vysoká psychická i fyzická náročnost práce sester.

Ve výsledku jsme ze 70 rozdaných dotazníků obdrželi zpět 50 vyplněných dotazníků. Celková návratnost tedy činí 71 %.

2.1.5 Zpracování výsledků

Při důkladnějším prohlédnutí dotazníků se ukázalo, že některé nebyly zcela vyplněné. V jednom dotazníku byla vyplněna pouze půlka a v jiných dotaznících nebyla vyplněna jedna nebo více otázek. U řady otázek byl vepsán vlastní komentář nebo odpověď, která nebyla v nabídce (i tyto komentáře budou zohledněny při interpretaci dat). Některé vepsané odpovědi u otevřených otázek byly nečitelné, nebo chybně zaznamenané zřejmě z nedostatečného přečtení správného znění otázky nebo nepochopení otázky a proto jsme tyto odpovědi nemohli ve výzkumu využít.

Dotazníky byly zpracovány manuálním tříděním otázek I. a II. stupně dle odpovědí a jejich následným součtem. Získaná data byla přenesena do Microsoft Office Excel 2007, kde byly vytvořeny grafy a tabulky.

2.2 Popis a interpretace dat

V tomto druhém úseku empirické části už přecházíme k samotnému popisu a interpretaci dat, jež jsme během výzkumného šetření pomocí dotazníků získali.

Abychom zajistili přehlednější interpretaci dat, rozdělili jsme dotazník na několik částí, kde jsme sloučili otázky dle jejich zaměření. V první části jsme rozdělili respondenty podle identifikačních údajů – oddělení, délka pracovní praxe, pracovní úvazek, věk. Pohlaví nebo dosažené vzdělání nehraje v našem výzkumu významnou roli, a proto jsme se rozhodli tyto otázky vynechat. K rozdělení identifikačních údajů jsme využili třídění I. třídy, díky kterému mohou být výsledky stručné a přehledné. V následujících částech jsme většinu

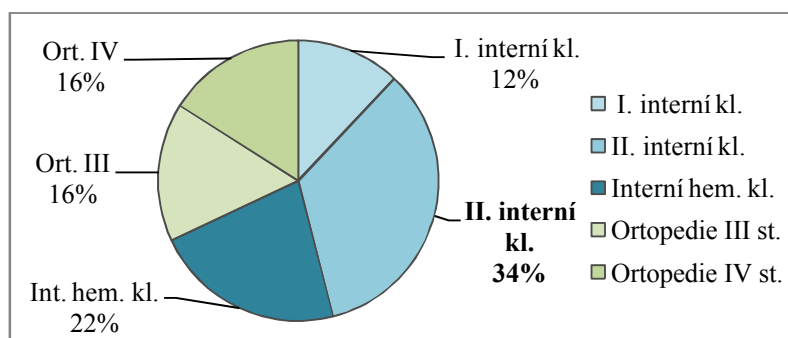
otázek zpracovávali jiným způsobem a to tříděním II. stupně, kterým jsme docílili zajímavějších výsledků vztahujících se k námi vytvořenému výzkumu.

1. Rozdělení respondentů dle identifikačních údajů.

V této části představujeme vybraný vzorek respondentů zúčastněných v našem dotazníkovém šetření.

1.1. Rozdělení dle oddělení

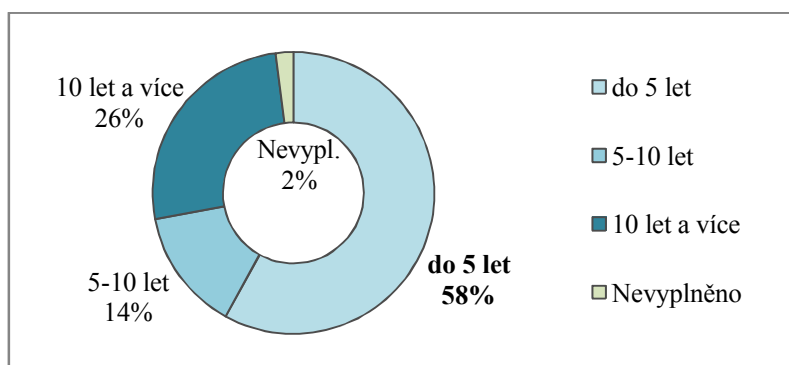
Graf č. 1: Na jakém oddělení pracujete?



Jak již bylo zmíněno, výzkumu se zúčastnily sestry z pěti různých klinik FNKV. Dle Grafu č. 1 je I. interní klinika je ve výzkumu zastoupena 6 vyplněnými dotazníky (12 %). Pod **II. interní kliniku** spadají čtyři různá lůžková oddělení a celkový počet vybraných dotazníků byl nejvyšší a to 17 dotazníků (34 %). Na Interní hematologické klinice bylo pod vedením vrchní sestry vybráno 11 vyplněných dotazníků (22%). Na Ortopedicko-traumatologické klinice bylo vybráno po 8 dotaznících na obou stanicích. (16 % a 16 %).

1.2. Rozdělení dle délky pracovní praxe

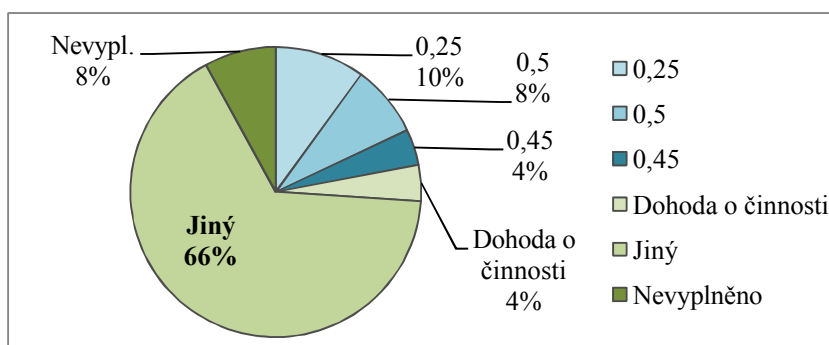
Graf č. 2: Jak dlouho na oddělení pracujete?



Graf č. 2. znázorňuje délku pracovní praxe na jednotlivých klinikách/odděleních uvedených v Grafu č. 1. Na výběr bylo z možností – do 5 let, 5 – 10 let, 10 let a více, přičemž největší skupinou respondentů jsou sestry s pracovní praxí na odděleních **do 5 let** v zastoupení 29 vyplněných dotazníků (58 %). Méně početnou skupinou jsou sestry s více jak 10letou pracovní praxí v zastoupení 13 dotazníků (26 %). Možnost 5 – 10 let pracovní praxe byla zvolena v 7 dotaznicích (14 %). Jeden dotazník (2%) jsme obdrželi nevyplněný.

1.3. Rozdělení dle pracovního úvazku

Graf č. 3: Na jaký úvazek pracujete?



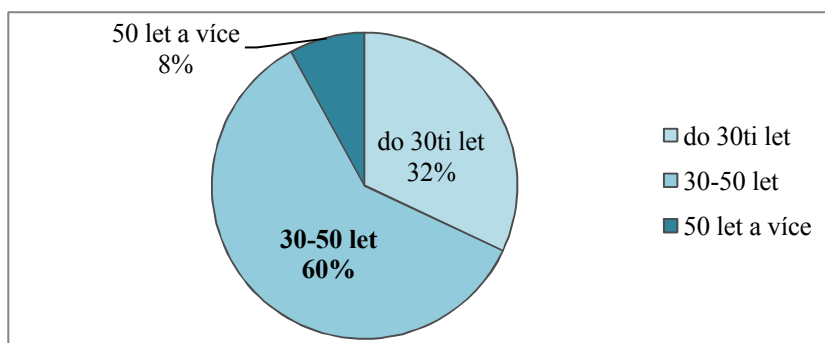
Z Grafu č. 3 je patrné, že nejčastěji volenou možností u otázky na jaký úvazek sestry pracují, byla poslední možnost **Jiný**, kde sestry samy doplnily nejčastěji plný pracovní úvazek. Možnost Jiný byla zvolena v 33 případech (66 %), možnost čtvrt úvazku (0,25) zvolilo 5 sester (10 %), 4 sestry (8 %) pracují

na poloviční úvazek (0,5) a na tříčtvrteční úvazek (0,45) pracují 2 sestry (4 %). Možnost Dohody o činnosti zvolily také 2 sestry (4 %).

Ve 4 případech (8 %) jsme obdrželi dotazník s nezodpovězenou otázkou.

1.4. Rozdělení podle věku respondentů

Graf č. 4: Jaký je váš věk?



Ve výzkumném dotazníku jsme rozdělili otázku na věk respondentů do tří kategorií: do 30ti let, 30 – 50 let, 50 let a více. Z Grafu č. 4 je patrné, že nejvíce respondentů se pohybuje ve věkové kategorii **30 – 50 let** v počtu 30 vybraných dotazníků (60 %). Věková kategorie do 30ti let je ve výzkumu zastoupena 16 respondenty (32 %) a do věkové kategorie 50 let a více spadají 4 respondenti (8 %).

2. Využití pracovní doby

Tato část je zaměřena na spokojenost sester s využitím své pracovní doby, čímž je myšleno, zda tráví čas během své služby tak, aby byly spokojené. Cílem bylo zjistit, jestli jsou sestry na jednotlivých odděleních FNKV spokojeny s využitím své pracovní doby. Dále nás zajímalo, do jaké míry má spokojenost sester s využitím pracovní doby vliv na spokojenost se zaměstnáním. K interpretaci výsledků k této části jsme zpracovali data z otázek:

- Na jakém oddělení pracujete? (součást identifikačních údajů o respondentech)
- Jste ve svém zaměstnání spokojená? (otázka č. 1 v dotazníku)
- Jste spokojená s využitím své pracovní doby? (otázka č. 2 v dotazníku)

2.1. Spokojenost s využitím pracovní doby na jednotlivých klinikách FNKV.

Tabulka č. 2: Spokojenost s využitím pracovní doby na jednotlivých klinikách FNKV

Kliniky FNKV	ANO	%	SPÍŠE ANO	%	NE	%	Celkový počet	% celkového počtu
I. interní klinika	4	67	2	33	0	0	6	12
II. interní klinika	4	23	11	65	2	12	17	34
Int. hem. klinika	4	36	4	36	3	28	11	22
Ortopedie III. st.	3	38	2	24	3	38	8	16
Ortopedie IV. St.	4	50	3	37	1	13	8	16
Celkem	19	38	22	44	9	18	50	100

Tabulka č. 2 znázorňuje výsledky spokojenosti sester na vybraných klinikách FNKV s využitím své pracovní doby. Z dat uvedených v této tabulce můžeme vyčíst, že 19 respondentů (38 %) z celkového počtu (N=50) je spokojeno s využitím své pracovní doby, 22 respondentů (44 %) je spíše spokojeno a pouze 9 respondentů (18 %) není spokojeno s využitím své pracovní doby.

Výzkumným cílem bylo zjistit, jak jsou sestry na jednotlivých odděleních spokojené s využitím své pracovní doby, a proto zde představíme procentuální zastoupení odpovědí z jednotlivých klinik na otázku č. 1, tedy zda jsou sestry spokojené ve svém zaměstnání (lze vyčíst z tabulky č. 1).

Na I. interní klinice jsme vybrali celkem 6 dotazníků (N=6, 12 %). Odpověď ANO byla zvolena 4 respondenty (67 %) z celkového počtu (N= 6), odpověď SPÍŠE ANO 2 respondenty (33 %) a odpověď NE nezvolil nikdo (0 %).

Na II. interní klinice bylo vybráno výrazně více dotazníků a to celkem 17 (N=17, 37 %). Možnost ANO byla volena 4 respondenty (23 %) z celkového množství (N=17), odpověď SPÍŠE ANO byla zvolena většinou a to 11 respondenty (65 %) a odpověď NE zvolili 2 respondenti (12 %).

Interní hematologická klinika je ve výzkumu zastoupena 11 respondenty (22 %) a 4 respondenti (36 %) vyjádřili svou spokojenost volbou odpovědi ANO, 4 respondenti zvolili možnost SPÍŠE ANO (36 %) a možnost NE zvolili 3 respondenti (28 %).

Na III. ortopedické stanice bylo vybráno 8 vyplněných dotazníků (16 %). Odpověď ano byla zvolena 3 respondenty (38 %), odpověď SPÍŠE ANO byla zvolena 2 respondenty (24 %) a odpověď NE opět 3 respondenty (38 %) z celkového počtu 8 dotazníků.

Ze IV. ortopedické stanice jsme obdrželi také 8 vyplněných dotazníků (16 %). Z tabulky lze vyčíst, že odpověď ANO zvolili 4 respondenti (50 %), odpověď SPÍŠE NE zvolili 3 respondenti (37 %) a možnost NE pouze jeden respondent (13 %).

Spokojenost sester na jednotlivých klinikách v poměru k jiným klinikám nelze s přesností určit kvůli nedostatečně reprezentativním vzorkům respondentů, které jsme na odděleních vybrali. Můžeme zde uvést, že na I. interní klinice jsou sestry spokojené, ano dle výsledků jsou, bohužel 6 dotazníků tuto informaci dostatečně nepotvrzuje především proto, že se samotná klinika skládá ze dvou oddělení (A a B) a počet sester je minimálně dvojnásobný. Na II. interní klinice se jedná dokonce o 3 oddělení (A, B, C) a tedy i vyšší počet zaměstnaných sester. Přesnější údaje o spokojenosti sester s využitím jejich pracovní doby ukazují výsledky dotazníků z ortopedických stanic (III. a IV.). Spolupráce ve vyplňování a distribuci dotazníků byla na těchto dvou odděleních výborná a proto máme dotazníky od většiny sester (přesné počty sester na stanicích nemáme uvedené kvůli stálé obměně personálu, pokud bychom předpokládali 12 sester na oddělení, byli bychom s 8 dotazníky na 67 %, což lze brát za dostatečně reprezentativní).

Sestry na IV. ortopedické stanici vyjádřily svou spokojenost volbou možnosti ANO nebo SPÍŠE ANO což činí 87 % spokojených sester. Na III. ortopedické stanici svou spokojenost takto vyjádřilo 62 % sester.

2. 2. Spokojenost sester ve svém zaměstnání v závislosti na spokojenosti s využitím pracovní doby.

Tabulka č. 3: Vliv využití pracovní doby na spokojenost v zaměstnání

Zkoumané otázky	Počet odpovědí ANO	%
Spokojenost v zaměstnání	26/50*	52/100
Spokojenost s využitím pracovní doby	19/50	38/100
Shodná odpověď ANO u obou otázek	16/50	32/100

* x/y: hodnota x z počítaného celku y

V jedné z výzkumných otázek se ptáme sester, do jaké míry ovlivňuje spokojenost s využitím pracovní doby spokojenost sester v zaměstnání, a proto jsme spojily otázku číslo č. 1 (Jste ve svém zaměstnání spokojená?) s otázkou č. 2 (Jste spokojená s využitím své pracovní doby?) a podle výsledků jsme vytvořili přehled v Tabulce č. 3. Na otázku č. 1 odpovědělo 26 respondentů (52 %) možností ANO, jsou tedy spokojeni ve svém zaměstnání. U otázky č. 2 o spokojenosti s využitím své pracovní doby zvolilo odpověď ANO 19 respondentů (38 %) z celkového množství (N=50). Při následném novém vytřídění dotazníků se ukázalo, že pouze 16 respondentů (32 %) z celkového množství (N=50) je spokojeno s využitím pracovní doby i ve svém zaměstnání.

Tabulka č. 4: Vliv využití pracovní doby na nespokojenost v zaměstnání

Zkoumané otázky	Odpověď			
	ANO SPÍŠE ANO	a %	NE	%
Spokojenost v zaměstnání	49/50*	98/100	-	-
Spokojenost s využitím pracovní doby	-	-	9/50	18/100

* x/y: hodnota x z počítaného celku y

Při tvorbě výzkumu i samotného dotazníku jsme předpokládali, že sestry nebudou spokojeny s využitím své pracovní doby. Tento předpoklad se potvrdil pouze v 9 případech (18 %) z celkového množství 50 dotázaných (Tabulka č. 4). Přičemž těchto 9 respondentů zároveň uvedlo, že jsou ve svém zaměstnání spokojeni. Lze tedy usoudit, že na spokojenost sester ve svém zaměstnání působí ve větší míře jiné faktory, než je využití pracovní doby (např. kolektiv, uplatnění v oboru, finanční ohodnocení, atd.)

3. Přímá ošetrovatelská péče

V této části jsme se zaměřili na přímou ošetrovatelskou péči, kterou jsme v dotaznících blíže specifikovali jako ošetrovatelskou péči vykonávanou osobně, přítomně nebo v kontaktu s pacientem. Především jsme chtěli zjistit, zda sestry pociťují nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči, kolik času sestry touto péčí během jedné služby tráví a jaké faktory tento čas ovlivňují. Cílem této části je interpretace výsledků na toto téma pomocí otázek:

- Jste ve svém zaměstnání spokojená? (Otázka č. 1 v dotazníku)
- Jste spokojená s využitím své pracovní doby? (Otázka č. 2 v dotazníku)
- Jste spokojená s množstvím času, který můžete využít pro přímou ošetrovatelskou péči? (Otázka č. 3 v dotazníku)
- Odhadněte, prosím, kolik asi času během jedné směny trávíte přímou ošetrovatelskou péčí (v hodinách a minutách) (Otázka č. 5 v dotazníku)
- Kolik času trávíte jinými činnostmi, než je přímá ošetrovatelská péče – uveďte v hodinách a/nebo minutách, jak to sama vnímáte – administrativní práce, příprava medikace, příprava pomůcek k výkonům, asistence lékaři, úklid pomůcek. (Otázka č. 6 v dotazníku)
- Je nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči důsledkem nedostatku zdravotních sester na oddělení? (Otázka č 10 v dotazníku)

3. 1. Spokojenost sester s využitím své pracovní doby a spokojenost s množstvím času na přímou ošetrovatelskou péči.

Tabulka č. 5: Vliv času na přímou ošetrovatelskou péči na spokojenost s využitím pracovní doby.

Zkoumané otázky	Odpověď		Odpověď
	ANO	SPÍŠE ANO	NE
Spokojenost s využitím pracovní doby	41/50*		-
Spokojenost s časem pro přímou ošetrovatelskou péči**	-		31/50
Spokojenost s využitím pracovní doby a časem na přímou oše. péči	22/41		19/41

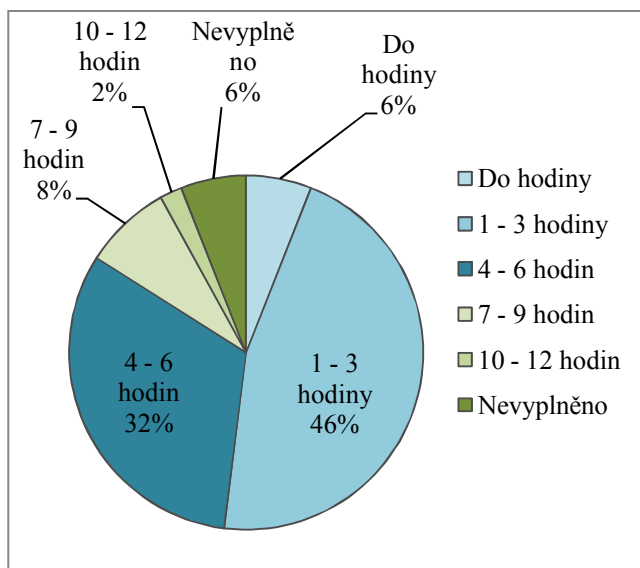
* x/y: hodnota x z počítaného celku y

**Přímá ošetrovatelská péče: osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta

V Tabulce č. 5 jsme se snažili o co nejjednodušší vytřídění odpovědí z otázky č. 2 (Jste spokojená s využitím své pracovní doby?) a otázky č. 3 (Jste spokojená s množstvím času, který můžete využít pro přímou ošetrovatelskou péči?) a jejich porovnání. Z Tabulky č. 5 je patrné, že 41 respondentů (82 %) je spokojených (ať už zvolili ANO nebo SPÍŠE ANO) s využitím své pracovní doby z celkového počtu 50 dotazníků. Následné třídění otázky č. 3 (Jste spokojená s množstvím času, který můžete využít pro přímou ošetrovatelskou péči?) přineslo zajímavý výsledek a to takový, že 31 respondentů (62 %) zvolilo odpověď NE a nejsou spokojeni s množstvím času, který mohou využít pro přímou ošetrovatelskou péči. Jestliže je 41 respondentů spokojených s využitím své pracovní doby a zároveň 31 respondentů nespokojených s časem, který mohou využít pro přímou ošetrovatelskou péči, zajímalo nás, kolik respondentů zvolilo u otázky č. 2 (Jste spokojená s využitím své pracovní doby?) odpověď ANO nebo SPÍŠE ANO a zároveň u otázky č. 3 (Jste spokojená s množstvím času, který můžete využít pro přímou ošetrovatelskou péči?) odpověď NE. Jak zobrazuje Tabulka č. 4, výsledný počet respondentů je 19 (38 %). Tito respondenti si ve svých odpovědích odporují, tzn. nejsou spokojeni s množstvím času, který mohou využít pro přímou ošetrovatelskou péči, ale jsou spokojeni s využitím své pracovní doby. 22 respondentů (44 %) je spokojených jak s časem, který mohou využít pro přímou ošetrovatelskou péči, tak s využitím své pracovní doby.

3. 2. Odhadovaný čas (zaokrouhlený v hodinách) na přímou ošetrovatelskou péči.

Graf č. 5: Odhadovaný čas na přímou ošetrovatelskou péči* během jedné směny



* Přímá ošetrovatelská péče: osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta

Graf č. 5 se vztahuje k otázce č. 5, ve které jsme požádali sestry, aby odhadly celkový čas (v hodinách nebo minutách), který tráví během jedné směny přímou ošetrovatelskou péčí. Nejčastěji sestry zaznamenávaly časové rozmezí od jedné do tří hodin a to ve 23 případech (46 %) s tím, že celé tři hodiny času na přímou ošetrovatelskou péči během jedné směny byly zaznamenány od 12 respondentů (24 %) a jsou tedy nejčastěji uváděnou jednotkou času. Druhým nejčastěji zaznamenávaným časovým rozmezím je od čtyř hodin do šesti v celkovém počtu 16 respondentů (32 %). Sedm až devět hodin tráví přímou ošetrovatelskou péčí 4 respondenti (8 %). 3 respondenti (6 %) tuto otázku nezodpověděli a 3 respondenti (6 %) uvedli, že tráví přímou ošetrovatelskou péčí maximálně hodinu - od dvou respondentů bylo zaznamenáno 20 minut a od jednoho 55 minut s tím, že více času nezbyvá.

Pakliže je nejčastěji zaznamenávané rozmezí od jedné do tří hodin, tráví sestry přímou ošetrovatelskou péčí maximálně $\frac{1}{4}$ (8 % - 25 %) jedné služby (12 hodin). V rozmezí čtyř až šesti hodin hovoříme o maximálně $\frac{1}{2}$ (33 % - 50 %) jedné služby (12 hodin). Zajímavým výsledkem také zůstává dvakrát uvedených 20 minut na přímou ošetrovatelskou péči, což znamená přibližně 3 % jedné směny (12 hodin). Tyto hodnoty poukazují na nedostatek času na přímou ošetrovatelskou

péči (osobní, přítomnou, kontaktní péči o pacienta) a nasvědčují tomu i vepsané komentáře od sester o nedostatku času k odhadovaným hodnotám.

3. 3. Vliv subjektivně zaznamenaného času (1-3 hodiny) tráveného přímou ošetrovatelskou péčí na nespokojenost se zaměstnáním a využitím pracovní doby.

Tabulka č. 6: Vliv času na přímou ošetrovatelskou péči na spokojenost se zaměstnáním a využitím pracovní doby.

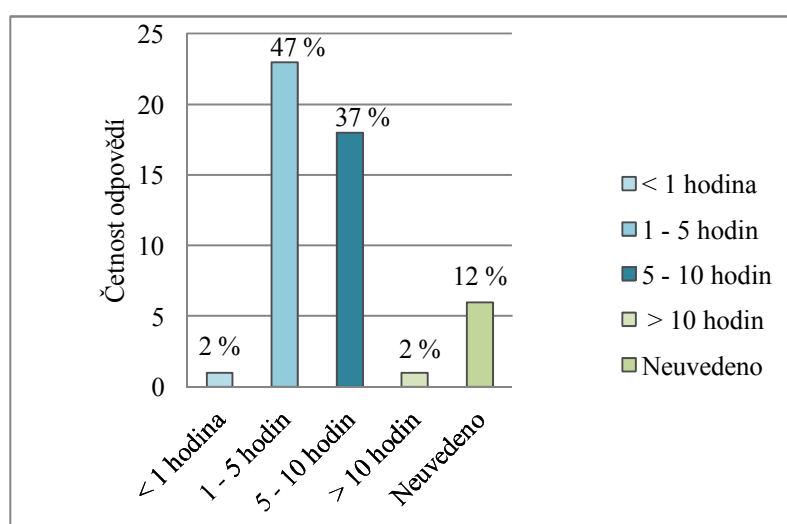
Odpověď	Četnost odpovědí			
	Spokojenost v zaměstnání	%	Spokojenost s využitím pracovní doby	%
ANO	11	48	4	17
SPÍŠE ANO	12	52	12	52
NE	0	0	7	31
Celkem	23	100	23	100

Dle výsledků znázorněných v Grafu č. 5 je nejčastěji odhadovaným časovým rozmezím na přímou ošetrovatelskou péči od jedné do tří hodin. Tento výsledek byl získán od 23 respondentů (46 %) a zajímalo nás, zda tato nízká hodinová dotace nějakým způsobem ovlivňuje spokojenost sester v zaměstnání nebo jejich spokojenost s využitím pracovní doby. Z Tabulky č. 5 můžeme vyčíst, že malý počet hodin, který mohou sestry využít na přímou ošetrovatelskou péči, neovlivňuje jejich spokojenost ve svém zaměstnání. Jiný výsledek jsme získali u vlivu nízkého počtu hodin na přímou ošetrovatelskou péči ve vztahu k využití pracovní doby, kde 7 respondentů (31 %) z celkového množství 23 dotazníků zvolilo u otázky č. 2 (Jste spokojená s využitím své pracovní doby?) odpověď NE. Jak uvádí Tabulka č. 3, u otázky č. 2 zvolilo možnost NE pouze 9 respondentů. Můžeme se tedy domnívat, že u těchto 7 respondentů uvedených v Tabulce č. 5 zapříčinil nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči nespokojenost s využitím pracovní doby.

3. 4. Odhadovaný čas (zaokrouhlený v hodinách) trávený jinými činnostmi než přímou ošetrovatelskou péčí.

Poté, co jsme požádali sestry, aby odhadly čas na přímou ošetrovatelskou péči, jsme je dále požádali, aby připsaly odhadovaný čas i k následujícím činnostem: administrativní práce, příprava medikace, asistence lékaři, příprava pomůcek a úklid pomůcek (Ot. č. 6 Kolik času trávíte jinými činnostmi, než je přímá ošetrovatelská péče – uveďte v hodinách a/nebo minutách jak to sama vnímáte). Cílem otázky č. 6 bylo porovnání s otázkou č. 5 a tedy zjištění, zda sestry tráví více času jinou aktivitou, než je přímá ošetrovatelská péče.

Graf č. 6: Administrativní práce*



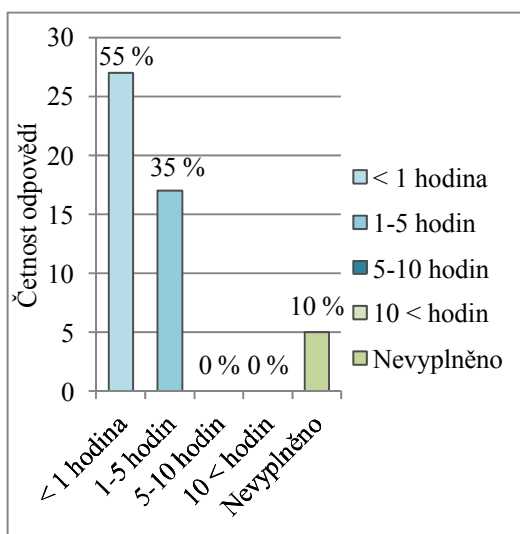
*Administrativní práce: veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.

Graf č. 6 představuje sestrami zaznamenané hodnoty času tráveného administrativní prací. Nejčastěji vpisované hodnoty byly v rozmezí 1 – 5 hodin a to 23 respondenty (47 %) z celkového počtu dotazníků (N=50). Ve výsledném součtu sestry nejčastěji vepsaly 4 hodiny trávené administrativní prací během jedné směny a to ve 13 případech (26%). Více času potřebného na administrativní práci (5 – 10 hodin) zaznamenalo 18 respondentů (37%). 1 respondent (2 %) uvedl, že tráví méně jak hodinu administrativní prací během jedné směny a 1 respondent (2 %) naopak uvedl, že tráví více jak 10 hodin (11 hodin a 5 minut)

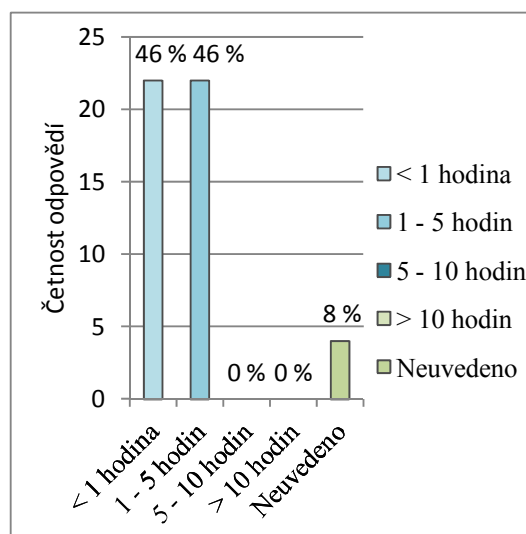
administrativní práci během jedné služby. 6 respondentů (12%) neodpovědělo nebo uvedlo nezpracovatelná data.

Následným vyříděním otázky č. 6 (Administrativní práce) ve vztahu k otázce č. 5 (Přímá ošetrovatelská péče) se ukázalo, že 30 respondentů (60 %) uvedlo u otázky č. 5 (přímá ošetrovatelská péče) nižší hodnotu než u činnosti Administrativní práce u otázky č. 6. 10 respondentů (20 %) uvedlo vyšší hodnotu u otázky č. 5 než u otázky č. 6 a 4 respondenti (8 %) uvedli stejné hodnoty u obou otázek. Tyto výsledky ukazují, že sestry tráví více času administrativní prací (veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.) než přímou ošetrovatelskou péčí (osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta).

Graf č. 8: Asistence lékaři



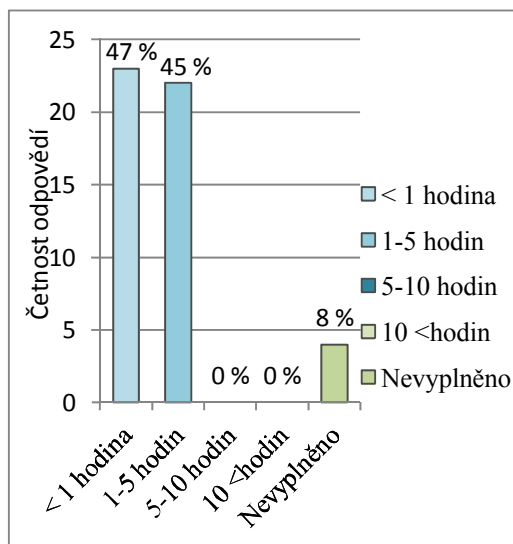
Graf č. 7: Příprava pomůcek



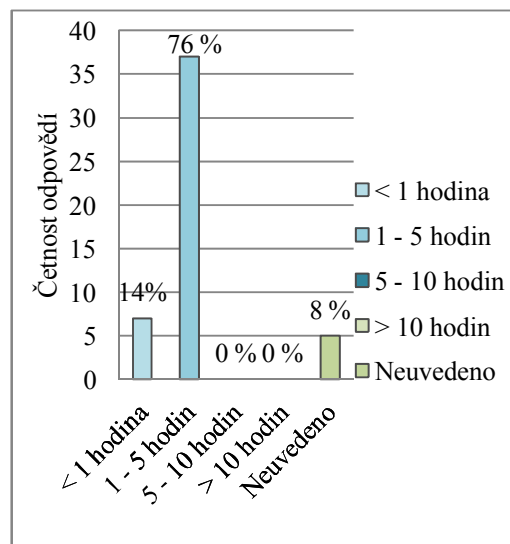
Graf č. 7 a Graf č. 8 ukazují, kolik času tráví sestry během jedné směny asistencí lékaři (u výkonů, práce s dokumentací, atd.) a kolik času tráví přípravou pomůcek (k výkonům jimi nebo lékaři prováděným). U činnosti Asistence lékaři uvedlo 27 respondentů (55 %) hodnotu nižší než je jedna hodina a 17 respondentů (35 %) hodnoty mezi 1 – 5 hodinami. Od 5 respondentů (10 %) jsme hodnoty neobdrželi. Přípravou pomůcek tráví sestry ve 22 případech (46 %) méně jak

jednu hodinu a stejném počtu 22 případů (46 %) tráví sestry přípravou pomůcek 1 – 5 hodin. 4 respondenti (8 %) hodnotu nevedli.

Graf č. 9: Úklid pomůcek



Graf č. 10: Příprava medikace



Kolik času tráví sestry úklidem pomůcek a kolik času tráví přípravou medikace, ukazují grafy č. 9 a č. 10. 23 respondentů (47 %) tráví během jedné směny úklidem pomůcek méně jak jednu hodinu, o jednoho respondenta méně tedy 22 respondentů (45 %) tráví touto činností od 1 do 5 hodin. Jinak časově náročná je podle sester příprava medikace, kde 7 respondentů (14 %) uvedlo hodnoty času do jedné hodiny a převážná většina 37 respondentů uvedlo, že tráví přípravu medikace 1 – 5 hodin.

U těchto dvou činností nebyly vyplněny hodnoty v počtu 4 dotazníků (8 %) u Úklidu pomůcek a 5 dotazníků (8 %) u Přípravy medikace.

3. 5. Vliv nedostatku sester na přímou ošetrovatelskou péči.

Otázka č. 10 v dotazníku pojednává o vlivu nedostatku sester na přímou ošetrovatelskou péči (osobní, přítomnou, kontaktní péči o pacienta). Zajímalo nás, zda sestry vnímají jako příčinu nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči také stále se zvyšující nedostatek sester na odděleních. Dle výsledků můžeme konstatovat negativní vliv nedostatku sester na nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči. U otázky č. 10 (Je nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči důsledkem nedostatku sester na oddělení?) zvolilo 29 sester (59 %) odpověď ANO, 12 sester (24 %) zvolilo odpověď SPÍŠE ANO a 8 sester

(16 %) zvolilo odpověď NE. Jeden dotazník byl nevyplněný. Vliv nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči v důsledku nedostatku sester vnímá v součtu 83 % dotázaných.

4. Kontakt s pacienty

V této části bychom rádi představili výsledky zkoumaného vlivu nedostatku času na přímý kontakt s pacienty. V otázce č. 4. jsme se sester dotazovali, zda jsou rády v kontaktu s pacienty, o které se starají -42 sester (84 %) zvolilo možnost ANO a 8 sester (16 %) zvolilo možnost SPÍŠE ANO a dle předpokladů, žádná ze sester nezvolila možnost NE. Zajímalo nás, zda sestry pociťují méně času na přímý kontakt s pacienty – přímou ošetrovatelskou péčí a pokud ano, jak tento nedostatek času ovlivňuje vztah k pacientům.

Ke zpracování tohoto tématu jsme využili otázky:

- Jste ráda v přímém kontaktu s pacienty? (otázka č. 4 v dotazníku)
- Máte pocit, že Vám zbývá méně času na přímý kontakt s pacienty, než byste si přála? (otázka č. 7 v dotazníku)
- Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péčí ovlivňuje Váš vztah s pacienty? (otázka č. 13 v dotazníku)

4. 1. Nedostatek času na přímý kontakt s pacienty a jeho vliv na vztah sestry k pacientům.

Tabulka č. 7: Vliv nedostatku času na přímý kontakt a vztah s pacienty

Zkoumané otázky	Odpověď	
	ANO	NE
Méně času na přímý kontakt s pacienty	37/50*	-
Nedostatek času ovlivňuje vztah sestry k pacientům	-	15/50
Nedostatek času na přímý kontakt s pac. neovlivňuje vztah sestry s pacientem	27/37	10/37

* x/y: hodnota x z počítaného celku y

V tabulce č.7jev prvním řádku uvedený počet odpovědí ANO na otázku č. 7 (Máte pocit, že Vám zbývá méně času na přímý kontakt s pacienty, než byste si přála?), což znamená, že 37 respondentů (74 %) pociťuje nedostatek času na přímý (osobní) kontakt s pacienty. V druhém řádku je zanesen počet odpovědí NE na otázku č. 13 (Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péčí ovlivňuje Váš vztah s pacienty?) a to v počtu 15 odpovědí (30 %). Tyto navzájem si odporující odpovědi u otázek č. 7 a č. 13 jsou v tabulce zaneseny proto, abychom mohli odpovědět na otázku, ve které jsme se zajímali o to, zda sestry,

které vnímají nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči a zároveň pociťují, že tento nedostatek ovlivňuje jejich vztah k pacientům. Z tabulky č. 6 je patrné, že 27 respondentů (54 %) vnímá nedostatek času na přímý kontakt s pacienty, ale tento nedostatek neovlivňuje jejich vztah k pacientům. Pouze 10 respondentů (20 %) uvedlo, že nedostatek času na přímý kontakt s pacienty ovlivňuje jejich vztah k nim. Z těchto výsledků plyne, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči (osobní, přítomnou, kontaktní péči o pacienta) do velké míry neovlivňuje vztah sestry k pacientům.

5. Administrativní práce - hlavní faktor nespokojenosti

Tato část je zaměřena na administrativní práci, kterou jsme v dotaznících specifikovali jako veškerou práci s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd. Pokud dle Grafu č. 6 tráví sestry administrativní prací v 47 % 1-5 hodin a v 37 % 5-10 hodin, chtěli jsme zjistit, zda tuto administrativní práci považují sestry za stejně důležitou jako ošetrovatelskou péči. Výsledky jsme získali pomocí otázky č. 12 v dotazníku (Je podle Vašeho názoru administrativní práce stejně důležitá jako ošetrovatelská péče?) a vyplývá z nich, že 9 respondentů (18 %) považuje administrativní práci za důležitou, 14 respondentů (28 %) není pevně rozhodnuto a zvolilo možnost SPÍŠE ANO, 23 respondentů (46 %) zvolilo NE a 4 respondenti otázku nezodpověděli (8 %). Z této otázky nemůžeme vyvodit pevný závěr, neboť 46 % se přiklání k důležitosti administrativní práce a 46 % vnímá administrativní práci jako nedůležitou.

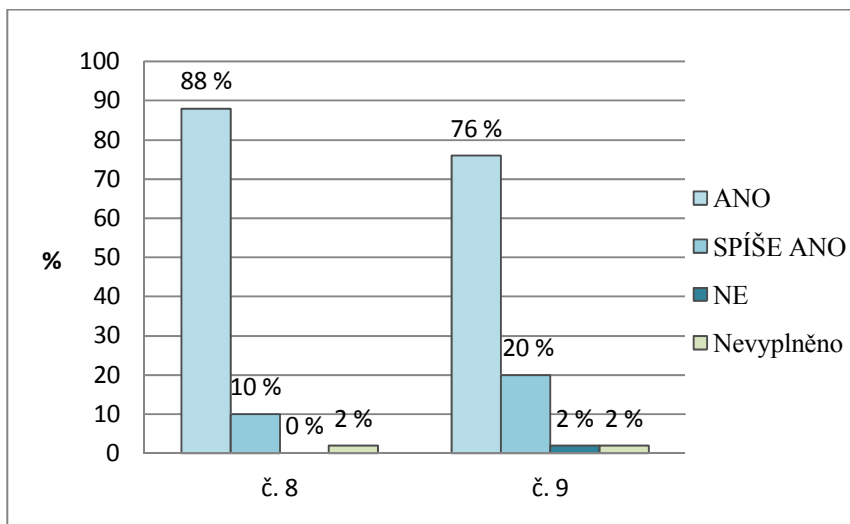
Dále jsme chtěli zjistit, zda na námi vybraných odděleních dochází dle názorů sester k nárůstu administrativní práce a pokud ano, zda tento nárůst ovlivňuje čas na přímou ošetrovatelskou péči (osobní, přítomnou, kontaktní péči o pacienta).

K této části jsme zpracovali výsledky z otázek:

- Jaký je Váš věk? (součást identifikačních údajů o respondentech)
- Jak dlouho na oddělení pracujete? (součást identifikačních údajů o respondentech)
- Dochází podle Vás k nárůstu administrativní práce na Vašem oddělení? (otázka č. 8 v dotazníku)
- Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce? (otázka č. 9 v dotazníku)
- Je nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči důsledkem nedostatku zdravotních sester na oddělení? (otázka č. 10 v dotazníku)

5. 1. Nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči jako důsledek nárůstu administrativní práce.

Graf č. 11: Otázka č. 8 (Dochází podle Vás k nárůstu administrativní práce na Vašem oddělení?) v poměru k otázce č. 9 (Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce?)



Zda dochází na námi vybraných odděleních k nárůstu administrativní práce (veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.) je vyobrazeno v Grafu č. 11. Z tohoto grafu je patrné, že 44 sester (88 %) zvolilo možnost ANO a k tomu 5 sester zvolilo možnost SPÍŠE ANO (10 %). Možnost NE nebyla zvolena ani v jednom případě. 1 respondent (2 %) nezodpověděl otázku. Nárůst administrativní práce na námi vybraných odděleních byl těmito výsledky potvrzen.

Druhá část Grafu č. 11 je zaměřena na výsledky u otázky č. 9, která se zabývá tím, jestli za nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči může nárůst administrativní práce. 38 sester (76 %) vyjádřilo svůj souhlas s otázkou č. 9 odpovědí ANO, 10 sester (20 %) zvolilo možnost SPÍŠE ANO, jedna sestra (2 %) si nemyslí, že by nárůst administrativní práce ovlivňoval její čas na přímou ošetrovatelskou péči a jedna sestra neodpověděla (2 %). Z těchto hodnot vyplývá, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce.

Tabulka č. 8: Nedostatek času jako důsledek nárůstu administrativní práce

Zkoumané otázky	Odpověď ANO	%
Nárůst administrativní práce* na odděleních	44/50**	88/100
Nedostatek času jako důsledek nárůstu administrativní práce	38/50	76/100
Shodná odpověď ANO u obou otázek	36/44	72/100

*Administrativní práce: veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetřovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.

** x/y: hodnota x z počítaného celku y

Tabulka č. 8 porovnává četnost odpovědí ANO u otázky č. 8 (Dochází podle Vás k nárůstu administrativní práce na Vašem oddělení) a u otázky č. 9 (Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetřovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce?), abychom získali data k následujícímu porovnání. Tabulka č. 7 ukazuje, že v 36 případech (72 %) se respondenti shodli na odpovědi ANO u obou otázek a nedostatek času na přímou ošetřovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce.

5. 2. Nedostatek času na přímou ošetřovatelskou péči z důvodu nárůstu administrativní práce a nedostatku sester.

Z porovnání otázek č. 9 (Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetřovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce?) a č. 10 (Je nedostatek času na přímou ošetřovatelskou péči důsledkem nedostatku zdravotních sester na oddělení?) jsme získali zajímavý výsledek a to faktor, který podle sester více ovlivňuje nedostatek času na přímou ošetřovatelskou péči (osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta). U obou faktorů, nárůstu administrativní práce i nedostatku sester, sestry nejvíce volili možnost ANO. U Otázky č. 9 zvolilo možnost ANO 76 % sester a možnost SPÍŠE ANO 20 % sester. U otázky č. 10 59 % sester možnost ANO a možnost ČÁTEČNĚ ANO zvolilo 24 % sester. U obou otázek byl jeden dotazník nevyplněný. Ve výsledku vnímá jako důsledek nedostatku času na přímou ošetřovatelskou péči nárůst administrativní práce 96 % sester a zároveň i 83 % sester vnímá jako důsledek nedostatku času na přímou ošetřovatelskou péči nedostatek sester. Hlavním faktorem ovlivňujícím přímou ošetřovatelskou péči (osobní, přítomnou, kontaktní péči o pacienta) je dle předpokladů administrativní práce (veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní

záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.).

5. 3. Důležitost administrativní práce v závislosti k věku respondentů a délce praxe.

Tabulka č. 9: Důležitost administrativní práce v závislosti k věku respondentů

Věk respondentů	Odpověď		
	ANO	SPÍŠE ANO	NE
do 30	4		12
30 - 50 let	12		18
50 let a více	3		1
Celkem	50		

Tabulka č. 10: Důležitost administrativní práce v závislosti na délce praxe

Délka praxe na oddělení	Odpověď		
	ANO	SPÍŠE ANO	NE
do 5 let	13		12
5 - 10 let	3		4
10 let a více	6		7
Celkem	45		

Pro zajímavost jsme chtěli zjistit, zda starší sestry považují administrativní práci (veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.) za stejně důležitou činnost, jakou je ošetrovatelská péče. Nebo naopak mladší sestry s krátkou praxí na oddělení považují administrativní práci za nedůležitou činnost. Podle výsledků uvedených v Tabulce č. 9 a č. 10 nebyla jednoznačná odpověď vyzkoumána. Z výsledků můžeme vyčíst jen to, že mladé sestry z věkové kategorie do 30ti let (celkem 16 sester v této věkové kategorii) ve 12 případech (75 % z N = 16) nepovažují administrativní práci za důležitou. V ostatních věkových kategoriích nejsou výsledky významné a podobně tomu tak je i u porovnávání důležitosti administrativní práce k délce praxe respondentů, kde se dle Tabulky č. 9 přibližná polovina vyjadřuje kladnou odpovědí a druhá polovina zápornou.

6. Jiné uvedené faktory způsobující nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči.

Jelikož jsme se v dotaznících blíže zaměřili jen na dva faktory (administrativní práce a nedostatek sester) ovlivňující čas na přímou ošetrovatelskou péči (osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta), požádali jsme sestry, aby samy uvedly i jiné faktory, které podle nich stojí za nedostatkem času na přímou ošetrovatelskou péči. Sestry se této činnosti chopily zodpovědně a v některých dotaznících bylo vypsáno i více faktorů. Z tohoto důvodu je obtížné přepočítávat četnost odpovědí do procentuální roviny, proto zde uvedeme jen získané množství odpovědí.

Tabulka č. 11: Jiné faktory ovlivňující čas na přímou ošetrovatelskou péči*

Uvedený faktor	Četnost stejných odpovědí
Administrativní práce	13
Nedostatek pomocného personálu	10
Nedostatek sester	9
Neuvedeno	22
Celkem	Nelze uvést

*Přímá ošetrovatelská péče: osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta

V největším počtu, jak ukazuje Tabulka č. 11, byla znovu uváděna administrativní práce a to v 13 případech. V 10 případech byl zmíněn nedostatek pomocného personálu na odděleních, v 9 případech sestry znovu poukázaly na nedostatek sester. Jako faktor ovlivňující čas na přímou ošetrovatelskou péči vnímají sestry i mladé, nezkušené, nezaučené lékaře nebo navýšení operativity. Dále uvedeny faktory jako zvýšení zodpovědnosti za péči a chod oddělení, nedostatek lékařů, špatnou spolupráci s lékaři, tlak na dodržování nedokonale vypracovaných standardů nebo nízké kompetence zdravotnických asistentů. 22 dotazníků bylo u této otázky nevyplněných nebo sestry vepsaly slova „nevím“ a „žádné“.

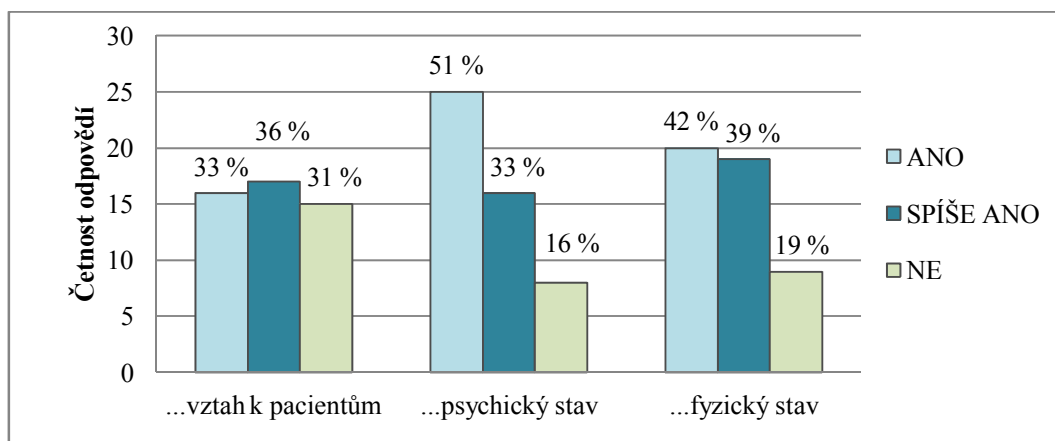
7. Důsledky nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči ve vztahu k pacientovi.

V této části jsme se zaměřili na nedostatek času a jeho dopad na vztah sester k pacientům nebo psychický a fyzický stav pacienta. Jelikož jsme se zabývali možnými riziky pro pacienty vzniklými z nedostatku času sester už v teoretické části, zajímalo nás, zda si námi vybrané sestry tato rizika uvědomují a na kterém má nedostatek času nejvýznamnější podíl. K této části jsme využili otázek:

- Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči ovlivňuje Váš vztah k pacientům? (otázka č. 13 v dotazníku)
- Myslíte si, že méně času na přímou ošetrovatelskou péči má vliv na psychické prožívání pacienta během hospitalizace? (Jeho strach, úzkost, hostilitu, depresi, agresi, negaci apod.), (otázka č. 14 v dotazníku)
- Myslíte si, že méně času na přímou ošetrovatelskou péči může mít dopad na fyzický stav pacienta? (zanedbání péče, nižší kvalita péče, vznik imobilizačního syndromu apod.), (otázka č. 15 v dotazníku)

7. 1. Dopad nedostatku času pro přímou ošetrovatelskou péči na vztah sestry k pacientovi, na pacientovo psychické prožívání hospitalizace a jeho zdravotní stav.

Graf č. 12: Dopad nedostatku času na vztah k pacientům a na psychický nebo fyzický stav pacienta



Do Grafu č. 12 jsme spojili tři otázky (ot. č. 13, 14, 15) abychom mohli porovnat odpovědi sester na tyto otázky a určit, který důsledek nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči (osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta) je podle sester nejvýznamnější. První tři sloupce v Grafu č. 12 jsou výsledky odpovědí na otázku č. 13, ve které jsme se ptali sester, zda mají pocit, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči ovlivňuje jejich vztah k pacientům. Odpověď ANO zvolilo 16 respondentů (33 %), odpověď SPÍŠE ANO 17 respondentů (36 %) a odpověď NE 15 respondentů (31 %) z celkového počtu respondentů (N=50). U otázky č. 14 (druhé tři sloupce), v níž jsme se sester ptali, zda si myslí, že méně času na přímou ošetrovatelskou péči má vliv na psychické prožívání pacienta během hospitalizace (jeho strach, úzkost, hostilitu, depresi, agresi, negaci apod.), zvolilo 25 respondentů (51 %) možnost ANO, 16 respondentů (33 %) SPÍŠE ANO a 8 respondentů možnost NE (16 %). Poslední tři sloupce představují odpovědi respondentů na otázku č. 15, ve které jsme se respondentů ptali, zda si myslí, že méně času na přímou ošetrovatelskou péči může mít dopad na fyzický stav pacienta (zanedbání péče, nižší kvalita péče, vznik imobilizačního syndromu apod.). Možnost ANO zvolilo 20 respondentů (42 %), SPÍŠE ANO 19 respondentů (39 %) a NE 9 respondentů (19 %).

Již z Grafu č. 12 je patrné, že zhoršené psychické prožívání hospitalizace je dle názorů sester pro pacienty největším důsledkem nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči (osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta). Menším ale neméně významným rizikem nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči je podle sester dopad na fyzický stav pacienta. Zajímavé by v tomto případě bylo, porovnání těchto odpovědí s odpověďmi od pacientů.

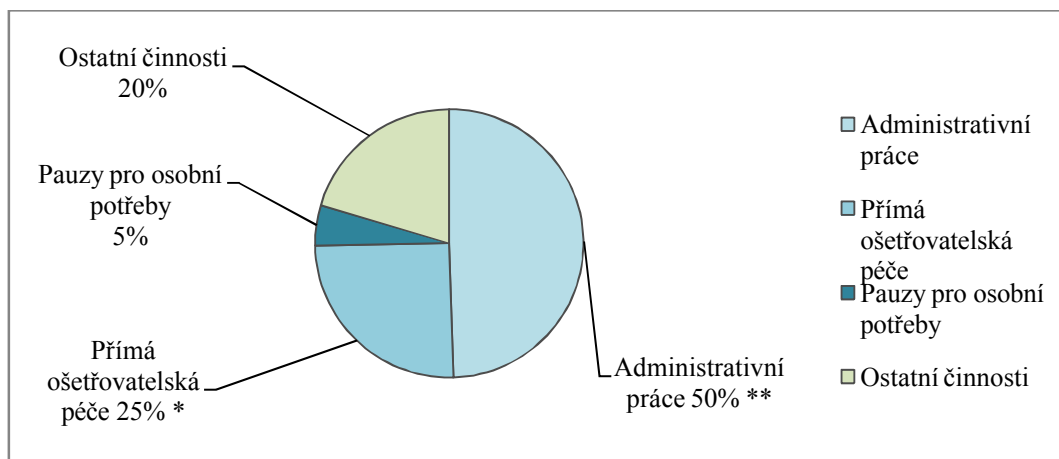
Dopad nedostatku času na vztah sester k pacientům je ve svých odpovědích celkem vyrovnaný. Ve vztahu sestry k pacientům jsou zřejmě důležité i jiné faktory než jen čas a to například osobnost sestry.

8. Zpracování výsečových kružnic

Poslední částí našeho dotazníku byla výsečová kružnice (koláč), která představovala 12 hodin jedné směny (100 %). Úkolem sester bylo rozdělení kružnice do výsečí tak, aby jednotlivé výseče znázorňovaly množství času, které věnují námi uvedenými činnostmi (administrativní práce, přímá ošetrovatelská péče, pauzy pro osobní potřeby, ostatní činnosti) (viz příloha č. 3).

V průměru sestry tráví přípravou medikace, úklidem pomůcek, asistencí lékařům apod. (ostatními činnostmi) 20 % své jedné směny, o trochu více času tráví přímou ošetrovatelskou péčí a to průměrně čtvrtinou (25 %). Osobními pauzami tráví sestry průměrně 5 % své denní pracovní doby. Opět se ve výsledcích ukázalo, že nejvíce času sestry stráví administrativní prací (veškerá práce s pacientovou dokumentací tj. příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.) a to v průměru až 50 % jedné směny. Náš předpoklad, že sestry tráví více času administrativní prací než přímou ošetrovatelskou péčí, se opět potvrdil. Pro názornou ukázkou jsou průměrné časové hodnoty v % zanesené v Grafu č. 13.

Graf č. 13: Zpracování výsečových kružnic



*Přímá ošetrovatelská péče: osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta

**Administrativní práce: veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské plány, apod.) dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání, apod., telefonáty na jiná zdravotnická pracoviště, atd.

2.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V této části bychom rádi krátce shrnuli odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si položili při tvorbě výzkumu. Souvisí s cíly výzkumu a na které už známe názory sester z předchozích částí.

Výzkumná otázka č. 1: Má spokojenost sester s využitím pracovní doby vliv na spokojenost se zaměstnáním?

Předpokládali jsme, že sestry nebudou spokojené s využitím své pracovní doby a v důsledku toho nebudou spokojené i ve svém zaměstnání, ale odpověď na tuto otázku je úplně jiná. Sestry jsou dle výsledků spokojené s využitím své pracovní doby a jsou spokojené i ve svém zaměstnání. Odpovědí je tedy **NE, využití pracovní doby nemá na spokojenost v zaměstnání vliv.**

Výzkumná otázka č. 2: Má čas trávený přímou ošetrovatelskou péčí vliv na spokojenost s využitím pracovní doby?

Na tuto otázku jsme nedostali jasnou odpověď. 19 respondentů (38 %) z 50 dotázaných není spokojeno s časem pro přímou ošetrovatelskou péči, ale je spokojeno s využitím své pracovní doby. 22 respondentů (44 %) z 50 dotázaných je spokojených jak s časem, který mají na přímou ošetrovatelskou péči, tak s využitím své pracovní doby. Můžeme například spekulovat o tom, že zde zmíněných 19 respondentů sice není spokojeno s časem, který mají na přímou ošetrovatelskou péči, ale je podle nich dostačující zbylý čas na jiné činnosti (administrativní práce, osobní pauzy, apod.)

Výzkumná otázka č. 3: Považují sestry čas, který mají k dispozici pro přímou ošetrovatelskou péči o pacienty za dostatečný?

62 % respondentů nepovažuje čas, který může využít pro přímou ošetrovatelskou péči o pacienty za dostatečný. O tom, že mají sestry málo času na své pacienty, nasvědčují i vpisované komentáře sester k různým otázkám: „Více není čas“ nebo „Více času není“. **Odpověď tedy zní NE, sestry nepovažují čas, který mají k dispozici pro přímou ošetrovatelskou péči za dostatečný.**

Výzkumná otázka č. 4: Které faktory brání sestřám trávit u pacientů tolik času, kolik považují za dostatečný?

Faktorů, které brání sestřám trávit u pacientů tolik času, kolik by považovaly za dostatečný je hned několik. Tím nejvýznamnějším faktorem se ukázal čas trávený **administrativní prací**, druhým nejvýznamnějším faktorem je **nedostatek sester a pomocného personálu na odděleních**, dále sestry uváděly **mladé, nezkušené, nezaučené lékaře, navýšení operativy, zvýšení zodpovědnosti za péči a chod oddělení, nedostatek lékařů, špatnou spolupráci s lékaři, tlak na dodržování nedokonale vypracovaných standardů nebo nízké kompetence zdravotnických asistentů**

Výzkumná otázka č. 5:Uvědomují si sestry rizika, která mohou vzniknout z nedostatečné péče o pacienty?

Odpověď na tuto otázku zní **ANO, sestry si uvědomují možná rizika, která mohou vzniknout z nedostatečné péče o pacienty**. Především pak vnímají odraz nedostatku času na psychickém prožívání pacientovy hospitalizace a v menší míře i na fyzickém stavu pacienta.

Diskuze

S ohledem na síly vynaložené při distribuci a sběru dotazníků by bylo použití námi zvolené první výzkumné metody (pozorování/stopování) na stejné fyzické i psychické úrovni náročnosti. Změnit metodologii výzkumu tři měsíce před plánovaným odevzdáním, bylo do značné míry nešťastnou volbou. Výzkum na toto téma přímé ošetrovatelské péče by si zasluhoval více času a především pak větší vzorek respondentů, neboť čas na přímou ošetrovatelskou péči je i dle výsledků našeho výzkumu značně limitován. Nicméně námi vybraná původní metoda pozorování/stopování by sice přinesla přesnější časové hodnoty, avšak abychom získaly i názory sester na tuto problematiku, museli bychom ji doplnit o rozhovory s pozorovanými sestrami. Pomocí dotazníků se nám tak podařilo obsáhnout jak získávání požadovaných časových hodnot, tak subjektivní a velmi důležité názory sester k dané problematice. Ve výsledku jsme se ale změnou metodologie sami ochudili o čas trávený sběrem dat.

Z kraje je nutné zmínit zklamání z návratnosti dotazníků, kdy i přes vynaloženou snahu a rozšíření výběru oddělení se nám nepodařilo získat více než 50 dotazníků, abychom zajistili dostatečně reprezentativní vzorek respondentů. Během dvou týdnů, kdy měly sestry dotazníky k dispozici, se na odděleních jistě vystřídá více sester, než kolik se nám podařilo získat vyplněných dotazníků. Nicméně v tomto případě asi nemůžeme hledat „vinu“ na straně sester. Při návštěvách jednotlivých oddělení, především pak oddělení interních, sestry nevěnovaly dotazníkům dostatečnou pozornost. Sestry stále pracovaly, málokterá sestra měla čas se zastavit a poslechnout si, proč a za jakým účelem je vlastně dotazník rozdávám. Toto pracovní vytížení bylo na některých odděleních způsobeno nedostatkem personálu. Zajímavým zjištěním bylo, že se ani při jedné návštěvě nestalo, že by všechny nebo alespoň většina sester byla u lůžek pacientů. Sestry při mých návštěvách na odděleních v různých denních hodinách stále zaměstnávala dokumentace elektronická i písemná.

Zvyšující se kvantum administrativní práce se posléze významně projeвило i v námi provedeném výzkumu, jako hlavní faktor ovlivňující přímou ošetrovatelskou péči.

Předpokládali jsme, že se nárůst administrativní práce potvrdí na námi vybraných odděleních v 98 % případů (88 % ANO, 10% SPÍŠE ANO), ale netušili jsme, že tento nárůst ve většině případů neovlivní spokojenost sester s využitím pracovní doby v 80 % případů (38 % ANO, 42 % SPÍŠE ANO). Stejně tak zajímavým výsledkem je, že jen 34 % (8 % ANO, 26 % SPÍŠE ANO) dotázaných sester je spokojeno s časem, jež mají během jedné směny k dispozici na péči o své pacienty. Překvapivým výsledkem je tedy skutečnost, že sestry ve své praxi pocítují nárůst administrativní práce a s tím spojený vyšší objem času tráveného touto prací, zároveň 62% sester není spokojeno s množstvím času, který mají pro přímou ošetrovatelskou péči o pacienta, avšak ani jeden tento časový faktor neovlivnil jejich spokojenost s využitím pracovní doby. Dotazníkové šetření ČAS, které bylo provedeno v roce 2013, přineslo obdobné výsledky. Shoda je v tom, že převážná většina 96,4 % (83,4 % ANO, 13 % SPÍŠE ANO) všech dotázaných účastníků (N=5935) pocítuje ve své práci nárůst administrativy. V jedné z předchozích otázek se ČAS ptalo sester, zda mají pocit, že kvůli velkému množství práce, které musí stihnout, se nemůžou o své pacienty tak dobře, jak by chtěly. U této otázky zvolilo 81,8 % respondentů možnost ANO nebo SPÍŠE ANO. (Prezidium ČAS, 2013) V tomto případě se sestry v šetření ČAS vyjádřily k nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči o trochu výrazněji.

Administrativní práce zahrnuje činnosti pomáhající při předávání služeb, zjišťování výkonů u pacienta a jeho zdravotního stavu, podané medikace, apod. a také ochranou sester před možnou trestní odpovědností v případě žaloby např. při podezření na podání nesprávné medikace a z toho pramenící žaloba za ublížení na zdraví, a je správné, že ji sestry vnímají jako důležitou složku jejich práce (48 % ANO+SPÍŠE ANO). Avšak faktem zůstává, že by tato administrativní práce měla být vypracována tak, aby nebyla časově náročnější než přímá ošetrovatelská péče. V tomto provedeném výzkumu jsme zjistili, že čas trávený přímou ošetrovatelskou péčí je kratší než čas trávený administrativní prací. Jak ukazuje Graf. č. 13, sestry tráví v průměru 50 % své pracovní doby právě administrativní prací a pouze 25 % přímou ošetrovatelskou péčí.

V průměru 25 % jedné směny trávených přímou ošetrovatelskou péčí se shoduje i se sestrami odhadovanými jednotkami času u ot. č. 6 (Kolik času

trávíte jinými pracovními činnostmi, než je přímá ošetrovatelská péče – uveďte v hodinách a/nebo minutách, jak to sama vnímáte), kde sestry nejčastěji uváděly časové rozmezí od jedné do tří hodin či-li 8 % - 25 %. Přímá (osobní, kontaktní, přítomná) ošetrovatelská péče o pacienta by měla být hlavní náplní ošetrovatelské profese, 1 – 3 hodiny denně jsou, domnívám se, pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nedostatečné (s ohledem na typ pracoviště a skladbu pacientů). Neměla by právě sestra být tím, kdo je v kontaktu s pacienty největší část své pracovní doby? Samy sestry v našem výzkumu jednoznačně uvedly (84 % ANO, 16 % SPÍŠE ANO), že jsou rády v kontaktu s pacienty, o které se starají, avšak 74% z nich dále uvedlo, že čas, který mohou trávit v kontaktu s pacienty – přímou ošetrovatelskou péčí, nepovažují za dostatečný.

Další zajímavý výsledek ukázal to, jak už v této práci bylo jednou uvedeno, že i tato nízká hodinová dotace na přímou ošetrovatelskou péči neovlivňuje spokojenost sester v zaměstnání. Zde se domníváme, že na spokojenost sester v zaměstnání působí více jiné faktory – přístup k profesi, kolektiv, vedení, odborné činnosti, apod..

Faktory, o kterých se naopak jen nedomníváme, ale jsou výzkumem potvrzené, jsou faktory ovlivňující čas na přímou ošetrovatelskou péči. Neočekávaným výsledkem bylo, že sestry znovu uvedly administrativní práci u otázky č. 11 (Je nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči důsledkem jiných faktorů? Uveďte kterých.) i přesto, že této otázce předcházely dvě otázky zaměřené právě na nedostatek času z důvodu administrativní práce. Tato odpověď se u otázky č. 11 objevila znovu ve třinácti dotaznících (39 %) z 33 dotazníků s vyplněnou odpovědí u otázky č. 11. I tyto výsledky stále poukazují na administrativní práci jako hlavní faktor nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči. Jako velmi výrazný faktor ovlivňující čas na přímou ošetrovatelskou péči se ukázal i nedostatek sester (59 % ANO, 24 % SPÍŠE ANO), který byl později také znovu uvedený u otázky č. 11 a to ve 27 % v 33 z 33 dotazníků s vyplněnou odpovědí u ot. č. 11. Dále sestry upozornily na nedostatek pomocného personálu a to v 30 % z 33 dotazníků s vyplněnou odpovědí u ot. č. 11. Nedostatkem času se v roce 2010 ve své bakalářské práci Pavlasová, která zjišťovala nedostatek času ve vybraných malých a velkých

nemocnicích. V této práci 42% (99) dotázaných respondentů z malých nemocnic a 55 % (90) dotázaných respondentů z velkých nemocnic (součástí i FNKV) potvrdilo nedostatek sester (Pavlasová, 2010). Jsme si jistí, že dnes by výsledky tohoto výzkumu ukazovali vyšší čísla s přihlédnutím k situaci nedostatku sester z října 2015, kdy v českém zdravotnictví chybělo více než 600 sester. (ZDRAVOTNÍCH, 2015)

Zajímavým a nepředvídaným faktorem se stali mladí, nezkušení a nezaučení lékaři. Sestry zřejmě ztrácí čas při práci s lékaři, kteří jsou na odděleních krátce a vykonávají svou práci pomaleji nebo méně kvalitně (je nutné časté vysvětlování činností, mladí lékaři ještě zapomínají na všechny své povinnosti a je nutné je často přivolávat zpět na oddělení). Dle mého názoru jsou sestry v tomto případě příliš kritické, proces adaptace na nové prostředí je přirozený jak pro sestry, tak pro lékaře a příliv nových lékařů do praxe je žádoucí.

Dále se nám podařilo zjistit, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči ovlivňuje v 69 % (33 % ANO, 36 % SPÍŠE ANO) vztah sester k pacientům. Předpokládali jsme, že mohou z nedostatku času vzniknout i rizika pro pacienty, některé jsme zpracovali i v posledním úseku teoretické části, a tento výzkum potvrdil, že i sestry z FNKV tato rizika vnímají. Více se sestry projevíly odpověďmi ANO (51 %) a SPÍŠE ANO (33 %) u možného zhoršení psychického prožívání pacientovy hospitalizace z nedostatku času a kontaktu s pacienty a o něco méně u možného zhoršení fyzického stavu (42 % ANO, 39 % SPÍŠE ANO). V této oblasti rizik způsobených nedostatkem času sester na přímou ošetrovatelskou péči by bylo jistě žádoucí zjistit, jak nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči vnímají samotní pacienti. Předlohou k tomuto zkoumání by pak mohl být výzkum zabývající se spokojeností pacientů s poskytovanou péčí na vybraných standardních odděleních Svitavské nemocnice, který zpracovala Vykydalová v roce 2010 s tím, že v nově vzniklém výzkumu byl kladen důraz na souvislost s přímou ošetrovatelskou péčí. Vykydalová se ve své práci zaměřila na spokojenost s poučením před výkonem a prováděním výkonů sestrami, úroveň důvěry pacientů, respektování studu a zajištění soukromí, spokojenost

s chováním, sester, ochotu komunikovat a psychickou podporu pacientů sestrami (Vykydalová, 2010).

Nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči byl na námi vybraných klinikách FNKV potvrzen a jako hlavní faktory způsobující tento úbytek času na přímou ošetrovatelskou péči se ukázaly – nárůst administrativní práce a nedostatek sester i pomocného personálu. Avšak i přes tyto faktory jsou sestry ve svém zaměstnání spokojené. Návrhem pro další zkoumání by v tomto případě mohlo být to, které faktory jsou těmi, jež mají na sestry největší vliv a přispívají tak ke spokojenosti sester v zaměstnání.

Závěr

Primárním tématem této bakalářské práce je čas související s přímou ošetrovatelskou péčí. Úvodní část představuje ošetrovatelskou profesi a její podmínky. Na ní pak navazuje rozlišení výkonů přímé a nepřímé ošetrovatelské péče. Specifikace a ujasnění přímé ošetrovatelské práce je totiž pro předkládanou práci stěžejní. V profesi sestry je čas tou nejcennější komoditou, neboť dostatek času vytváří lepší podmínky pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péči. Snažili jsme se celou teoretickou část s tématem času propojit.

V druhém úseku teoretické části se zabýváme faktory, o nichž si myslíme, že z velké části ovlivňují čas na poskytování přímé ošetrovatelské péče v praxi. Tyto faktory popisujeme jak ze strany sestry nebo pacienta, tak ze strany pracoviště a jeho podmínek. Jsme si vědomi, že faktorů působících na sestry při jejich pracovní činnosti a poskytování přímé ošetrovatelské péče, je mnohem více, než jsme v této práci popsali. Nicméně snažili jsme se zachytit alespoň ty hlavní, všeobecné. Tyto faktory mohou v praxi způsobit nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči a zvýšit tak rizika, která se projevují v nedostatku přímého kontaktu sester s pacienty a ve snížení kvality ošetrovatelské péče. Některá významná rizika jsme popsali v posledním úseku teoretické části.

Druhá část je zaměřena na výzkum množství času tráveného sestrami během jedné směny, na faktory ovlivňující tento čas a na interpretaci získaných dat. Popsali jsme průběh terénní fáze výzkumu tj. distribuci a sběr dat, zpracování dat a představili výsledky šetření. Výzkum byl prováděn na klinikách Fakultní nemocnice Královské vinohrady, kde se nám podařilo získat padesát kvalitně vyplněných výzkumných dotazníků. Tříděním, sčítáním a následným statistickým vyhodnocením dat jsme získali některé zajímavé výsledky.

Přímá ošetrovatelská péče je hlavní náplní práce sestry a dle našich výsledků tráví sestry touto péčí v průměru pouhou čtvrtinu jedné své směny. Nemají tak dostatek času na své pacienty, i když by jej rády měly. Toto množství času sestrám přijde nedostatečné a uvědomují si možná rizika vznikající u pacientů v důsledku nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči (zhoršení psychického prožívání hospitalizace, zhoršení zdravotního stavu). Jelikož jsme zkoumali i faktory, které na tuto přímou péči působí, cíleně jsme na tyto faktory

směřovali i vybrané otázky v dotazníku. Jako hlavním výsledným faktorem se ukázal nárůst administrativní práce, kterou sestry považují za nejvýznamnější příčinu nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči. Neméně významným faktorem se stal i nedostatek sester a pomocného personálu.

I přes malé množství času (1-3 hodiny), které mají sestry na přímou ošetrovatelskou péči, jsou dle výzkumných poznatků ve svém zaměstnání spokojené.

Souhrn

Tato bakalářská práce s názvem Čas strávený sestrou v přímé ošetrovatelské péči a faktory, které jej ovlivňují je rozdělena na část teoretickou a část empirickou.

Úvod teoretické části je zaměřen na ošetrovatelskou profesi a její podmínky. Dále navazuje úsek vymezující přímou ošetrovatelskou péči, která je pro tuto práci stěžejním tématem. V následujících úsecích jsou pak popsány faktory působící na čas trávený přímou ošetrovatelskou péčí a to ze strany sestry, pacienta a pracoviště. V závěru teoretické části jsou představena rizika, která mohou vzniknout z nedostatku času sester na přímou ošetrovatelskou péči.

V prvním úseku empirické části je popsán průběh tvorby, distribuce a sběru dotazníků, které se ukázaly jako nejvhodnější nástroj pro získání požadovaných výzkumných dat. Ve druhém úseku empirické části jsou získaná data popsána a interpretována.

Výsledky výzkumu poukazují na nedostatek času sester na přímou ošetrovatelskou péči u pacientů. Významným faktorem ovlivňujícím čas na přímou ošetrovatelskou péči se ukázal nárůst administrativní práce a také nedostatek personálu na pracovištích.

Summary

This bachelor thesis called Nurse`s time spent in direct patient care and influencing factors is dividend into the theoretical and the empirical part.

The introduction of the theoretical part focuses on nursing profession and its conditions. The very next section defines the direct nursing care which is the key topic of this thesis. Following sections describe factors affecting the time spent by the direct nursing care from the perspective of a nurse, patient and a workplace. The theoretical part concludes with the descriptions of the risks that may result from the lack of time.

The empirical part firstly describes the process of creating, distributing and collecting questionnaires; the questionnaires turned out to be the best way how to obtain the neceséry information in order to conduct the research. The subsequent section describes as well as interpret the data.

The results clearly show the lack of time needed for the direct nursing care which is mostly caused by an increase in administrative tasks and lack of staff.

Seznam literatury:

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.

BLAŽKOVÁ, Tereza. *Pražské nemocnice se bojí o svá oddělení. Chybí zdravotní sestry* [online]. Praha: MARFA, 2015 [cit.3.4.2016]. Dostupné z: <http://idnes.cz/>

ČASTULÍKOVÁ, Marie. *Profesionální zátěž sester*. Zlín, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta Humanitních studií. Vedoucí práce Jitka LAHOLOVÁ.

FRIČOVÁ, Silvia. Úloha manažera v motivaci ošetrovatelského týmu. *Sestra*. 2012, **22**(4), 30-32. ISSN 1210-0404.

GULÁŠOVÁ, Ivica. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. 2004, **14**(6), 8-9. ISSN 1210-0404

HLINOVSKÁ, Jana. *Volba povolání zdravotní sestry*. Praha, 2006. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Jaroslav KOŤA.

HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN 80-85866-55-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. *Sestra*. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOHOUTEK, Rudolf. *Charakter jako složka osobnosti* [online]. Rudolfkohoutek.blog, 2008[cit.26.1.2016]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-a-charakter>

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologické teorie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-926-X.

MZČR. *Kategorie pacienta v ústavní péči* [online]. MZ ČR, 2009 [cit.1.5.2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-vyhlc-sb-kterou-se-vydava-seznam-zdravotnich-vykonu_2411_999_3.html

MZČR. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. MZ ČR, 2013 [cit.13.2.2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html

MZČR. Věstník [online]. *Věstník*, částka 6, 2009 [cit.3.2.2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2349_1036_3.html

MZČR. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. Praha: MZ ČR, 2011 [cit.12.3.2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasse-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html

PAVLASOVÁ, Zdeňka. *Příčiny nedostatku času zdravotních sester ve vybraných zdravotnických zařízeních*. Hradec Králové, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jaroslava PEČENKOVÁ.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1211-3.

PETERKOVÁ, Michaela. *Syndrom vyhoření* [online]. Psychoweb, 2015 [cit.17.3.2016]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>

PLACHÁ, Hana. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. Věstník MZ ČR, 2009, částka 6 [cit.13.2.2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-%20k-realizaci-%20a-ukonceni-%20adapcniho-procesu-%20pro-nelekarske-%20zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html

PREZIDIUM ČAS. *Dotazníkové šetření České asociace sester: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR výsledky* [online]. Česká asociace sester, 2013 [cit.3.1.2016]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

STAŇKOVÁ, Marta. *Koncepce českého ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry; 11. ISBN 80-7013-263-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry; 11. ISBN 80-701-3368-6.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.

STEFANO, Judith M. Stress and patientsafety. *JournalofNursing, SocialStudies and Public Health*. 2010, 1(3-4), 121-125. ISSN 1804-7181.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-737-2105-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011. ISBN 978-80-7394-326-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2763-9.

VYKYDALOVÁ, Veronika. *Práce sestry očima pacienta*. Hradec Králové, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jiří MAREŠ a Eva HAVLÍKOVÁ.

WIRTHOVÁ, Vlasta, Renata VYTEJČKOVÁ, Jana HOLUBOVÁ a Petra SEDLÁŘOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Keynursingskills*. London: Whurr, 2002. ISBN 1861563221.

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách [online]. Zákonyprolidi, 2011 [cit.6.5.2016]. Dostupné z: Zákon č. 372/2011 Sb. - zkcoo.cz/files/372_2011_Sb_v20140422.pdf

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník [online]. [cit.1.5.2016]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast1>

Zdravotních sester začíná být kritický nedostatek, systém vzdělávání se asi zjednoduší [online]. ČT24, 2015 [cit.7.5.2016]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1597955-zdravotnich-sester-zacina-byt-kriticky-nedostatek-system-vzdelavani-se-asi-zjednodusi>

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Ema MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5094-1.

ZUZÁKOVÁ, Eva. Pracovní motivace a fenomén nadšení v profesi sestry. In: *Konference pro sestry*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2007, 28-30.

Seznam grafů

Graf č. 1: Na jakém oddělení pracujete?	41
Graf č. 2: Jak dlouho na oddělení pracujete?	42
Graf č. 3: Na jaký úvazek pracujete?	42
Graf č. 4: Jaký je váš věk?.....	43
Graf č. 5: Odhadovaný čas na přímou ošetrovatelskou péči* během jedné směny	50
Graf č. 6: Administrativní práce*	52
Graf č. 7: Příprava pomůcek.....	53
Graf č. 8: Asistence lékařů	53
Graf č. 9: Úklid pomůcek	54
Graf č. 10: Příprava medikace	54
Graf č. 11: Otázka č. 8 (Dochází podle Vás k nárůstu administrativní práce na Vašem oddělení?) v poměru k otázce č. 9 (Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce?)	59
Graf č. 12: Dopad nedostatku času na vztah k pacientům a na psychický nebo fyzický stav pacienta.....	65
Graf č. 13: Zpracování výsečových kružnic.....	67

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Nedostatek sester v pražských nemocnicích.	26
Tabulka č. 2: Spokojenost s využitím pracovní doby na jednotlivých klinikách FNKV	44
Tabulka č. 3: Vliv využití pracovní doby na spokojenost v zaměstnání.....	46
Tabulka č. 4: Vliv využití pracovní doby na nespokojenost v zaměstnání.....	46
Tabulka č. 5: Vliv času na přímou ošetrovatelskou péči na spokojenost s využitím pracovní doby.	49
Tabulka č. 6: Vliv času na přímou ošetrovatelskou péči na spokojenost se zaměstnáním a využitím pracovní doby.	51
Tabulka č. 7: Vliv nedostatku času na přímý kontakt a vztah s pacienty	56
Tabulka č. 8: Nedostatek času jako důsledek nárůstu administrativní práce	60
Tabulka č. 9: Důležitost administrativní práce v závislosti k věku respondentů ..	61
Tabulka č. 10: Důležitost administrativní práce v závislosti na délce praxe	61
Tabulka č. 11: Jiné faktory ovlivňující čas na přímou ošetrovatelskou péči*	63

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník

Dotazník

Kolik času stráví sestra přímou ošetrovatelskou péčí?

Touto cestou bych Vás ráda požádala o spolupráci na mém malém bakalářském výzkumu. Učiníte tak zaškrtnutím pravdivých odpovědí na položené otázky. Účelem je získat data použitelná pro zodpovězení výzkumných otázek, které si kladu ve své bakalářské práci. Tento dotazník je anonymní, prosím, nepodepisujte jej. Pro zachování důvěrnosti vložte, prosím, dotazník do přiložené obálky. Obálku si od Vás osobně převezmu na konci směny.

Velice Vám děkuji za ochotu a pomoc.

Šárka Buršíková, studentka 3.If UK

Oddělení:	interní I	interní II	ortopedie III
ortopedie IV			
Jak dlouho zde pracujete?	do 5 let	5 – 10 let	10 let a více
Na jaký úvazek pracujete?	0,25	0,5	0,45
jiné			dohoda o činnosti
Váš věk:	do 30 let	30-50 let	50 let a více

1. Jste ve svém zaměstnání spokojená?	ANO	SPÍŠE ANO	NE
2. Jste spokojená s využitím své pracovní doby?	ANO	SPÍŠE ANO	NE
3. Jste spokojená s množstvím	ANO	SPÍŠE ANO	NE

času, který můžete využít pro přímou ošetrovatelskou péči*?			
4. Jste ráda v přímém kontaktu s pacienty, o které se staráte?	ANO	SPIŠE ANO	NE
5. Odhadněte, prosím, kolik asi času během jedné směny trávíte přímou ošetrovatelskou péčí (v hodinách a minutách)		
6. Kolik času trávíte jinými pracovními činnostmi, než je přímá ošetrovatelská péče – uveďte v hodinách a/nebo minutách, jak to sama vnímáte:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrativní práce ▪ Příprava medikace ▪ Příprava pomůcek k výkonům ▪ Asistence lékaři ▪ Úklid pomůcek 			
7. Máte pocit, že Vám zbývá méně času na přímý kontakt s pacienty, než byste si přála?	ANO	SPIŠE ANO	NE
8. Dochází podle Vás k nárůstu administrativní práce** na Vašem oddělení?	ANO	SPIŠE ANO	NE
9. Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči je důsledkem nárůstu administrativní práce?	ANO	SPIŠE ANO	NE
10. Je nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči důsledkem nedostatku zdravotních sester na oddělení?	ANO	SPIŠE ANO	NE

<p>11. Je nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči důsledkem jiných faktorů? Uved'te kterých:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
12. Je podle Vašeho názoru administrativní práce stejně důležitá jako ošetrovatelská péče?	ANO	SPIŠE ANO	NE
13. Myslíte si, že nedostatek času na přímou ošetrovatelskou péči ovlivňuje Váš vztah k pacientům?	ANO	SPIŠE ANO	NE
14. Myslíte si, že méně času na přímou ošetrovatelskou péči má vliv na psychické prožívání pacienta během hospitalizace? (Jeho strach, úzkost, hostilitu, depresi, agresi, negaci apod.)	ANO	SPIŠE ANO	NE
15. Myslíte si, že méně času na přímou ošetrovatelskou péči může mít dopad na fyzický stav pacienta? (zanedbání péče, nižší kvalita péče, vznik imobilizačního syndromu apod.)	ANO	SPIŠE ANO	NE

* *Přímá ošetrovatelská péče – osobní, přítomná, kontaktní péče o pacienta*

***Administrativní práce – veškerá práce s pacientovou dokumentací (příjmové, překladové, propouštěcí zprávy, denní záznamy, edukační listy, ošetrovatelské*

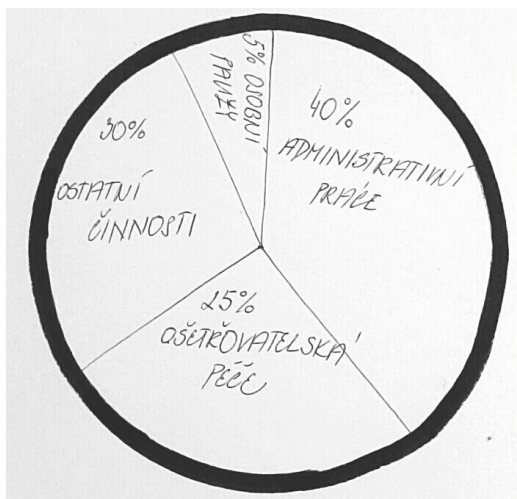
plány, apod.), dále také oborové a mezioborové telefonické konzultace, zjišťování informací, objednávání apod., telefonáty na jiná nezdravotnická pracoviště, atd.

Dále bych Vás ráda požádala o jednoduché rozdělení níže zobrazené kružnice, která představuje jednu Vaši průměrnou směnu (= 100%) do výsečí tak, aby jednotlivé výseče znázorňovaly množství času, které věnujete zde uvedeným činnostem. Velikosti výsečí by měly odpovídat množství času, které trávíte během jedné směny:

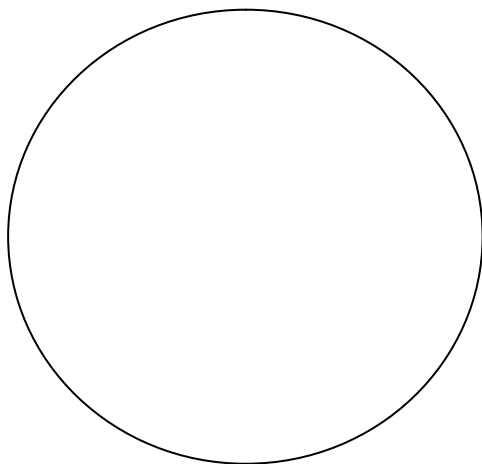
- Administrativní prací
- Přímou ošetrovatelskou péčí
- Pausami pro osobní potřeby
- Ostatními činnostmi (přípravou medikace, úklidem pomůcek, asistencí lékařům apod.)

Do výseče doplňte, prosím, i odhad v procentech.

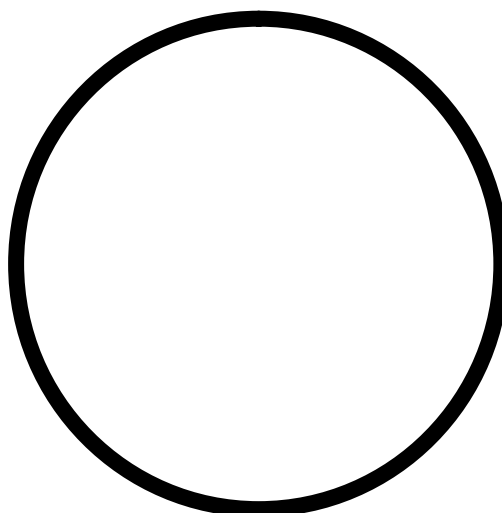
Příklad:



Zkušební kružnice:



Finální kružnice:



Časový snímek sester na interních odděleních

Nemocnice:

Oddělení:

Datum:

Směna od-do:

Sestra:

Počet sester ve směně:

Počet lékařů ve směně:

Počet pacientů na oddělení:

Počet pacientů v péči vybrané sestry:

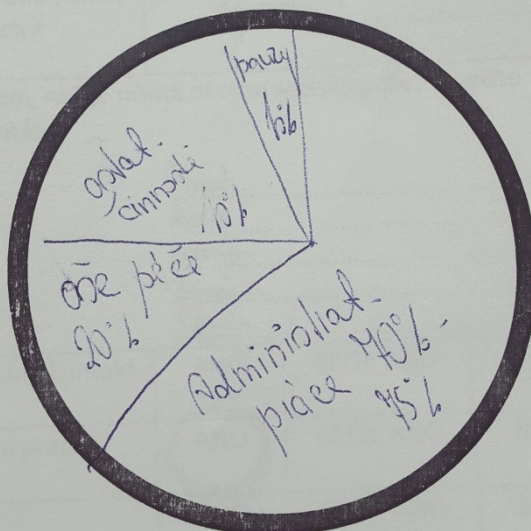
Činnost sestry během služby	Čas strávený činností v min.	Součet celkem v min.
Ranní/večerní předávání služby		
Komunikace v sesterském týmu – neformální, na volná témata, ...		
Komunikace v sesterském týmu ohledně pacientů		
Komunikace s vedoucími týmu		
Komunikace s lékaři		
Komunikace s ostatními nelékařskými členy týmu – fyzioterapeuty, sociálními terapeuty, ergoterapeuty, kuchyňským personálem, úklidovým personálem, ...		
Komunikace s rodinami pacientů		
Vedení nižšího zdravotnického týmu		

Cílená komunikace s pacienty – edukace, psychická podpora, reminiscence, spirituální pomoc, ...		
Komunikace s pacienty		
Řešení akutní situace – reakce na volání pacienta, ...		
Sesterská vizita		
Lékařská vizita		
Příprava pomůcek k výkonům -		
Příprava pomůcek k lékařským výkonům		
Asistence lékařům při výkonech u pacientů		
Provádění výkonů u pacienta		
Provádění výkonů u pacienta		
Úklid pomůcek		
Příprava medikace		
Podávání medikace		
Polohování pacienta		
Pomoc pacientovi v sebeobslužných činnostech		
Hygiena pacienta – mytí, česání, stříhání nehtů, ...		
Ošetrovatelská rehabilitace s pacientem – uvolnění spasmů, masírování a procvičování končetin, nácvik sedu, chůze, ...		
Úklid pokoje pacientů – stlaní, větrání pokoje, úklid exkrementů, ...		
Drobný úklid sesterny, denní místnosti, oddělení		
Práce s dokumentací – překladové zprávy, denní záznamy, žádanky,		

...		
Administrativní práce – telefonáty, zakládání listů, ...		
Komunikace s jinými pracovišti – telefonáty, schůzky, ...		
Přeprava pacientů na vyšetření		
Sledování pacientova stavu – vážení, měření teploty a tlaku, dotazování na bolest, sledování stavu kůže a sliznic, ...		
Příprava pacientů na vyšetření		
Obědové, svačkové pauzy		
Osobní oddychové pauzy sestry		

Příloha č. 3

Finální kružnice:



Zkušební kružnice:

