

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Role sestry – kolik času věnuje sestra roli
ošetrovatelské**

bakalářská práce

Autor práce: Erika Valová

Vedoucí práce: PhDr. Iva Dubnová

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Erika Valová**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Role sestry- kolik času věnuje sestra roli ošetrovateľské?**
Cíl práce: Zjistit, jaké role převažují v současné pracovní náplni sestry. Zjistit, kolik času tráví sestra rolí ošetrovateľskou.

PhDr. Iva Dubnová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá povoláním sestry, její rolí ošetrovatelskou a tím, kolik času tráví přímou péčí u pacientova lůžka. V návaznosti na historický kontext podchycuje postupné rozšíření kompetencí sestry a dynamický vývoj sesterského povolání především od začátku 20. století. Od laické a charitativní ošetrovatelské péče vykonávané výhradně u lůžka pacienta přibývají sestře další role, které musí realizovat během pracovní doby. Výzkumná část bakalářské práce analyzuje, jak se daří sestřám plnit náročné úkoly v jednotlivých rolích a zkoumá případné dopady na přímou ošetrovatelskou péči u pacientova lůžka.

Klíčová slova

historie ošetrovatelství, historie povolání sestry, ošetrovatelská role, přímá ošetrovatelská péče, role sestry

Abstract

This bachelor thesis is about nurse's work, her nursing role and how much time she spends with patient's direct care. Following the historical context it shows how nurse's competences expand with the time and how dynamic this development is especially since the start of the 20th century. From basic nursing work nurse's responsibilities, which she have to perform in her working hours, increase. The research part of this work analyses, how nurses deal with the difficult tasks in their individual roles and examine potential impacts on the direct nursing care.

Key words

direct nursing care, history of the nursing, history of nurse's profession, nurse's role, nursing role,

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 14. dubna 2019

.....
Podpis studentky

Poděkování

Dovoluji si na tomto místě poděkovat vedoucí práce PhDr. Ivě Dubnové za kvalitní odborné vedení při tvorbě této bakalářské práce, věnovaný čas, cenné připomínky a vstřícný přístup.

Poděkování patří i všem respondentům, kteří věnovali svůj volný čas vyplňování a umožnili mi realizovat výzkumnou část práce.

Poděkování patří i mé rodině za podporu a pomoc během studia.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam použitých zkratek	10
Úvod.....	11
Motivace	13
Cíl práce	14
1 Současný stav problematiky	15
1.1 Historický pohled na ošetrovatelství	15
1.1.1 Historie ošetrovatelství raného středověku	15
1.1.2 Ošetrovatelství v době rozvoje křesťanství.....	16
1.1.3 Rozvoj vzdělání a nový přístup k ošetrovatelství v českých zemích.....	16
1.1.4 Ošetrovatelství v době temna v českých zemích	17
1.1.5 Ošetrovatelství v době osvícenské v českých zemích	17
1.1.6 Ošetrovatelství na přelomu 19. a 20. století.....	18
1.1.7 Základy profesionálního ošetrovatelství	18
1.1.8 Vývoj a osobnosti ošetrovatelství během válek.....	19
1.1.9 Vývoj ošetrovatelství v českých zemích v průběhu 20. století.....	20
1.2 Sestra a současné ošetrovatelství	22
1.2.1 Povolání - sestra.....	23
1.2.2 Koncepce ošetrovatelství a cíle dle MZ ČR	24
1.3 Ošetrovatelství v současnosti	25
1.4 Role sestry	25
1.4.1 Sestra ošetrovatelka	26
1.4.2 Sestra manažerka	26
1.4.3 Sestra edukátorka	27
1.4.4 Sestra advokátka	28
1.4.5 Sestra nositelka změn a výzkumnice	30

1.4.6	Sestra mentorka.....	30
1.5	Vnější a vnitřní vlivy působící na ošetrovatelskou péči.....	31
1.5.1	Vnitřní vlivy.....	32
1.5.2	Vnější vlivy.....	34
1.6	Rizika pro pacienta z nedostatku času sestry	35
2	Výzkumná část (praktická část)	37
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	37
2.2	Metodologie	37
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí	37
2.4	Výsledky	38
3	Diskuze	53
3.1	Zhodnocení 1. výzkumné otázky	53
3.2	Zhodnocení 2. výzkumné otázky	57
3.3	Zhodnocení 3. výzkumné otázky	59
3.4	Zhodnocení 4. výzkumné otázky	61
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	63
	Závěr	64
	Seznam použité literatury	66
	Přílohy.....	72

Seznam grafů

Graf 1: Jak dlouhá je Vaše praxe sestry?	38
Graf 2: Na jakém oddělení pracujete?	39
Graf 3: Jak dlouhá je Vaše běžná pracovní doba?	39
Graf 4: „Během své pracovní doby věnuji přímé ošetrovatelské činnosti pacientů v průměru X hodin.“	40
Graf 5: Kolik pacientů je v průměru umístěno na oddělení, v němž trávíte většinu své pracovní doby?	41
Graf 6: Kolik sester (kromě Vás) je ve stejnou dobu přítomno na oddělení, v němž trávíte největší část své pracovní doby?	41
Graf 7: Které ze jmenovaných činností věnujete v rámci jedné pracovní směny největší podíl svého času?	42
Graf 8: Kolik času během jedné pracovní směny v průměru strávíte v osobním kontaktu s jedním pacientem?	43
Graf 9: Stalo se Vám někdy, že jste věnoval/a kratší než ideální čas pacientovi při jeho ošetřování z důvodu nutnosti plnění jiných neodkladných (neošetrovatelských) pracovních úkolů?	44
Graf 10: Jak často k situacím popsaným v otázce číslo 10 výše u Vás v průměru dochází?	44
Graf 11: Máte osobně pocit, že na potřebné ošetrovatelské úkony u pacientů máte dostatek času?	45
Graf 12: Myslíte si, že je na Vašem oddělení dobře organizováno rozdělení rolí personálu a z nich vyplývajících pracovních úkonů?	46
Graf 13: Které z následujících faktorů dle Vaší osobní zkušenosti nejvíce znesnadňují (zpomalují, ztěžují, znemožňují) péči o pacienty z Vaší strany?	47
Graf 14: Zažil/a jste někdy situaci, kdy byly zdraví či prospívání pacienta ohroženy kvůli neadekvátní ošetrovatelské péči (z důvodu nedostatku zdrojů, času, neefektivity komunikace apod.)?	48
Graf 15: Jak často podle Vaší zkušenosti k situacím popsaným v otázce č. 15 na Vašem oddělení dochází?	48
Graf 16: Zažil/a jste někdy situaci, kdy byl z důvodu neadekvátní ošetrovatelské péče (opět kvůli nedostatku zdrojů, času, neefektivity komunikace apod.) ohrožen přímo pacientův život?	49

Graf 17: Jak často podle Vaší zkušenosti k situacím popsaným v otázce č. 17 na Vašem oddělení dochází?	50
Graf 18: Máte zkušenosti s tím, že by si na Vašem oddělení pacienti stěžovali na nedostatečnou či neadekvátní ošetrovatelskou péči?	51
Graf 19: Máte zkušenosti s tím, že by si na Vašem oddělení stěžovali příbuzní pacientů na nedostatečnou či neadekvátní ošetrovatelskou péči poskytovanou jejich blízkým?..	51
Graf 20: Domníváte se, že se v současnosti sestry v reálné praxi věnují zejména, tedy převážně, ošetřování pacientů?	52

Seznam použitých zkratek

ČAS	Česká asociace sester
EK	Evropská komise
EU	Evropská unie
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
ODN	oddělení dlouhodobě nemocných
ORL	Otorhinolaryngologie, chirurgický lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou chorob ušních, nosních a krčních
OSN	Organizace spojených národů
SLF	spojený lůžkový fond gynekologie – urologie – ušní nosní krční
WHO	Světová zdravotnická organizace
WOMBAT	Work Observation Method by Activity Timing – metoda pozorování práce načasováním aktivity

Úvod

Tématem bakalářské práce jsem si zvolila roli sestry v současném zdravotnictví. Managementy zdravotnických zařízení kopírují a zavádějí do praxe v ošetrovatelství moderní trendy. Vedou a směřují sestry k tomu, aby plnily všechny své role. Se zaváděním managementů jakosti a rozšiřováním zdravotnické dokumentace vedené sestrami narůstá administrativní zátěž. Ta pochopitelně zabírá sestrám čas, během kterého by měly realizovat i ostatní důležité role. Zužuje se tedy například čas na edukační činnost s pacienty a jejich příbuznými nebo na mentorskou roli při vedení studentů zdravotnických oborů. Vedle svých hlavních rolí musí sestra suplovat i nedostatek podpůrného personálu a vykonávat i práci sanitářky.

V bakalářské práci jsem se zaměřila především na roli ošetrovatelskou, zvláště pak přímou péči u pacientova lůžka. Tato role je podle mého názoru primární, a tudíž by měla zabírat největší část pracovní doby sestry. Dostatek času na jednotlivé pacienty je pro ně jasným signálem, že dostávají kvalitní, bezpečnou a profesionální péči. Sestra v přímém kontaktu a komunikaci s pacientem získává důležité informace. Sestavuje z takto získaných údajů plánu péče, předává důležité informace ošetroujícímu lékaři. Tato část práce je pro sestru velmi fyzicky a psychicky náročná. Je současně ovlivňována mnoha vnějšími i vnitřními faktory. V případě nedostatku času na přímou péči o pacienty spatřuji rizika, která mohou negativně ovlivnit ošetrovatelský proces, působit negativně na psychiku pacienta a vést i ke vzniku nežádoucích událostí. Výše uvedená negativa mohou následně vyvolávat konflikty mezi sestrami a pacienty nebo jejich příbuznými.

V této bakalářské práci jsem vycházela z publikací mapujících ošetrovatelskou roli sestry od hluboké historie po její moderní pojetí. Zaměřila jsem se na vývoj ošetrovatelství a rolí sestry v českých zemích. Vycházela jsem z ošetrovatelských teorií vznikajících převážně v zahraničí a modelujících další vývoj ošetrovatelství. V teoretické části zmiňuji působení významných osobností, které svým působením přispěly významnou měrou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, definovaly role sestry, stanovily nové trendy a směřování celého oboru ošetrovatelství. Při popisu současného stavu ošetrovatelství, a tím spojených rolí sestry, vycházím z odborných periodik, Věstníků MZ ČR, moderních poznatků z oboru psychologie a sociologie, vztažených k rolím sestry. Ve výzkumné části jsem se zaměřila na rozdělení pracovní doby sester, na nejvíce a nejméně časově zatěžující činnosti.

Zjišťovala jsem, jaké faktory jsou nejméně a nejvíce zatěžující při plnění ošetrovatelské role sester, jaké komplikace může způsobovat nedostatek času na pacienta.

Motivace

Ve zdravotnictví pracuji více jak 20 let. Během této doby jsem zaznamenala dynamický vývoj, během něhož jsou na sestry kladeny stále vyšší nároky. Přibývá rolí, které musí sestra realizovat během své pracovní doby. Narostl objem ošetrovatelské dokumentace a přibývá další, která souvisí se zaváděním systémů managementu kvality. Zvyšují se nároky na další vzdělávání a narůstá psychická náročnost sesterské profese. Zajímám se o to, zda mají přes výše uvedené poznatky sestry dostatek času na přímou ošetrovatelskou péči.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké role převažují v současné pracovní náplni sestry, jak se sestry vyrovnávají se zvyšujícími se nároky na administrativu, jak se jim daří dělit pracovní dobu mezi jednotlivé role. Zjišťuji, kolik času tráví sestra rolí ošetrovatelskou, především pak časem stráveným přímou ošetrovatelskou péčí u lůžka pacienta. Sesterská profese prošla dlouhým vývojem, který by v posledních třiceti letech velmi dynamický. Aby bylo možné pochopit rozsah a hloubku současných sesterských kompetencí, je nutné začít náhledem do historie ošetrovatelství.

1 Současný stav problematiky

Česká zdravotnická zařízení trápí v současnosti nedostatek sester. Šnajdrová (2017) spatřuje hlavní problém ve stále se měnícím systému vzdělávání zdravotnických pracovníků, který je nejasný. Přináší komplikace s následným zařazením sester s různými úrovněmi vzdělání do praxe. Sestrám chybí po ukončení studia motivace k nástupu do praxe, přičemž finanční ohodnocení není tím nejdůležitějším faktorem. Podle Šnajdrové (2017) je to byrokracie a vykonávání mnoha dalších neoborných činností, které sestru odvádějí od přímé péče.

1.1 Historický pohled na ošetřovatelství

Ošetřovatelství je širokým vědním oborem s kořeny sahající před období raného středověku. Péči o druhé osoby má člověk a většina savců vrozenou a vykonává ji zcela přirozeně. V případě zvířat od určitého stupně vývoje se jedná především o péči v rámci stáda, smečky atd. Pouze člověk dokázal postupem času vytvořit z ošetřovatelství vědní obor, stanovit nové metody a standardizovat postupy. Abychom pochopili rozsah dnešního moderního ošetřovatelství, je nutné si shrnout jeho historický vývoj. (Kutnohorská, 2010).

1.1.1 Historie ošetřovatelství raného středověku

Počátky ošetřovatelství sahají do doby raného středověku. Ošetřovatelská péče probíhala na laické úrovni a vycházela především z pozorování okolní přírody. Lidé zjišťovali účinky jednotlivých bylin, pozorovali, jaký má na člověka vliv voda a slunce. Účinky léčivých bylin pak dále znásobovali různými modlitbami a zaříkávadly. Nabyté vědomosti se předávaly pouze ústně, povětšinou v rámci rodu. Ženy zcela přirozeně převzaly funkci ošetřovatelky. Primární snahou této laické ošetřovatelské péče bylo zbavit trpícího člověka bolesti, vyléčit ho do té míry, aby mohl co nejdříve plnit svoji roli v rámci svého kmene nebo rodu. Nemocný bojovník, lovec nebo sběrač byl pro rod zatěžujícím faktorem a oslaboval ho. Praktická, účelová stránka ošetřovatelství převažovala nad stránkou humanistickou. Ta se více rozvinula až s nástupem křesťanství a šířením křesťanských hodnot. Ošetřovatelství raného středověku a jeho úroveň mezi jednotlivými kmeny byly totiž determinující pro přežití celého rodu (Kutnohorská, 2010).

1.1.2 Ošetřovatelství v době rozvoje křesťanství

Pomoc bližnímu byla součástí křesťanské kultury a náboženství. Žebříček křesťanských hodnot řadil pomoc nemocnému a péči o něho na jednu z předních příček. Křesťanství tedy podporovalo péči o žebračky, nemocné, postižené lidi a zasloužilo se o významný rozvoj charitativního ošetřovatelství. Postupně byly zakládány mužské i ženské kláštery, které jako centra vzdělanosti posunula kupředu i obor lékařství. Charitativní ošetřovatelská péče o trpící a nemocné se stala v kláštorech přirozenou součástí služby Bohu. Ošetřovatelskou péči u lůžka vykonávaly většinou ženy, ne však výhradně. Žena ošetřovatelka byla vnímána nemocným jako pečující matka, empatická bytost a ošetřující anděl (Kutnohorská, 2010). Stav ženských posluhovaček – diakonek se utvořil už v 1. století našeho letopočtu. Jednalo se většinou o vdovy žijící mravným životem a věnující se plně ošetřovatelství. V Praze byla zaznamenána činnost diakonek v 15. století, zmínka je o tak zvaném návštěvním opatrovnictví. Jednalo se o charitativní činnost. Diakonky navštěvovaly nemocné u nich doma, myly je, uklízely a praly jim. Jejich organizovaná činnost bohužel postupně zanikla. Činnost diakonek byla výrazně ovlivněna Koncilem tridentským v roce 1545, který výrazně omezil návštěvní opatrovnictví. Ženám opatrovnicím nařídil působení a poskytování charitativní péče pouze v kláštorech. Činnost diakonek byla obnovena díky nekatolickým církvím v 19. století (Kutnohorská, 2010, Plevová a kol., 2011a). Mezi církevní řády věnující se ošetřovatelství lze zařadit alžbětinky, klarisky, řád Milosrdných bratří. V českých zemích se o rozvoj ošetřovatelství zasloužila významně Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava II. Založila několik klášterů, ten nejstarší v Praze roku 1233 U svatého Haštala, při kterém vznikl i špitál. Anežka Přemyslovna byla ženskou zakladatelkou jediného výlučně mužského řádu Křižovníků s červenou hvězdou, pro který sepsala pravidla, jimiž se řád řídil (Kutnohorská, 2010).

1.1.3 Rozvoj vzdělání a nový přístup k ošetřovatelství v českých zemích

V roce 1348 byla založena Karlova univerzita, na které byla jedna ze čtyř kateder katedra lékařství. Léčba nemocných a ošetřovatelství se tehdy postupně dostalo i mimo zdi řádových klášterů. Založením univerzity se výrazným způsobem posunulo vědění v oblasti léčby nemocí, účinných látek a léčebných postupů. Byly vyvráceny zažitá a církví podporovaná mylná představa o magickém léčitelství (Plevová a kol., 2011a).

Vedle špitálů církevních byly zakládány špitály šlechtou a později i bohatým měšťanstvem. Na tu dobu nezvykle může působit nařízení Českého zemského místodržitelství o zneužívání špitálů „simulanty a práce se štitíciemi individui“, kteří obsazovali kapacity špitálů a těch se následně nedostávalo pro potřebné a nemocné (Kutnohorská, 2010).

1.1.4 Ošetřovatelství v době temna v českých zemích

Období mezi 14. a 16. stoletím nepatřilo v historii Evropy ani českých zemí k nejšťastnějším. Do uvedeného období spadají morové epidemie. Ty vznikaly jako důsledek na jedné straně otřesných hygienických podmínek a na straně druhé i na základě mýtů o magickém léčitelství, podporovaných církví. V tomto tzv. období temna byla ošetřovatelská práce ve špitálech velice obtížná. Církevní a civilní ošetřovatelé za ni byli ještě velice špatně odměňováni. Do práce ve špitálech byli za trest nasazováni lidé i za různé prohřešky a též například za prostituci (Plevová a kol., 2011a).

Nejvýznamnějším církevním řádem v Čechách, který posunul ošetřovatelskou péči kupředu, byl řád Milosrdných bratří, působící v Praze na Františku od roku 1620. Členové řádu byli na svou dobu velmi progresivní a zavedli mnoho progresivních změn v ošetřovatelství. Tehdejší špitály začínají pečovat o opravdu nemocné, došlo v nich ke zpřísnění a dodržování hygienických pravidel. Ze špitálů vznikají postupně nemocnice, ošetřovatele laiky střídá kvalifikovaný a vzdělaný personál, o jehož vzdělání řád Milosrdných bratří sám pečoval (Plevová a kol., 2011a).

1.1.5 Ošetřovatelství v době osvícenské v českých zemích

Doba temna přešla v dobu osvícenskou, které přinesla obrodu do všech oblastí lidského života. Samozřejmě ovlivnila výrazně i ošetřovatelství a lékařskou péči. Největší zásluhu za to lze přičíst reformám prováděným císařovnou Marií Terezií a Josefem II. Jedním z hlavních iniciátorů změn byl osobní lékař Marie Terezie, Gerhard van Swieten, dohlízející na průběh reformy. Postupně byla budovaná centralizovaná zdravotnická správa, která měla za úkol hlídat dodržování hygienických a protiepidemických předpisů. Stát začal vychovávat a systematicky vzdělávat zdravotnický personál. Byly zakládány státní nemocnice, porodnice, chorobince, nalezince. Nemocnice se začaly lišit od špitálů tím, že se zabývaly opravdu léčebnou péčí a nebyly útlukem pro chudé a pro tuláky. Výše

popsaná přijatá opatření byla samozřejmě velice chvályhodná, nicméně se nelze domnívat, že byla prováděna pouze z charitativních záměrů. Péče o poddané byla důležitá i z jiného hlediska. Feudální panovníci té doby si plně začali uvědomovat, jak důležité je mít zdravé poddané. Čím jsou spokojenější, tím lépe pracují a jsou schopni poskytovat armádě tolik potřebné materiální a lidské zdroje (Kutnohorská, 2010).

1.1.6 Ošetřovatelství na přelomu 19. a 20. století

V revolučním 19. století byly myšlenky na šíření zdravotní osvěty posunuty ještě dále. Vznikaly požadavky na vzdělávání všech obyvatel v oblasti hygieny a zdravotní péče. Ve vídeňském parlamentu přijatý zákon o veřejné zdravotní správě, zavedený v letech 1884–1893 na Moravě, v Čechách a ve Slezsku, přenášel odpovědnost za zdravotní problematiku na orgány samosprávy. V systému zdravotnictví byli postupně zavedeni obvodní a obecní lékaři. Ti přinesli na venkov péči o široké masy prostých lidí, šířili zdravotnickou osvětu a dohlíželi na dodržování hygienických pravidel (Kutnohorská, 2010). Lékaři potřebovali ke své práci čím dál více i vyškolený a vzdělaný ošetřovatelský personál. V roce 1874 byla založena první ošetřovatelská škola v českých zemích. Bohužel byla rozpuštěna hned v roce 1881. Výchovou ošetřovatelek se zabývala fakticky jediná laická škola v tehdejším Rakousku – Uhersku ve Vídni při nemocnici Rudolfa Nerhause. Výchova ošetřovatelek v tehdejších dobách, s ohledem na výše popsané, bohužel nezaznamenala žádný vývoj (Mlýnková, 2009).

1.1.7 Základy profesionálního ošetřovatelství

Za zakladatelku profesionálního ošetřovatelství je považovaná Florence Nightingalová (1820-1910). Její čtyři zásady: čistota, dobré a vlídne zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo, se staly postupně pilíři tehdejšího ošetřovatelství (Farkašová a kol., 2006). Podle Nightingalové mělo být jedinou náplní ošetřovatelky právě jen ošetřovatelství (Kutnohorská, Praha, 2010). Nightingalová už ve svých třiceti třech letech zavedla na svém tehdejším pracovišti spoustu revolučních opatření. Zbudován byl výtah pro jídlo z kuchyně přímo na oddělení, tekoucí teplá voda na každém patře nemocnice, rozdělení pacientů podle chorob do různých pavilonů a zavedení signalizačních zvonků u lůžka pacienta. Ji zavedené změny se projevíly velmi pozitivně

na chodu nemocnice a Nightingalová se postupně se stala odbornicí na organizaci a fungování nemocnic. Její další zásluhy v oblasti ošetrovatelství budou zmíněny v další kapitole.

1.1.8 Vývoj a osobnosti ošetrovatelství během válek

Během každého válečného konfliktu bývá vzdělání odsunuto na druhou kolej. Přesto těžké válečné podmínky přinesly světu i spoustu nových vynálezů, nových postupů a metod. Ačkoliv jsou války hrůzné, plné utrpení a většinou nesmyslné, stvořily a zformovaly několik významných osobností v oblasti ošetrovatelství a lékařství. Tito lidé se dobrovolně vzdali svého pohodlí a vydali se do zázemí bojových linií. Zde v těch nejtěžších podmínkách se pokoušeli zavést své poznatky do praxe a ulevit trpícím raněným od bolestí. Pomáhali potřebným lidem i v utrpení psychickém, často pracovali pod časovým tlakem a přes odpor nadřízených důstojníků. Na tomto místě je nutné zmínit opět Florence Nightingalovou. V období Krymské války si vysloužila od raněných vojáků přezdívku „Dáma s lampou“. V noci totiž s lampou obcházela raněné vojáky a kontrolovala jejich zdravotní stav (Farkašová a kol., 2006). Ve Scutarské nemocnici i přes odpor lékařů začala prosazovat důležitá opatření směřující především ke zlepšení hygienických podmínek. Za půl roku se jí podařilo snížit úmrtnost vojáků o více než 40 %. Význam Florence Nightingalové pro ošetrovatelství dotvrzuje i fakt, že na den jejího narozenin 12. května byl ustanoven Mezinárodní den sester. (Plevová a kol., 2011a, Kutnohorská, 2010).

Války daly vyniknout i dalším významným osobnostem ovlivňujícím svými myšlenkami ošetrovatelství. Důležité je zmínka o spisovateli Henry Dunantovi, jehož myšlenky a práce stály u vzniku humanitárního hnutí Mezinárodního výboru Červeného kříže. V roce 1901 získal Henry Dunant Nobelovu cenu míru. (Kutnohorská, 2010)

Třetí významnou osobností, o které bychom se rádi zmínili, je profesor MUDr. Nikolaj Ivanovič Pirogov. Působil v Krymské válce na opačné straně než zmíněná Florence Nightingalová. V Krymské válce vedl a koordinoval skupinu vyškolených milosrdných sester pečujících o raněné. Lze tedy říct, že tímto svým počinem zavedl během válečných konfliktů novou praxi ve vojenských lazaretech - ženy ošetrovatelky. Jeho činnost podporovala velkokněžna Anna Pavlovna, která poskytla sestrám ošetrovatelkám uniformy, základ dnešních stejnokrojů sester (Plevová a kol., 2011a). Hlavní příčiny

špatného zdravotního stavu vojáků shledával Pirogov v nedostatečném vzdělávání národa. Proto se proslavil jako reformátor ruského školství, položil základy ruské pedagogiky. Díky své bohaté publikační činnosti na poli medicíny se zasloužil o rozvoj chirurgie. Je taktéž považován za zakladatele Ruského červeného kříže (Plevová a kol., 2011a).

1.1.9 Vývoj ošetřovatelství v českých zemích v průběhu 20. století

Počátkem 20. století, v období před první světovou válkou, už fungovaly centralizované zdravotní správy dohlízející na veřejné zdravotnictví. Rakousko – Uherské mocnářství bylo v hluboké krizi a snažilo se naklonit si prosté obyvatelstvo. Ke dni 1.1.1918 bylo založeno Ministerstvo veřejného zdravotnictví a veřejné výchovy. Mezi lety 1921-1922 zde působil i MUDr. Hamza, zakladatel a průkopník sociálního lékařství, který si plně uvědomoval souvislost mezi sociálním prostředím pacienta, hygienickými podmínkami a lékařstvím (Gladkij, Koldová, Olomouc, 2005).

V oboru ošetřovatelství byla situace na přelomu 19. a 20. století bez valného vývoje. Poté, co byla rozpuštěna první škola ošetřovatelek v českých zemích v roce 1881, vznikal nedostatek ošetřujícího personálu. Na pacienty dohlíželi tzv. „hlídači“, kteří spali v pokoji s nemocnými za oddělovací plentou, jejich pracovní doba byla stanovována dle potřeby. Pokud chtěli opustit nemocnici, potřebovali propustky od nadřízených. Tyto ošetřovatelky vykonávaly tedy svoji práci nepřetržitě, staraly se až o osmnáct nemocných na jednom velkém pokoji. Každé dvě hodiny jim měřily tělesnou teplotu, podávaly předepsané léky, vykonávaly hygienickou péči u pacientů a musely dbát na pořádek na přiděleném nemocničním pokoji. Za pochybení byly přísně finančně trestány, anebo ihned propuštěny. O jejich opravdovém nasazení svědčí i fakt, že se nesměly vdát. Byl to takový přežívající pozůstatek z dob, kdy o pacienty pečovaly řádové sestry (Škočová, 2005). S ohledem na výše uvedené omezení nebyl mezi mladými dívkami o tuto namáhavou práci příliš velký zájem, a proto ji vykonávaly převážně řeholní sestry nebo členky České diakonické církve evangelické, tzv. diakonky.

V roce 1916 byla v Praze opětovně otevřena škola pro ošetřovatelky – Česká zemská škola pro ošetřování nemocných. V roce 1920 přešla škola pod správu Československého červeného kříže. Díky této možnosti vzdělání začaly v nemocnicích pracovat kvalifikované civilní sestry. Pracovaly s ohledem na své vzdělání v odbornějších

ambulancích a byla snaha z nich vychovávat vrchní sestry. Postupně vznikají při nemocnicích další ošetrovatelské školy. Jejich absolventky prošly prvním rokem teoretickou přípravou a v druhém roce už praktickým nácvikem. Závěrem musely složit diplomovanou zkoušku a získat titul „diplomovaná ošetrovatelka“ (Kutnohorská, 2010). Rozvoj ošetrovatelského školství zastavila až německá okupace Čech a Moravy. Do té doby zaznamenalo vzdělávání v oboru ošetrovatelství ohromný pokrok.

Po roce 1945 byly nemocnice zpustošeny, chyběl zdravotnický personál, poněvadž ten německý byl po konci války odsunut z republiky. Byla tedy zahájena obroda ošetrovatelského vzdělávání. Snahu o snížení deficitu zdravotnického personálu, než bude obnoven školský zdravotnický systém, řešily nemocnice tak, že organizovaly vzdělávací kurzy. V roce 1948 už v republice fungovalo 26 ošetrovatelských škol. Komunistický puč razantně zasáhl do systému vzdělávání zdravotnického personálu. Všechny zdravotnické školy byly sloučeny do středních zdravotnických škol (Plevová a kol., 2011a). Práce u lůžka byla pro sestry velice náročná. Přesčasy, víkendové služby a svátky nebyly propláceny. Ještě v šedesátých letech 20. století byly soboty považovány za normální pracovní dny. Práci zdravotním sestrám komplikoval ošetrovatelskou činnost i nedostatek základního zdravotnického materiálu a pomůcek (Rozsypalová, Svobodová, Zvoníčková, 2006). Sestra nebyla stále považovaná za rovnocenného člena zdravotnického týmu, ve výše zmíněném období byla vnímána jako asistentka lékaře (Kutnohorská, 2010).

Od šedesátých let 20. století nabývá profese sestry na vážnosti. Sestry si díky svému nasazení a erudovanosti získávají čím dál více respektu. Pacienti a společnost je vnímá jako matky, empatické ženy, pasivní a obětavé ochránkyně (Plašková, 2006, Prudíková, 2007). V dobách socialismu přetrvával nedostatek zdravotnického materiálu. Sestry musely věnovat mnoho času jeho přípravě – motaly tampony, stříhaly mulové čtverce, sterilizovaly skleněné injekční stříkačky v nerezových bubnech. Kolem osmdesátých let 20. století se začaly objevovat např. první jednorázové injekční stříkačky. Byl jich ovšem nedostatek, a tak si je sestry musely mezi sebe dělit. Schovávaly si je na odběry pro své známé nebo pro dětské pacienty (Kutnohorská, 2010).

Díky centralizovanému zdravotnickému školství vznikl propracovaný systém vzdělávání zdravotnického personálu. Ošetrovatelství je touto dobou samostatným vědním oborem, který lze prakticky uplatnit. Velký důraz se klade na to, jak správně vykonávat

ošetřovatelskou péčí, léčebné úkony a diagnostiku. Psychologie, etika a ošetřovatelské teorie neměly v tehdejšímu systému vzdělávání velkou váhu. Povolání sestry bylo považováno za prestižní a respektované, o čemž svědčí i vysoké počty přihlášených studentek / studentů ke studiu na zdravotnických školách (Kutnohorská, 2010).

Na přelomu 20. a 21. století se stává ošetřovatelství samostatným vědním oborem. Současně tedy s nárůstem vzdělanosti dochází i k rozvoji dalších rolí sester. Nestačí už jen role poskytovatelky ošetřovatelské péče. Sestra musí umět i řídit poskytovanou ošetřovatelskou péčí, edukovat zdravotnický personál a pacienty, aktivně se začleňovat a kriticky myslet (Kutnohorská, 2010).

V roce 1991 vznikla Česká asociace sester (ČAS). Jedná se o největší profesní organizaci zdravotnického personálu a sester. S podporou Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR) se podílí na přípravě legislativy, je garantem kvality ošetřovatelské péče a vzdělávání sester (Moravcová, 2011).

1.2 Sestra a současné ošetřovatelství

Z historického pohledu na ošetřovatelství je patrné, že se jednalo až do doby osvícenské převážně o charitativní péči o nemocné, potřebné a chudé lidi. Nejvýznamnější a nejdynamičtější rozvoj zaznamenalo ošetřovatelství až na přelomu 20. a 21. století. Byla vypracovaná celá teorie ošetřovatelství, sestaveny ošetřovatelské procesy, definovány role sestry. Je tedy zřejmé, že z moderního ošetřovatelství se stal vědní obor, s přesahem do ostatních vědních disciplín jako je etika, filosofie, sociologie apod. V souvislosti s moderním ošetřovatelstvím hovoříme o tzv. metaparadigmatu. Zjednodušeně lze metaparadigma definovat jako nejglobálnější pohled na předmět ošetřovatelství. Základními pojmy metaparadigmatu jsou osoba, prostředí, zdraví a ošetřovatelství (Plevová a kol., 2011a). Jestli je ošetřovatelství součástí metaparadigmatu nebo samostatný vědní obor, na tom se ovšem někteří autoři ošetřovatelských teorií neshodnou (Palenčár, 2009). Z výše uvedených hlavních pojmů metaparadigmatu a vlastních poznatků vycházeli autoři při definování svých koncepčních modelů ošetřovatelství. Halmo (2014) uvádí Oremovou zabývající se pojmem osoba, která vytvořila definici sebepečce, vědomého pečování o sebe sama kvůli zachování zdraví a duševní pohody. Plevová (2011a) ve svém díle zmiňuje Behavioristický koncept podle Johnsonové, která pracuje s pojmy osoba a prostředí. Definuje lidské chování

jako výslednou reakci na vnější podněty. Pojmem prostředí se ve svém konceptu ošetrovatelství zabývala již dříve zmíněná F. Nightingalová. Definuje a řeší problematiku vlivu prostředí na ošetrovanou osobu. Velké množství konceptuálních modelů a teorií ošetrovatelství tedy jasně dokládá šíři této vědní disciplíny. Jejich hlavní přínos je třeba spatřovat v tom, že definují rozsah cíl a vymezují hranice ošetrovatelství (Plevová a kol., 2011a).

1.2.1 Povolání - sestra

Existuje celá řada definic povolání sestry. V naší práci se přikláníme k pojetí Rozsypalové, která zdůrazňuje v povolání zdravotní sestry roli služby: „*Kdo zvolí profesi všeobecné sestry, rozhodl se pro osobní službu jinému člověku*“ (Rozsypalová, 2007, s. 23). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že se jedná o pomáhající profesi, kterou lze zařadit na úroveň lékařů, psychologů, učitelů nebo kněží (Špirudová, 2015a).

Tak dynamický vývoj v posledních letech, kterým prošlo povolání sestry, zaznamenalo jen velmi málo profesí. Z charitativní laické ošetrovatelky se vyvinula vyškolená, samostatně pracující profesionálka (Plevová a kol., 2011a).

„*Sestra má v péči o zdraví nezastupitelné místo a stává se autonomním pracovníkem. Zvyšuje se její odborná kvalifikace, rozšiřují se její kompetence, má větší samostatnost, ale i zodpovědnost. Sestry jsou hnací silou změn v ošetrovatelství*“ (Farkašová a kol., 2006, s. 173).

Základní činností sestry je ošetrovatelská péče. Sestra se na ní podílí buď přímo u lůžka, nebo nepřímo vykonáváním ordinací lékaře, přípravou pomůcek a doplňováním materiálů. Během kontaktu s pacientem musí pozorovat a diagnostikovat jeho aktuální stav. Neméně důležitá je psychosociální rovina komunikace mezi sestrou a pacientem a jeho rodinou při získávání informací pro další terapeutickou činnost (Šamánková a kol., 2006). Podobně zásadní je administrativní činnost sestry, dokumentování ošetrovatelského procesu, dokumentace zdravotního stavu, ošetrovatelská anamnéza, plán ošetrovatelské péče, překladová a propouštěcí zpráva a jiné. Důležitost administrativní činnosti vyvstává například v právním řešení sporů a stížností pacientů nebo jejich rodiny (Vondráček et al., 2008).

Sestra musí mít pro výkon svého povolání potřebné předpoklady. Musí být šikovná, zručná, musí projevovat estetické cítění (úprava svého zevnějšku a pracovního prostředí), být intelektově vybavená (schopná se rychle rozhodovat a řešit nastalé situace). Nezanedbatelné jsou psychosociální a etické předpoklady (komunikace s pacienty, empatie), autoregulační a komunikační dovednosti (odolnost vůči stresu, přizpůsobit se situacím, schopnost naslouchat) (Plevová a kol., 2011a). Nároky kladené na sestry jsou tedy opravdu vysoké. Její pracovní výkon je ovlivňován mnoha dalšími faktory, kterým se budeme věnovat na jiném místě.

Povolání sestry je upravováno platnou legislativou. Jedná se o tzv. regulovanou profesi podléhající zák. č. 105/2011 Sb. Regulované je toto povolání proto, aby bylo možné kontrolovat přípravu na tuto profesi v zájmu zachování integrity a systému vzdělávání (Farkašová a kol., 2006). Dne 1. 5. 2004 rozhodnutím MZ ČR byl vytvořen registr zdravotnických pracovníků, které mohou vykonávat své povolání bez odborného dohledu. Registr byl spravován Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) (Kůt, 2011). Novelou zákona č. 96/2004 Sb. zrušilo MZ ČR od 1.9.2017 vydávání osvědčení o registraci a u dříve vydaných už nebude prodlužovat platnost. Podmínka způsobilosti k výkonu povolání zdravotnický pracovník zůstala zachována a je upravena §4, odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb. Uvedenou způsobilostí k výkonu povolání se rozumí zdravotní způsobilost, uznaná odborná způsobilost a bezúhonnost (Zákon č. 96/2004 Sb.).

1.2.2 Koncepce ošetřovatelství a cíle dle MZ ČR

Koncepce ošetřovatelství vydaná MZ ČR v roce 2004 vychází z doporučení mezinárodních organizací jako např. WHO, EU, EK, OSN a udává směr ošetřovatelství ve 21. století. Koncepce vyzdvihuje důležitost samostatné práce kvalifikovaného zdravotnického personálu, práce dle ošetřovatelského procesu s precizně vedenou dokumentací (Věstník MZ ČR č. 9/2004). Mezi významné osobnosti, které se podílely na provedených úpravách koncepce moderního ošetřovatelství je Marta Staňková, ředitelka odboru vědy a vzdělávání MZ ČR, odbornice na vzdělávání sester, autorka mnoha výukových publikací, organizátorka systému vysokoškolského vzdělávání sester (Kutnohorská, 2010, Wagnerová, 2007).

Popis hlavního cíle ošetrovatelství dle MZ ČR je „*Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání*“ (Věstník MZ ČR č. 9/2004, s. 3). Definované cíle ošetrovatelství jsou tedy podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví pacienta, zmírňování utrpení pacientů, zajištění důstojné smrti a klidného umírání (Věstník MZ ČR č. 9/2004).

1.3 Ošetrovatelství v současnosti

„Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, mající společné sociální prostředí nebo trpící obdobnými zdravotními obtížemi“ (Věstník MZ ČR č. 9/2004, s. 2).

Ošetrovatelství během své cesty mezi vědní obory zpracovávalo výstupy a poznatky vycházející z lidského poznání. Nejdůležitějším pojmem současného moderního ošetrovatelství je zdraví. Nejedná se však pouze o fyzický stav těla, kdy není přítomna bolest. Jedná se též o zdraví psychické, sociální, spirituální, intelektuální a environmentální (Farkašová a kol., 2006). Tyto všechny stránky osobnosti člověka vnímá jako celek holistická teorie. Holistický přístup se stal i hlavní pojmem v moderním ošetrovatelství. Vnímá jedince jako celek, pečuje o všechny jeho stránky, o jeho komplexní zdraví, a ne jenom o aktuálně poškozenou část těla (Plevová a kol. 2011a).

1.4 Role sestry

„Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. Profesní role představuje vzor chování určený požadavky určité profese“ (Farkašová a kol., 2006, s. 180).

Povolání sestry prošlo dlouhým vývojem, který akceleroval v posledních dvou stoletích. Od charitativní ošetrovatelky, trávící čas převážně u lůžka pacienta, se profese sestry rozšířila o další oblasti. Sestra dnes musí zvládat administrativní práci, ovládat nejmodernější zdravotnickou techniku, být empatická, umět komunikovat, dodržovat etické zásady. Musí dbát na svůj vzhled a image (Plevová a kol., 2011a, Neuwirth, 2008). Současné teorie ošetrovatelství uvádějí, že sestra by měla plnit ve své profesi role popsané

v následujících kapitolách. Autoři těchto teorií uvádějí lehce odchylná označení rolí. Zmíníme tedy sedm hlavních rolí uváděných v odborné literatuře. Mezi tyto jednotlivé role by měla sestra adekvátně rozdělit svůj pracovní čas.

1.4.1 Sestra ošetřovatelka

Role ošetřovatelky má pravděpodobně nejdelší tradici a je spojena s poskytováním ošetřovatelské péče. V přechozích kapitolách historického vývoje ošetřovatelství je patrné, že tato ošetřovatelská role byla jednou z nejhlavnějších. Pro řádové sestry, později i pro laické ošetřovatelky, byl čas strávený u lůžka pacienta primární. Dokonce bylo období, kdy ošetřovatelky nocovaly společně s pacienty na jednom pokoji, aby jim mohly věnovat maximum svého času. V empirické části práce se zaměřím na čas, který stráví současná moderní sestra u lůžka pacienta. Role sestry ošetřovatelky neobsahuje pouze čas strávený přímou péčí o pacienta. Zahrnuje i nepřímou péči, kdy sestra provádí ordinace lékaře, sestavuje ošetřovatelské plány a pečuje o estetiku prostředí. Lze sem zahrnout i terénní činnost spojenou s návštěvami pacientů a zjišťování jejich ošetřovatelských problémů (Plevová a kol., 2011a, Dluhošová et al., 2012).

Ve vztahu sestra a pacient se v největší míře uplatňuje holistické chápání jedince jako celku (Farkašová a kol., 2006). Samostatným vývojem prošel i vztah pacienta a sestry. Vztah, kdy se v minulosti jednalo o jakousi plnou závislost pacienta na ošetřovateli, až po dnešní přístup. V něm má pacient svoji nezávislost až autonomii. Z této nezávislosti pak mohou vyvstat střety zájmů mezi tím, co chce pacient a tím, co si myslí zdravotník, že je pro něj to nejlepší. Pacient se stává aktivním článkem v péči o svůj zdravotní stav (Halmo, 2014).

1.4.2 Sestra manažerka

V manažerské roli sestry je naprosto klíčová komunikace, vedení kolektivu a motivace (Hekelová, 2012). Roli manažerskou může uplatnit sestra na všech úrovních zdravotnických zařízení. Může se jednat o ambulanci lékaře, regionální nebo fakultní nemocnici. Sestra řídí a organizuje ošetřovatelský proces, organizuje ošetřovatelskou péči, řídí svůj pracovní čas. Pokud sestra podceňuje či nedoceňuje význam této role, pracuje neefektivně a následně může chybovat (Farkašová a kol., 2006).

Ve zdravotnických zařízeních pracují na pozici sester ve velké míře ženy. Zastávají důležité vedoucí funkce, což v oboru zdravotnictví může být výhodou. Jsou empatičtější než muži a dokáží vykonávat více činností najednou. Nevýhodou je jejich emotivnost, impulsivnost a dramatičnost, která může vést ke konfliktům na pracovišti (Hekelová, 2012). K povinnosti sestry manažerky patří i kontrola a úprava probíhajících procesů, pokud se neodvíjejí podle stanoveného plánu. Velice důležitou složkou manažerské role je komunikace, a to na úrovni zdravotník – zdravotník, tak na úrovni zdravotník – pacient či zdravotník – veřejnost (Hekelová, 2012). Do oblasti manažerské role sestry spadá nejen řízení z titulu vedoucí funkce. Do této kategorie zahrnujeme i řízení sebe sama, které obsahuje okruh sebemotivace, sebevzdělávání, seberozvoje, plánování sebeřízení (Hekelová, 2012). V neposlední řadě lze zařadit i do role sestry manažerky motivační složku. Může se jednat o motivaci sebe sama, kolegů nebo podřízených pracovníků (Hekelová, 2012, Vévoda a kol., 2013).

1.4.3 Sestra edukátorka

V roli edukátorky rozvíjí sestra znalosti a vědomosti pacienta nebo jeho rodiny, vedoucí k prevenci chorob, zachování a upevnění zdraví. Pacienta vede k soběstačnosti a zodpovědnosti na zachování svého zdraví. V případě, že zdraví pacienta bylo narušeno chorobou, edukuje ho sestra, jak se vyrovnat s následky nemoci, rozvíjí jeho sebeobslužné činnosti a učí pacienta potřebné praktické činnosti. Při dlouhodobých nemocech je pomocnicí rodinám a okolí, aby nemoc zvládli a jejich další život byl co nejhodnotnější a pokud možno spokojený (Plevová a kol., 2011b). Sestra musí v edukační roli vytvořit povědomí pacienta o sebezpečí. Pomoci mu sestavit plán péče, například v domácím ošetřování (Halmo, 2014). Svým působením dokáže sestra měnit postoje a přesvědčení pacienta směřující ke zlepšení životního stylu, návyků s ohledem na upevnění a udržení zdraví (Farkašová a kol., 2006). Edukační činnost sestry lze také definovat jako výchovu ke zdraví jednotlivce, skupiny obyvatel, komunity nebo celé populace (Plevová a kol., 2011b).

Edukace je velmi namáhavý a dlouhý proces, jehož výsledek se někdy nedostavuje tak rychle, jak by si zdravotník přál. Aby byla edukace úspěšná, musí ji sestra přizpůsobit pacientovi. Zvláště pak jeho sociálnímu postavení, kognitivním schopnostem a momentálnímu zdravotnímu stavu. Každopádně musí být edukace cílená a soustavná. Pacient si nezapamatuje všechny informace najednou, a proto je nutné ho v podstatných

věcech ohledně zlepšení jeho zdravotního stavu edukovat opakovaně, ovšem vždy vlídně, bez spěchu a netrpělivosti na straně sestry. Edukaci je též nutné zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace. Edukaci lze rozdělit z časového hlediska na jednorázovou, která může probíhat např. při první návštěvě ambulance, při příjmu pacienta na oddělení nebo při prvním nácviku samoléčby (převazu, péče o poškozené místo apod.). Druhým typem je edukace dlouhodobá odehrávající se při opakovaných návštěvách ambulance nebo při pacientově hospitalizaci. Z hlediska typu choroby a jejího stádia se dělí edukace na jednoduchou nebo hloubkovou. Pokud sestra edukuje jednoho pacienta, jedná se o edukaci individuální, v případě většího počtu osob jde o edukaci skupinovou. Sestra by při procesu edukace měla mít dostatek podpůrného materiálu, jako jsou letáky, brožury a také podporu lékařského personálu. Po dobře provedené edukaci by měl pacient pochopit, že pouze on je zodpovědný za svoje vlastní zdraví, a to si zachová dodržováním životosprávy a naordinované léčby (Mičková, 2009).

1.4.4 Sestra advokátka

Nemocný člověk má specifické postavení v lidské společnosti a v ošetrovatelském procesu. Je často bezmocný, bezradný, nedokáže si prosadit své požadavky, potřebuje zvýšenou pozornost a respekt ke svým právům. Výše uvedené body musí pacientovi pomoci prosadit sestra, která mu v ošetrovatelském procesu věnuje ze všech lidí nejvíce péče a času. Především starší lidé potřebují výraznější pomoc sestry, která jim musí trpělivě vysvětlit jejich nároky a práva. Nejdůležitější je v roli sestry advokátky komunikace. Sestra musí vždy obhajovat práva pacienta a jednat s maximálním úsilím v jeho prospěch (Špirudová, 2015a).

Současná doba je orientovaná na výkon, ekonomiku provozu, generování úspor a zisk. Hranice ošetrovatelské péče a výkonů vymezují zdravotní pojišťovny svými platbami, narůstá administrativa. To vše komplikuje práci sester, ubírá jim jejich čas, který by měly věnovat ošetrovatelskému procesu u lůžka pacienta. Ten ve své obtížné situaci dostane kvůli spěchu sestry sice informace podle zákona, ale nevhodně a nesrozumitelně. Přitom by mu stačilo vlídné slovo, upřímný pohled a přiměřená reakce na jeho aktuální potřeby (Gulášová, 2005).

Na ochranu práv pacienta vzniklo několik deklarací, které se svým obsahem hodně podobají. Každý stát a národ si je nadále rozpracovává dle svých specifík. Zodpovědnost

za zdraví je přesouvána na pacienta, je od něho vyžadována i finanční spoluúčast na ošetrovatelském procesu. O to víc je důležité pro pacienta znát svá práva. Bohužel role sestry advokátky není prozatím metodicky a teoreticky dobře zpracovaná. To také vnáší nejistotu a nedorozumění do postavení sestry advokátky a pacienta. Při obhajování práv pacienta se setkáváme s problémy na straně sestry. Mezi nejzávažnější patří neznalost práv pacienta a jejich nedostatečná obhajoba v jeho prospěch. Nejčastějšími příčinami jsou neochota sester se vzdělávat v této oblasti a nedostatečná podpora ze strany lékařského personálu. Obhajoba práv pacienta nemůže být úspěšná, pokud je sestra psychosociálně nezralá, chybí jí komunikační schopnosti, nemá podporu od ostatních sester. Ignorace práv pacienta, nepochopení jeho individuálních odlišností, může vyústit ve snahu sestry přetvořit si pacienta podle své představy (Kutnohorská, 2007).

Problémy vyvstávají i na straně pacienta. Tím, že nezná svá práva, nemá snahu je prosazovat. Na opačné straně jsou ovšem pacienti, kteří taktéž z neznalosti svých práv mají přehnané požadavky. Na základě špatné zkušenosti z minula nedůvěřují pacienti sestrám, nechťejí s nimi komunikovat, mají strach ze zhoršení situace v případě, že by vyžadovali to, na co mají nárok. Nízká úroveň sebevědomí nebo přílišný ostych ze zatěžování sester mohou také vést k nedorozuměním. Role sestry advokátky tkví v tom, že se musí snažit odbourat výše popsané bariéry. Pacienti si musí uvědomit, že sestra stojí na jejich straně a chce pro ně to nejlepší. Sestra stojí i mezi pacientem a lékařem, má tlumočit dotazy pacienta lékaři. V opačném směru má připravit pacienta na rozhovor s lékařem, oznámit mu, jaké informace bude lékař potřebovat zjistit, aby měl pacient možnost si odpovědi rozmyslet. Při snaze pacienta o ukončení nebo přerušení léčby mu musí sestra vysvětlit výhody léčby v pacientův prospěch. Při vyšetřeních musí sestra dbát na to, aby se jich účastnily osoby pouze nezbytně nutné. Další přítomní zdravotníci nebo studenti se mohou účastnit vyšetření pacienta pouze s jeho písemným svolením. Sestra dohlíží i na to, aby pacientovi nikdo nekontroloval jeho osobní věci, neposlouchal jeho konverzaci s rodinou i lékařem, aby ho nikdo nefotil bez jeho souhlasu. Sestra nesmí sdělovat údaje o zdravotním stavu nikomu, koho by předtím pacient neschválil, musí si pečlivě hlídat svá přístupová data k elektronické zdravotní dokumentaci. Taktéž přeložení pacienta na jiné oddělení mu musí sestra dobře vysvětlit a obhájit. Nové zařízení musí s překladem pacienta souhlasit. Nespokojení pacienti mohou své stížnosti oznámit sestře nebo příslušnému pracovníkovi nemocnice. Každá stížnost musí být prověřena a závěr by měl být sdělen pacientovi (Gulášová, 2005).

1.4.5 Sestra nositelka změn a výzkumnice

Ošetrovatelství je jeden z dynamicky se rozvíjejících vědních oborů. Jako každý vědní obor má své teorie a hypotézy. Ty jsou ověřovány v ošetrovatelské praxi a jejich výstupy následně ovlivňují a korigují teoretickou základnu oboru ošetrovatelství. Teoretická základna ošetrovatelského oboru je modelovaná a rozšiřovaná výzkumem (Bártlová et al., 2009). Jednou z důležitých součástí výzkumu je osoba sestry. Na základě svého odborného vzdělání je vybavena aktuálními vědeckými poznatky, znalostmi a dovednostmi z oboru ošetrovatelství. Tyto znalosti aplikuje v ošetrovatelském procesu. Podílí se na zkoumání příčiny, diagnostiky a prevence nemocí. Podílí se na aplikaci nových poznatků, vede rozvojové projekty. Výsledky své práce může publikovat v odborných časopisech. Na základě těchto poznatků výzkumů je zpětně validovaná a upravovaná teoretická základna ošetrovatelství. Sestra se stává nositelkou změn (Plevová a kol., 2011a). Naprosto klíčový je rozvoj poznatků a vědomostí sestry výzkumnice a nositelky změn. Sestry se denně setkávají s novými poznatky a situacemi, které se následně mohou stát podnětem k výzkumu. Ten má ověřit platnost sesterských poznatků z praxe a při jejich vědeckém potvrzení provést změny v teorii ošetrovatelství. Pro sestry výzkumnice a nositelky změn je důležitá otevřenost a možnost konfrontovat své poznatky a zjištění s ostatními sestrami. Ideálním nástrojem je odborný časopis, do kterého mohou přispívat svými poznatky a dávat podklad k rozvoji výzkumu v ošetrovatelství. Takto otevřená možnost diskuze a výměny odborných informací vede zpětně k rozvoji ošetrovatelství, tedy k jeho hlavnímu cíli – kvalitní a odborné péči o pacienta (Palese, 2011).

1.4.6 Sestra mentorka

Pojem mentor má své kořeny ve starověkém Řecku. „*Mentor byl moudrá a zkušená osoba, loajální přítel, důvěrník, ochránce, učitel a rádce, který pomáhal překonávat překážky*“ (Bedrnová et al., 2007, s. 344).

Sestra mentorka je velmi důležitým nástrojem v rozvoji lidských zdrojů v ošetrovatelství. „*Mentorství – mentoring je proces, při němž speciálně vybraná, školená a zkušená osoba – registrovaná sestra, eventuálně specialistka (mentor) dobrovolně podporuje, pomáhá a předává zkušenosti méně zkušené osobě (mentee)*“ (Špirudová, 2015b). Sestry, které prošly formálním vzděláním, má vést zkušená sestra – mentorka. Musí to být odbornice

ve své profesi a musí znát i fungování celé organizace, kde vykonává ošetrovatelskou činnost. Pro nové sestry funguje jako odborný poradce, průvodce procesem ošetrovatelství. Měla by se stát na základě svých odborných vědomostí jejich vzorem. Pro úspěšné mentorství musí stanovit jasná pravidla a cíle. Sestra mentorka vykonává i dohled při výkonu a nácviku praktických činností studentů zdravotnických oborů, sestavuje jejich hodnocení. Sestra mentorka si musí umět vytvořit s mentorovanými osobami rovnocenný, kladný a přátelský vztah. Musí vyvolat chuť učit se a zlepšovat se. Vzájemnou komunikaci si musí získat důvěru, podpořit motivaci a snahu dosahovat vytyčené cíle. V průběhu mentorování provádí sestra mentorka průběžné hodnocení. Na konci procesu provádí závěrečné zhodnocení a shrnutí dosažených cílů. Legislativně je upraveno mentorství ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., vydané ve Věstníku MZ ČR č. 6/2007, a to jen jako doporučení. Vzdělávání mentorů je upraveno Metodickým pokynem k vyhlášce č. 39/2005 Sb. a Věstníku MZ ČR č. 2 z 10. února 2011 (Špirudová, 2015b).

Konkrétní náplní sestry mentorky je přiděleným studentům podle vědomostí a dovedností rozdělit pacienty. Studenti mohou být taktéž přiděleni na směny. Sestra mentorka vede jejich docházku, pracovní náplň, hodnotí je podle cílů, které stanovila jejich škola. Každý dosažený cíl ve vzdělávání se stává dobrým základem budoucí praxe (Mastiliaková, 2014.). Závěrem mentorování je hodnocení dosažených cílů ve spolupráci s pedagogickými pracovníky příslušné zdravotnické školy.

Sestra mentorka může vykonávat tuto svoji roli jako profesionálka svého oboru, která pouze doprovází studenty a dohlíží na ně. Na uvolnění sestry pouze do role profesionální mentorky nemají nemocniční zařízení dostatek financí a personálu. Převládá tedy druhý model vedení mentorství – model praktického učitele. Student pracuje v doprovodu sestry mentorky, která na tuto mentorskou činnost nedostává volný čas během pracovní doby, aby se mohla studentovi plně věnovat. Student je chápán jako pomocná síla, která přebere část základních povinností sestry (Špirudová, 2015b).

1.5 Vnější a vnitřní vlivy působící na ošetrovatelskou péči

Ideální zdravotní pracovník, pokud jde o jeho povahové a osobnostní rysy, neexistuje. Zdravotnický tým se skládá z rozličných individualit a je na vedoucím pracovníkovi, aby tento tým zkoordinoval, vytvořil vhodnou pracovní atmosféru a bezpečné pracovní

podmínky (Plevová a kol., 2011b). Každý zdravotnický pracovník se snaží uplatnit svým individuálním a momentálním přístupem. Ten je ovlivňován mnoha faktory, které lze rozdělit na vnitřní, týkající se duševní a fyzické stránky sestry. Vnější faktory tvoří druhou kategorii vlivů formujících pracovní výkon a ovlivňujících ošetrovatelský proces.

1.5.1 Vnitřní vlivy

Vnitřními vlivy jsou předmětem zkoumání především oboru psychologie a sociologie. Z pohledu vedení zdravotnických zařízení je pozitivní ovlivňování vnitřních vlivů velmi obtížné. Ovšem cílené ovlivňování vnějších vlivů se postupem času pozitivně projeví u vnitřních vlivů.

1.5.1.1 Osobnost sestry

Pro výkon povolání sestry jsou jasně definovány osobnostní znaky, které by měla každá sestra splňovat. Osobnost člověka je složená z charakterových vlastností vyznávající určité hodnoty (Plevová a kol., 2011b). Z hlediska osobnosti musí být sestra dostatečně duševně vyzrálá, vnitřně vyrovnaná, empatická s vyšší odolností vůči stresu. Důležitým vnitřním faktorem je rozvoj vlastního sebevědomí. To má následně vliv na vyrovnanou osobnost, jednající s rozvahou v krizových situacích. Sestra se během své práce setkává s velkým množstvím vážných úrazů, nemocí, bolestí pacientů. Musí být tedy emočně vyrovnaná, aby tento nápor zvládla. V domácím prostředí opět musí převzít roli matky, manželky a partnerky (Jičínská, 2008).

Během ošetrovatelského procesu je sestra vystavena velké míře psychické zátěže. Musí se v prostředí plném bolesti a utrpení rychle a správně rozhodovat, plně soustředit, myslet a mít dobrou paměť (Vévoda a kol., 2013). V takovém pracovním prostředí je sestra během pracovní doby vystavena permanentnímu stresu. Stres může být sice i pozitivní, ten pak motivuje k vyššímu pracovnímu výkonu. Převládá spíše stres negativní, poněvadž je sestra vystavena náročné práci s pacienty, nadměrným požadavkům na administrativu, práci pod časovým tlakem, konfliktním situacím, vysokou odpovědností, práci ve směnném provozu. Osobnost sestry se musí s těmito všemi vlivy vyrovnat, aby se nedostala do fáze přetížení a vyhoření (Vévoda a kol., 2013). Osoby náladové, hysterické a labilní nemají velkou šanci uspět v tak náročném povolání jako je profese sestry (Plevová a kol., 2011b).

1.5.1.2 Věk sestry a vzdělání

Věk sestry a úroveň dosaženého vzdělání je také součástí vnitřních faktorů ovlivňujících ošetrovatelský proces. S narůstajícím věkem se stává povolání sestry fyzicky náročnější. Během ošetrovatelského procesu musí sestra na lůžkových odděleních manipulovat s pacienty, přístroji a jinými těžkými břemeny. Mladé sestry jsou v dobré fyzické kondici, nejsou zatížené dlouholetou náročnou a vyčerpávající prací, jsou ochotny se učit. Ve srovnání se staršími sestrami jim ovšem chybí zkušenost a léty nacvičená zručnost (Vévoda a kol., 2013).

Úroveň vzdělání zdravotnického personálu ovlivňuje přímo ošetrovatelský proces. Nepřímo však ovlivňuje také spokojenost sester. Jejich dosažené vzdělání a jeho další rozvoj znamená pro sestru jistotu pracovního místa a možnost kariérního růstu (Vévoda a kol., 2013). Nemusí jít vždy jen o odborné vzdělávání, kdy se sestra vyškoluje na nové technologie, pracovní postupy nebo na specifika určitého oddělení. Může se jednat i o vzdělávání a kultivaci osobnosti sestry. To se následně projeví v chování, komunikaci, mezilidských vztazích a následně i na pracovním výkonu (Kociánová, 2010).

1.5.1.3 Motivace a spokojenost

Ošetrovatelský proces ovlivňuje významným způsobem motivace sestry k výkonu jejího povolání. Tato motivace modeluje následně postoj sestry k práci, který se projeví na kvalitě ošetrovatelské péče (Dlugošová et al., 2012).

Důležitou součástí osobnosti sestry je její žebříček hodnot a základních potřeb. Pokud jsou uspokojeny základní potřeby, je možné rozvíjet seberealizaci, která je na samém vrcholu hodnotového žebříčku. Seberealizace je možnost pracovat samostatně, mít možnost profesního růstu a snažit se dosáhnout úspěchu. Sestra při své práci a pro udržení motivace potřebuje nutně uznání za svůj výkon a nasazení. Uznání nemusí přijít pouze ze strany vedení nebo managementu, ale i od pracovních kolegyně, popřípadě pacientů. Uznání za kvalitně odvedenou práci následně zvyšuje motivaci sestry k dalšímu profesnímu růstu a pracovnímu nasazení (Dlugošová et al., 2011).

1.5.2 Vnější vlivy

Vnější faktory jsou vlivy ovlivňující jednání, chování a pracovní výkon. Tyto faktory jsou v dnešní době velmi aktuální, poněvadž ve zdravotnictví chybí zdravotnický personál. Je tedy snaha zlepšit pracovní podmínky tak, aby se práce sestry stala opět více atraktivní.

1.5.2.1 Pracovní prostředí a kolektiv

Velikost a význam nemocnice nemají výrazný vliv na atraktivitu zaměstnání sestry. Jak fakultní, tak i ty nejmenší nemocnice, bojují s nedostatkem odborně vyškoleného zdravotnického personálu. Podstav zaměstnanců znamená zvýšení pracovní zátěže pro stávající zaměstnance, zvyšuje pracovní nepohodu a může znamenat i riziko pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče.

Podstatným faktorem pro udržení a rozšíření kmenových zaměstnanců má v rukou vedení zdravotnického zařízení. To vytváří bezpečné pracovní prostředí, kvalitní pracovní podmínky, ovlivňuje image nemocnice v očích veřejnosti, a tím i image povolání sestry. Pro sestry je naprosto klíčová pracovní pohoda mezi spolupracovníky. Interakce a komunikace mezi kolegy je povýšena nad nominální výši mzdy (Hekelová, 2012). Vysoká míra spokojenosti vládne na odděleních s dobrým respektovaným vedením, s kvalitní organizací práce, která v důsledku přináší sestrám více času na přímou ošetrovatelskou péči (Vévoda a kol., 2013). Sestrám se musí od vedoucího dostávat uznání, pochvaly a respektu. Důležitý je i přístup lékařského personálu, úroveň jeho komunikace se sestrami a jeho odborná zdatnost. Mzda a její výše neznamena automaticky to, že s jejím růstem se zvyšuje i pracovní spokojenost. Slouží sestře k zajištění rodiny a jejich základních potřeb. Případné finanční problémy sestry se negativně projeví v pracovní spokojenosti. Důležitější než mzda, je jistota zaměstnání (Vévoda a kol., 2013).

1.5.2.2 Faktory na straně pacienta

Osobnost pacienta může působit pozitivně na ošetrovatelský proces tím, že ho urychlí. Negativní působení ošetrovatelský proces zpomaluje (Plevová a kol., 2011a). Aby byla spolupráce s pacientem co nejlepší a nenarušovala ošetrovatelský proces, musí sestra získat jeho důvěru. Pokud pacient pochopí svoji situaci, možná rizika a přijme nabídnutá

alternativní řešení, zvýší se jeho angažovanost a zodpovědný přístup k ošetrovatelskému procesu. Negativním jevem ovlivňující ošetrovatelský proces je konfliktní pacient. Čím dříve sestra rozpozná takového pacienta, tím snáze předejde případným konfliktům nebo zmírní jeho dopady na přímou ošetrovatelskou péči (Kutnohorská, 2007).

Mezi další faktory ovlivňující přímou ošetrovatelskou péči u lůžka na straně pacienta je jeho společensko-kulturní úroveň, náboženské vyznání, pochopení důležitosti ošetrovatelské péče a její striktní dodržování. Nenarušování chodu oddělení, dodržování nemocničního řádu a ohleduplnost k ostatním pacientům.

1.6 Rizika pro pacienta z nedostatku času sestry

Jak už bylo uvedeno v jedné z předchozích kapitol, trápí zdravotnictví nedostatek odborného personálu. Podle odborného časopisu Florence (2018) chybělo v českém zdravotnictví v roce 2017 okolo 3300 sester. Z toho v lůžkové péči asi 2000 sester. Nedostatek sester přináší mnoho omezení. Jsou zavírána celá oddělení, čímž se pacientům vzdaluje dostupnost péče. Přetížené a vyčerpané sestry pak mohou v přímé péči chybovat, zvyšuje se riziko komplikací a úmrtí (Florence, 2018). Na vzniklé situaci se podílí i zanedbané medicínské školství. To je podfinancované a častými změnami pro studenty či zájemce o studium nepřehledné. Přetížení zdravotničtí pracovníci nemají čas na pedagogickou práci a mentorování začínajících sester (Citores, 2018). Jako důvod přetíženosti a nedostatku času na přímou ošetrovatelskou péči uvádí ČAS nárůst administrativy. ČAS vydala metodický pokyn pro zdravotnická zařízení na vyplňování nutného obsahu zdravotnické dokumentace. V dnešním moderním zdravotnictví je nutná administrativa, nicméně ji sama zdravotnická zařízení rozšiřují o další záznamy. Pracovní doba sestry je časově omezená a soustavný nárůst administrativy ji odvádí od péče o pacienta (Kotík, 2017). Nedostatek času sestry znamená i riziko a omezení pro pacienta. Omezení se může týkat nedostatku informací o zdravotním stavu, ošetrovatelském plánu a intervencích, i když na ně má pacient plné právo. Výklad musí být pro pacienta srozumitelný. Pokud sestra při informování používá odborné výrazy, musí se přesvědčit, že jim pacient porozuměl (Juřeníková, 2010).

Další z rizik vyplývajících z nedostatku času sester je hospitalismus. Tímto rizikem jsou ohroženy převážně děti nebo senioři. Jedná se o následky na psychice pacienta, který potřebuje od sester citlivější péči a individuální přístup s ohledem na své odloučení

od domova. Hospitalismus je projevem nevhodného chování zdravotnického personálu nebo zanedbané péče, často zaviněným nedostatkem času a přílišným vytížením sester (Kalvach, 2004).

Imobilizační syndrom je jedním z výrazných důsledků nedostatku času na pacienta v přímé péči. Při nuceném upoutání na lůžko se projevuje vysoká zátěž na lidský organismus s postižením jedné nebo více orgánových soustav. Jedním z prvních bývá postižen kožní systém vznikem proleženin a dekubitů z nedostatečného polohování. Následně je ohrožen kardiovaskulární systém, může vzniknout pneumonie jako následek zahlenění. Dlouhodobým upoutáním na lůžko trpí poté i kosti a pohybový aparát, mohou se objevit i psychické poruchy jako deprese, bezmoc nebo spánková porucha (Vytejšková a kol., 2011).

S nedostatkem času sestry a jejího přetěžování během pracovní doby hrozí zvýšení chybovosti. Vznikají tzv. nežádoucí události, jako je záměna léků, pád, dekubity nebo záměna pacientů. Každá nežádoucí událost musí být ohlášená a zaznamenaná do Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Postupuje se podle schválené metodiky. Věstník č. 8 vydaný MZ ČR klasifikuje nežádoucí události a dělí je podle druhu poškození do kategorií B, M, P, F. Závažnost poškození je klasifikovaná v kategorii od A do I a druh nežádoucí události kódy 01-99 (Věstník MZ ČR č. 8/2012). Řešení hlášení nežádoucích událostí znamená další administrativu pro sestry a následně omezení už tak limitované času na přímou ošetrovatelskou péči (Vondráček, et al., 2008).

2 Výzkumná část (praktická část)

Výzkumná část práce popisuje stanovené cíle výzkumu a související výzkumné otázky. Na jejich základě byl sestaven dotazník, který byl vyplněn určenou skupinou respondentů z níže definovaných oddělení zdravotnických zařízení. Ve výzkumné části práce je popsána metoda výzkumu, způsob zpracování a vyhodnocení získaných údajů.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

1. cíl:

Zjistit, jaké role převažují v současné pracovní náplni sestry

2. cíl:

Zjistit, kolik času tráví sestra rolí ošetrovatelskou

Výzkumné otázky:

1. Jaké je rozdělení pracovní doby sestry mezi jednotlivé role?
2. Jaká omezení při plnění všech rolí sestry vyplývají pro její roli ošetrovatelskou?
3. Jaké faktory jsou považovány za nejvíce limitující v ošetrovatelském procesu?
4. Jaká rizika mohou vzniknout z nedostatku času na pacienta?

2.2 Metodologie

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou. Anonymní dotazníky, vytvořené na základě stanovených cílů a výzkumných otázek, byly sestavené z dvaceti otázek. Z nich byla jedna otázka otevřená s možností zanést vlastní hodnotu. Čtyři otázky umožňovaly volbu mezi dvěma odpověďmi, u patnácti otázek mohl respondent vybírat z více odpovědí. Z výsledků dotazníkového šetření byly sestaveny přehledné sloupcové grafy.

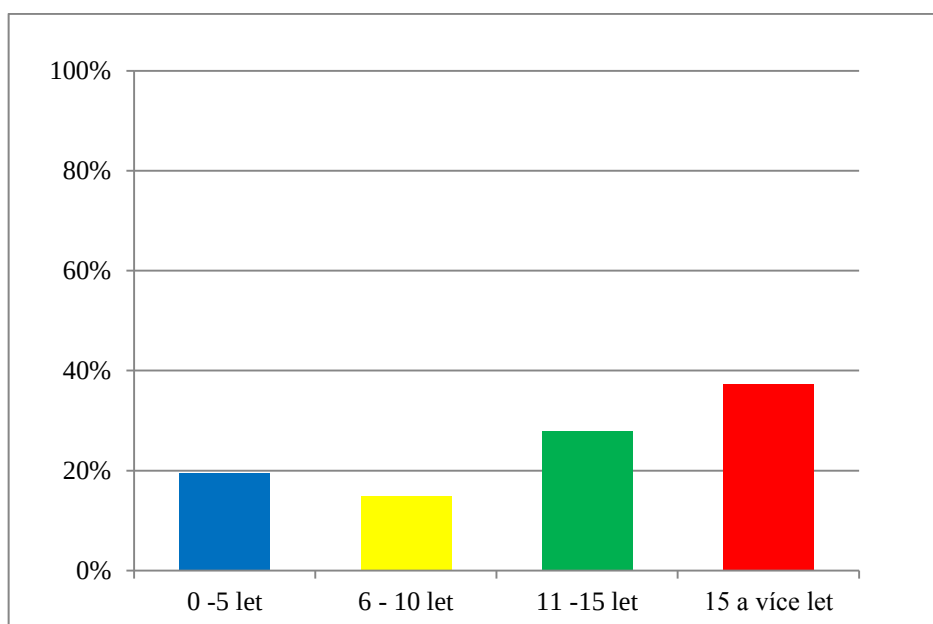
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Výzkumná část této bakalářské práce byla realizovaná od prosince 2018 do února 2019 ve zdravotnickém zařízení v Třebíči. Originál souhlasu s výzkumem bude k nahlédnutí při obhajobě bakalářské práce. Respondenty dotazníku tvořily sestry na odděleních:

chirurgie, interna A a B, ortopedie, ORL, LDN, ODN, kožním, infekčním, urologie, gynekologie. Vyplněných dotazníků bylo vráceno 107, tedy 89 % z celkově 120 rozdaných dotazníků. Ke zpracování výzkumu bylo tedy použito odpovědí 107 respondentů.

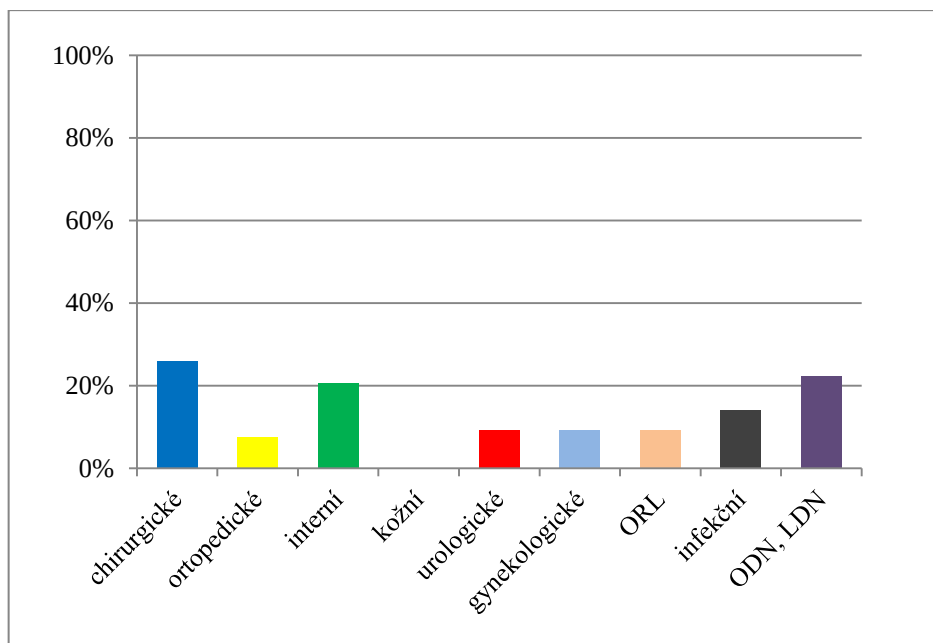
2.4 Výsledky

V této kapitole jsou zpracovány výsledky výzkumu a zaneseny do sloupcových grafů.



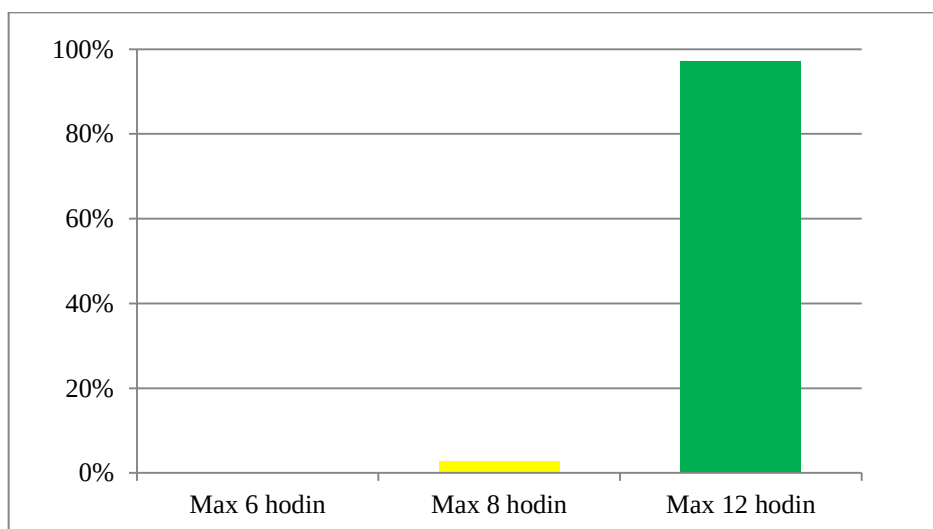
Graf 1: Jak dlouhá je Vaše praxe sestry?

V první otázce jsem zjišťovala délka praxe dotazovaných sester. Z grafu je patrné, že z celkového počtu 107 respondentů jich má 20 % praxi kratší než 5 let, 15 % pak délku praxe mezi 6 a 10 let, 28 % 11–15 let a více jak 15 let má 37 % dotazovaných.



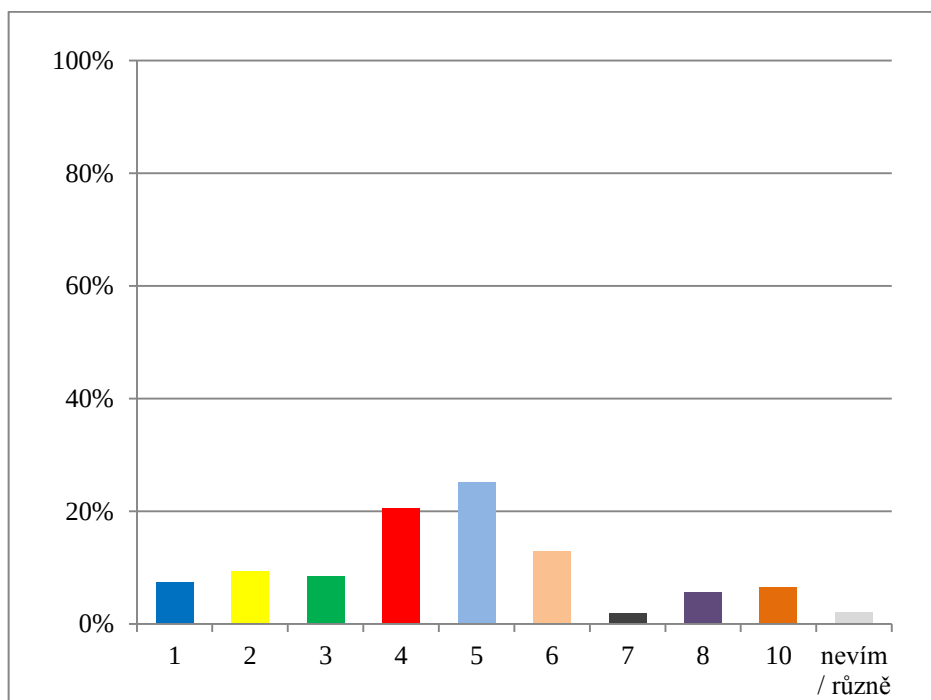
Graf 2: Na jakém oddělení pracujete?

Druhá otázka byla zaměřena na oddělení, na kterém respondenti pracují. Zde jsou výsledky následující – 26 % pracuje na oddělení chirurgickém, 7 % na oddělení ortopedickém, 21 % na interním oddělení, 0 % na kožním, 9 % na oddělení SLF (urologické, gynekologické a ORL), 14 % na oddělení infekčním a 22 % na ODN, LDN.



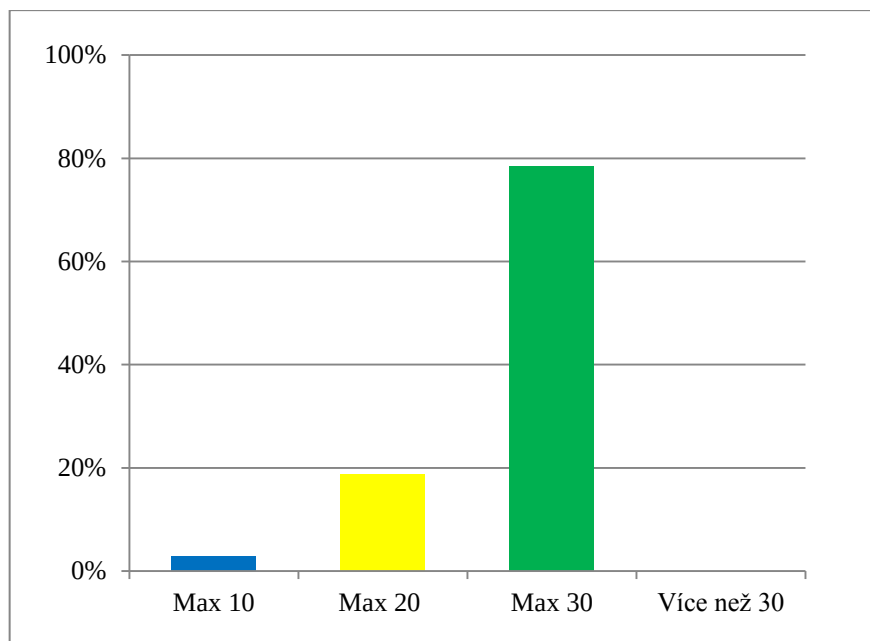
Graf 3: Jak dlouhá je Vaše běžná pracovní doba?

Ve třetí otázce jsem zjišťovala délka běžné pracovní doby. Z výsledků je patrné, že téměř většina respondentů (97 %) nepracuje déle než 12 hodin, pouze 3 % mají maximální pracovní dobu 8 hodin. Nikdo nemá běžnou pracovní dobu kratší než 8 hodin.



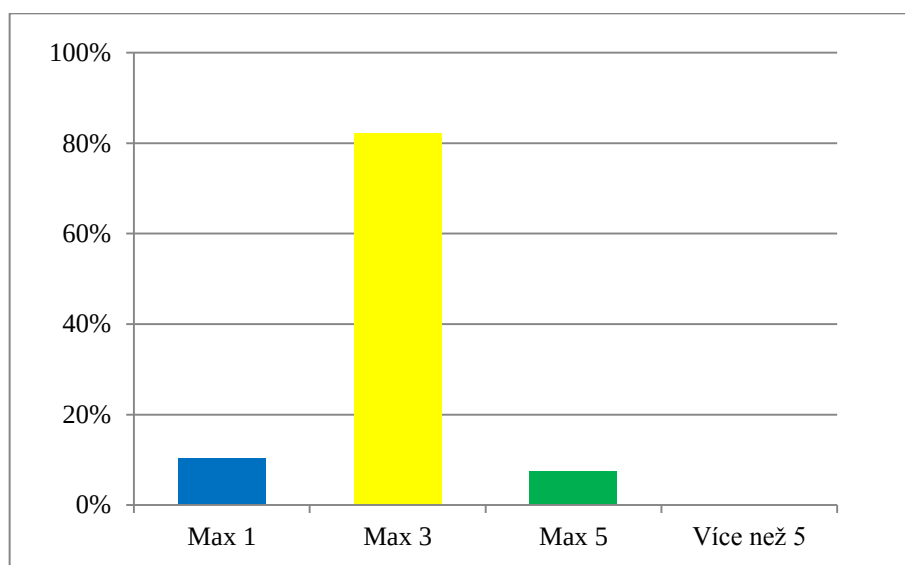
Graf 4: „Během své pracovní doby věnuji přímé ošetrovatelské činnosti pacientů v průměru X hodin.“

Tato otázka se zabývala zjištěním, kolik hodin v průměru věnují sestry přímé ošetrovatelské činnosti pacientů. Bylo zjištěno, že tato průměrná doba se velmi liší. Z celkového počtu dotázaných 25 % věnuje přímé ošetrovatelské činnosti pacientů 5 hodin, dále pak 21 % 4 hodiny, 13 % 6 hodin, 9 % 2 hodiny, 8 % 3 hodiny, 7 % pouze 1 hodinu nebo naopak 10 hodin, 6 % 8 hodin a 2 % odpověděly 7 hodin, stejně tak jako nevím či různě.



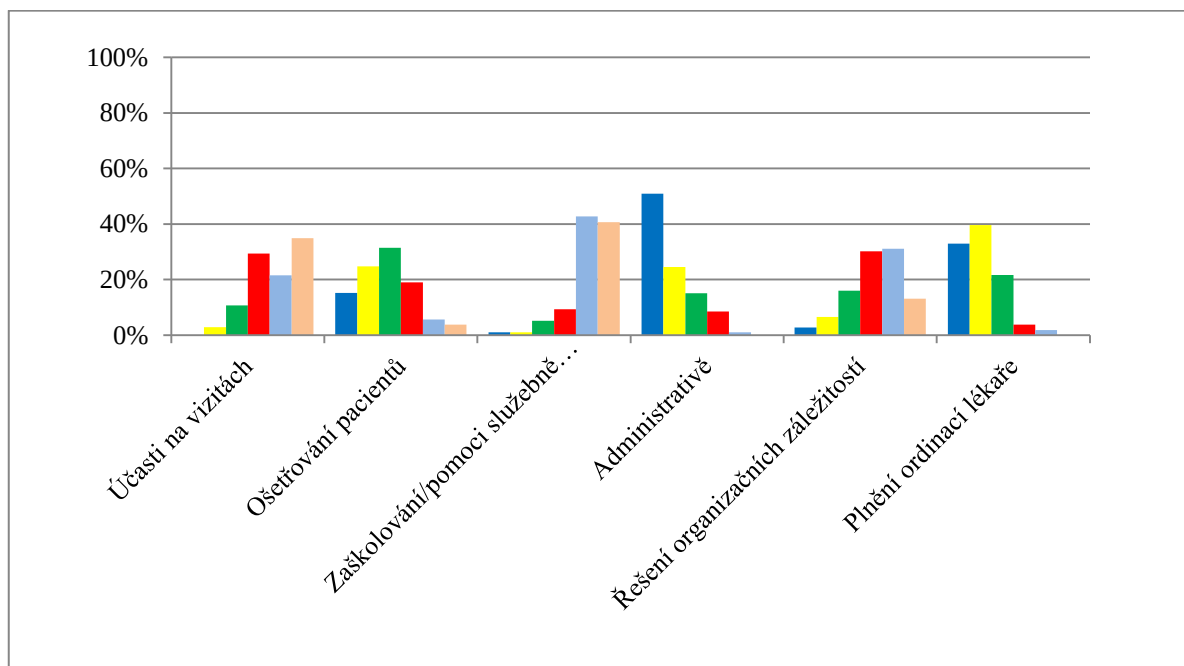
Graf 5: Kolik pacientů je v průměru umístěno na oddělení, v němž trávíte většinu své pracovní doby?

Otázka č. 5 zjišťovala, kolik je průměrně pacientů na oddělení, kde sestry tráví většinu pracovní doby. Zde bylo zjištěno, že na většině oddělení (79 %) je maximálně 30 pacientů. V 19 % je maximálně 20 pacientů, maximální počet 10 pacientů má 2 % oddělení a žádné nemá více jak 30.



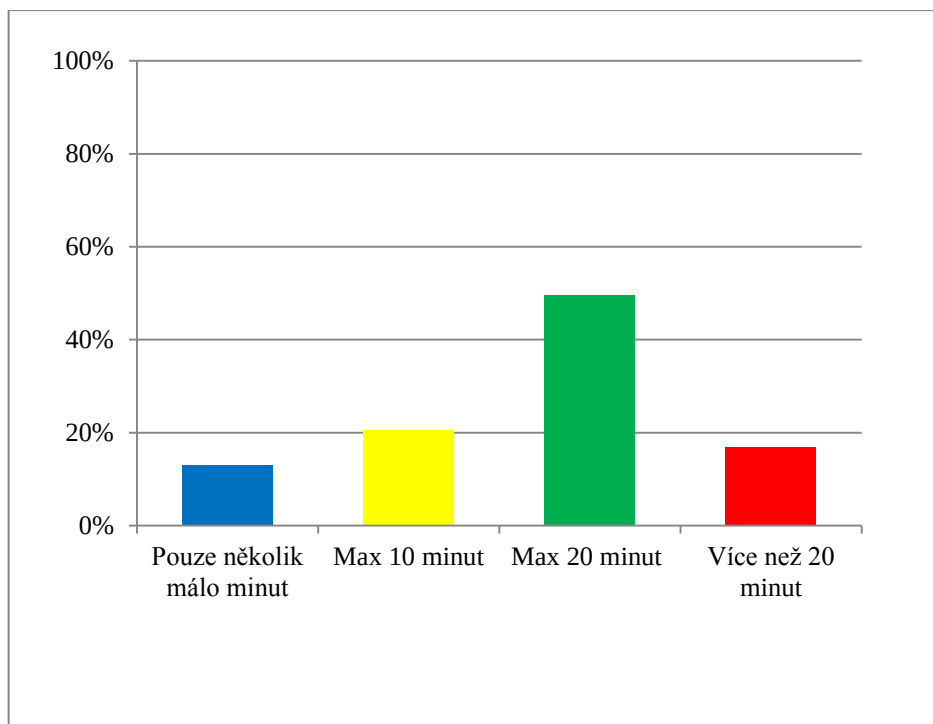
Graf 6: Kolik sester (kromě Vás) je ve stejnou dobu přítomno na oddělení, v němž trávíte největší část své pracovní doby?

Následující otázka zjišťovala, kolik sester je ve stejnou dobu přítomno na oddělení, v němž dotazovaná sestra tráví největší část pracovní doby. Zde bylo zjištěno, že ve většině případů (82 %) jsou na oddělení maximálně další 3 sestry. V 10 % je přítomna pouze jedna další sestra a v 7 % pak je maximálně na oddělení dalších 5 sester. V žádném případě není na oddělení více jak 5 sester.



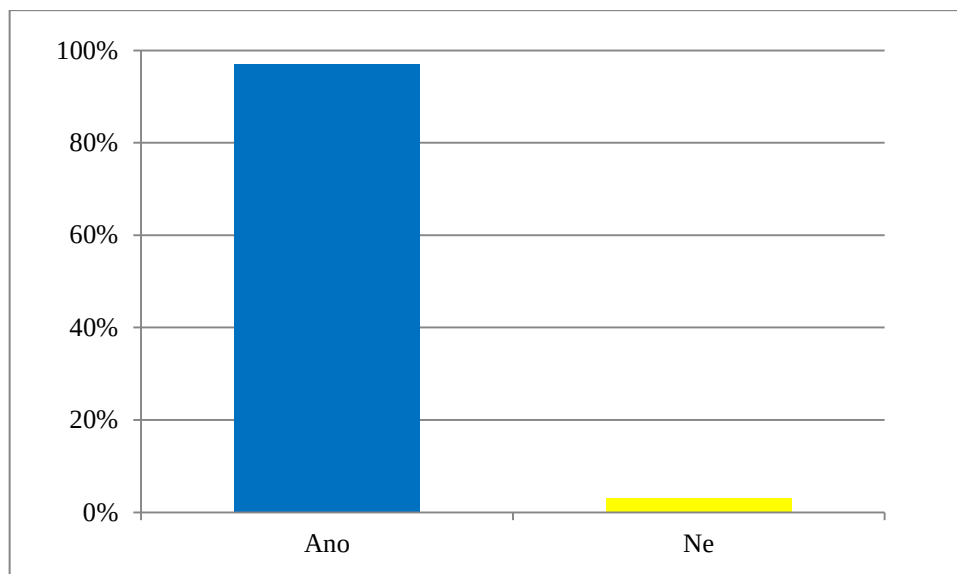
Graf 7: Které ze jmenovaných činností věnujete v rámci jedné pracovní směny největší podíl svého času?

V další otázce jsem zjišťovala, které konkrétní činnosti se dotazované sestry věnují nejvíce v rámci jedné pracovní směny. Bylo zjištěno, že nejvíce času věnují sestry administrativě, následně pak plnění ordinací lékaře. Naopak nejméně času věnují dle jejich názoru zaškolování či pomoci služebně mladším kolegům a kolegyním a účasti na vizitách. Ošetřování pacientů patří dle sester mezi průměrně důležité činnosti, jimž je věnována zhruba čtvrtina jedné pracovní směny.



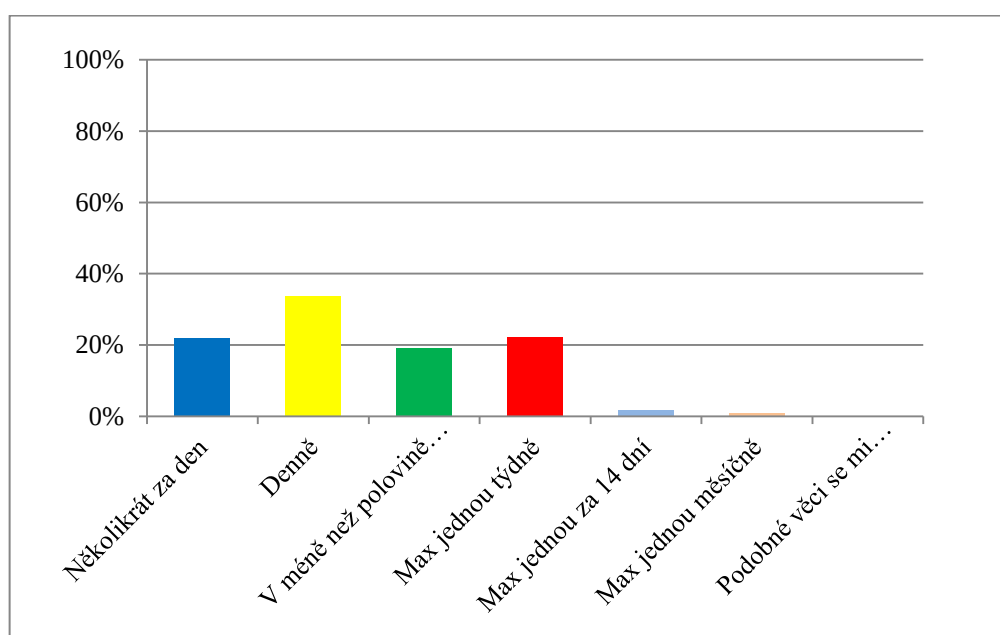
Graf 8: Kolik času během jedné pracovní směny v průměru strávíte v osobním kontaktu s jedním pacientem?

Následně bylo zjišťováno, kolik času během jedné pracovní směny v průměru tráví sestry o osobním kontaktu s jedním pacientem. Zde výsledky vypovídají o tom, že polovina sester (50 %) tráví s jedním pacientem maximálně 20 minut. Maximálně 10 minut s jedním pacientem tráví 21 % dotazovaných, 17 % pak s jedním pacientem tráví více jak 20 minut a 13 % věnuje jednomu pacientovi pouze několik málo minut.



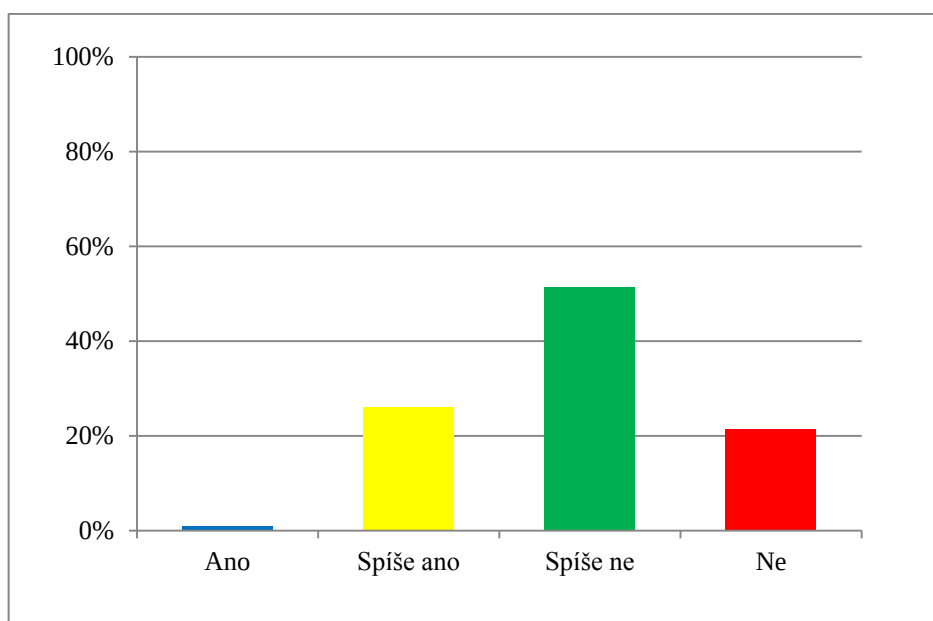
Graf 9: Stalo se Vám někdy, že jste věnoval/a kratší než ideální čas pacientovi při jeho ošetřování z důvodu nutnosti plnění jiných neodkladných (neošetřovatelských) pracovních úkolů?

Následující otázka se ptala, zda sestrám někdy stalo, že věnovaly kratší než ideální čas pacientovi při jeho ošetřování z důvodu nutnosti plnění jiných neodkladných (neošetřovatelských) pracovních úkolů. Výsledky bohužel ukazují na to, že naprostá většina (97 %) tuto situaci zažila. Pouze 3 % odpovědělo, že se jim nikdy nestalo, že by věnovaly kratší než ideální čas pacientovi při jeho ošetřování z důvodu nutnosti plnění jiných neodkladných (neošetřovatelských) pracovních úkolů.



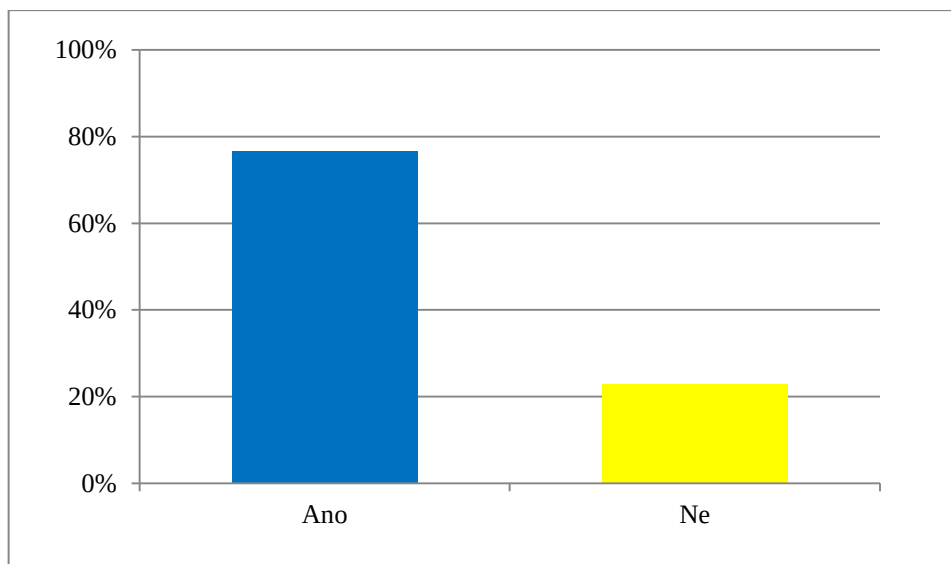
Graf 10: Jak často k situacím popsaným v otázce číslo 10 výše u Vás v průměru dochází?

Další otázka pak zjišťovala, jak často k situacím popsaným v předešlé otázce v průměru dochází. Z grafu je patrné, že 22 % věnuje kratší než ideální čas pacientovi několikrát za den, 34 % denně, 19 % v méně než polovině pracovních směn. Naproti tomu také 22 % věnuje kratší než ideální čas pacientovi maximálně jednou týdně, 2 % maximálně jednou za 14 dní a 1 % maximálně jednou za měsíc.



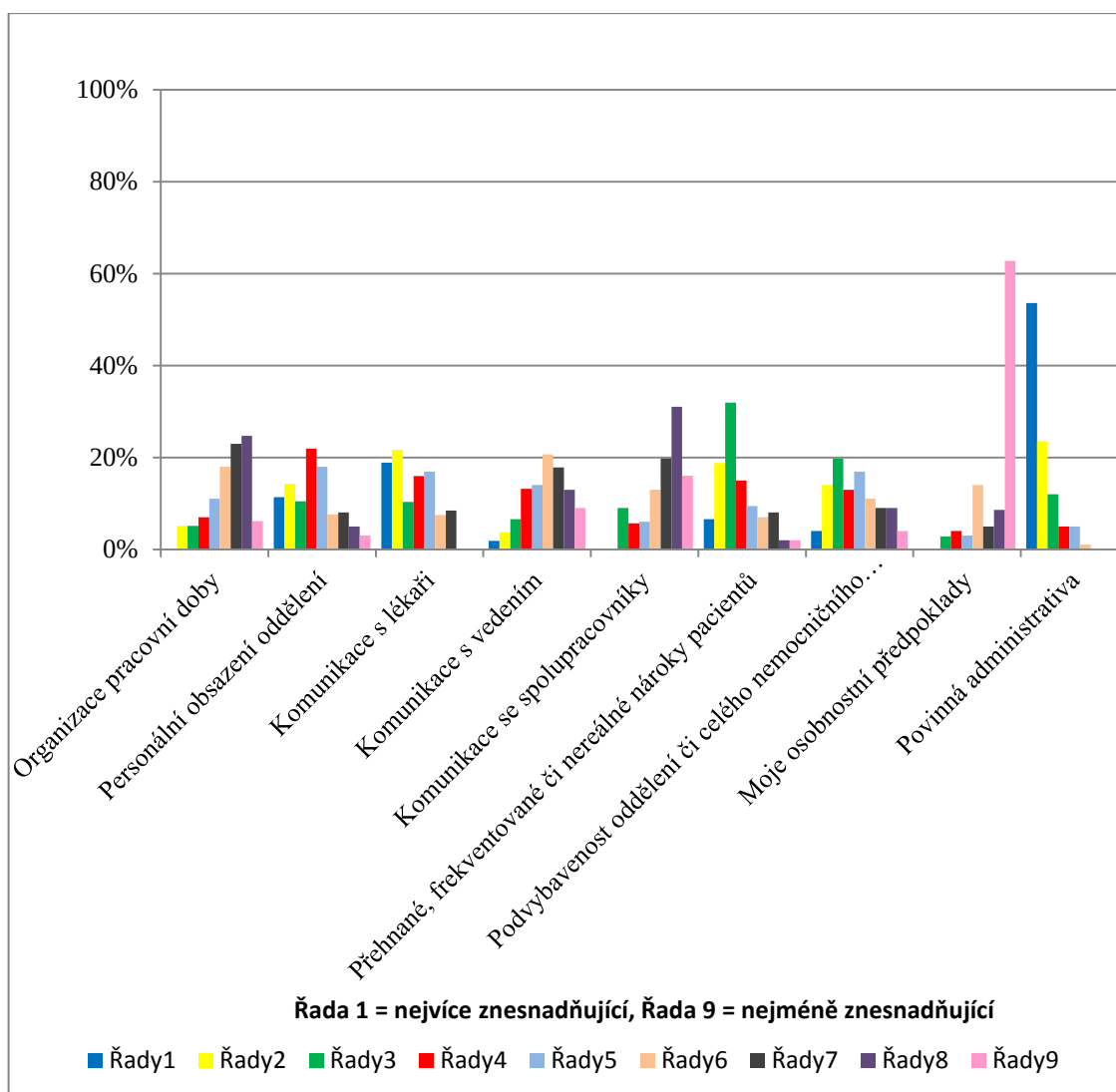
Graf 11: Máte osobně pocit, že na potřebné ošetrovatelské úkony u pacientů máte dostatek času?

Tato otázka byla zaměřena na zjištění, zda mají sestry osobní pocit, že na potřebné ošetrovatelské úkony u pacientů mají dostatek času. Nepříliš pozitivní zjištění bylo, že více jak polovina (51 %) spíše dostatek času nemá. Zhruba čtvrtina (26 %) odpověděla, že čas spíše má, zatímco podobné procento dotázaných (21 %) jednoznačně odpovědělo, že dostatek času nemá. Pouze 1 % má osobní pocit, že má dostatek času na ošetrovatelské úkony u pacientů.



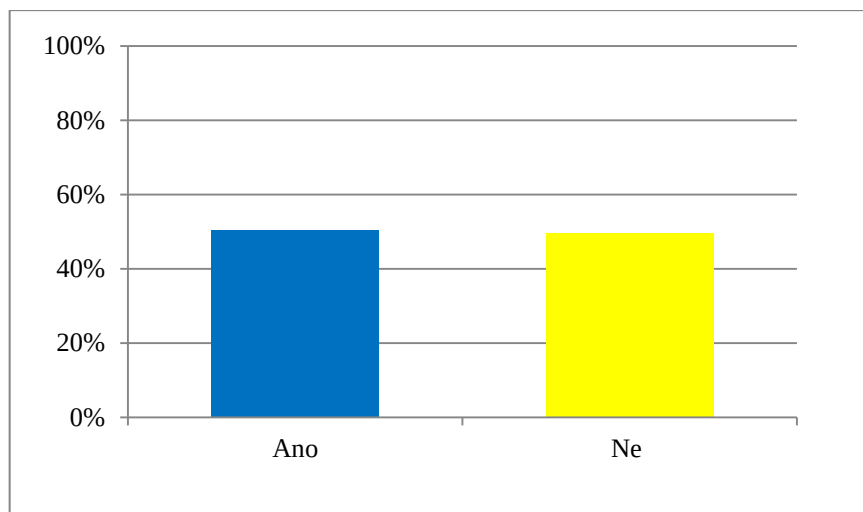
Graf 12: Myslíte si, že je na Vašem oddělení dobře organizováno rozdělení rolí personálu a z nich vyplývajících pracovních úkonů?

V další otázce jsem zjišťovala názor sester, zda je na jejich oddělení dobře organizováno rozdělení rolí personálu a z nich vyplývajících pracovních úkonů. Většina (77 %) odpovědělo ano, každý ví, co má dělat a kde má být, což předchází časovým „prostopřím“ a dovoluje mi pečovat o pacienty v případě jejich potřeby či požadavku. Pouze necelá čtvrtina (23 %) odpověděla, že ne, nemyslí si, že zlepšení organizace práce by mohlo vést k zefektivnění využití času mé pracovní doby tak, aby bylo z mé strany možné lépe pečovat o potřeby pacientů.



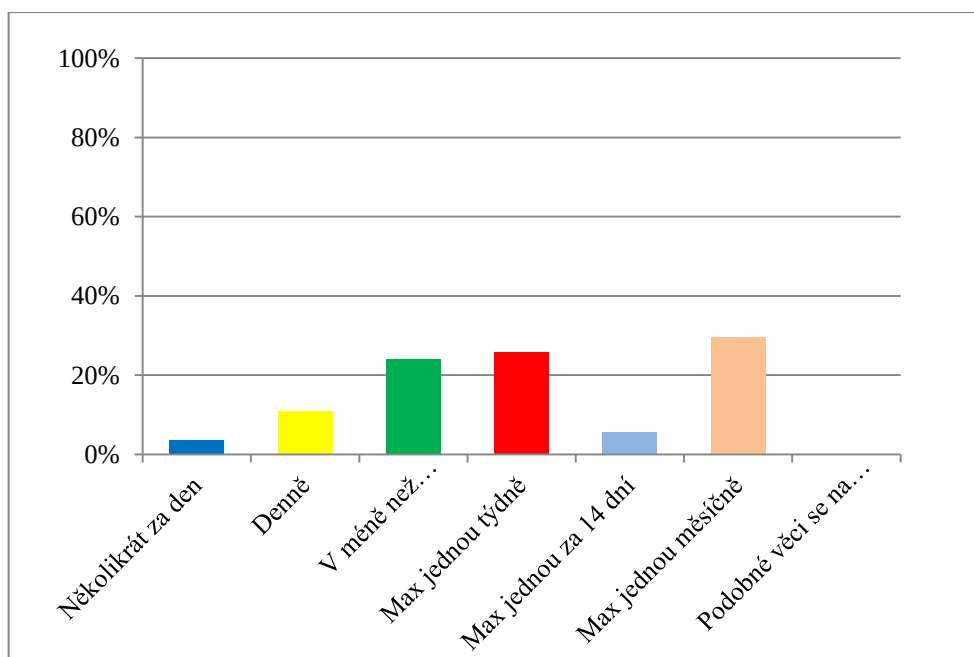
Graf 13: Které z následujících faktorů dle Vaší osobní zkušenosti nejvíce znesnadňují (zpomalují, ztěžují, znemožňují) péči o pacienty z Vaší strany?

Tato otázka byla věnována faktorům, které dle názoru sester nejvíce znesnadňují (zpomalují, ztěžují, znemožňují) péči o pacienty z jejich strany. Výsledky ukazují na to, že tímto faktorem je nejvíce povinná administrativa. To je v souladu s otázkou č. 7, kdy byla administrativa označena jako činnost, jíž je věnována největší část pracovní směny sester. Dalším faktorem znesnadňujícím péči o pacienty je dle sester přehnané, frekventované či nereálné nároky pacientů či podvybavenost oddělení či celého nemocničního zařízení. Naopak nejmenší překážku v péči o pacienty vidí sestry své vlastní osobní předpoklady.



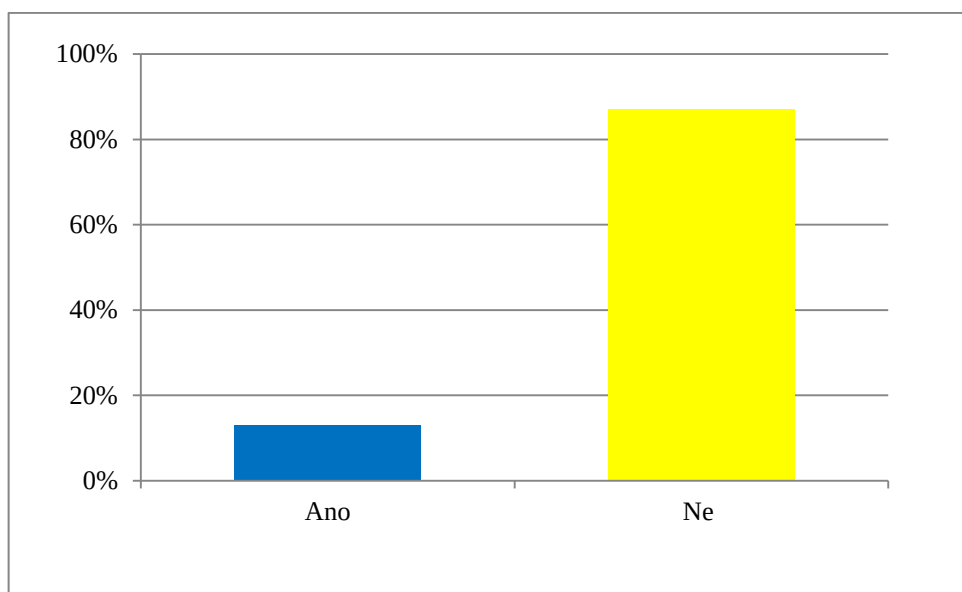
Graf 14: Zažil/a jste někdy situaci, kdy byly zdraví či prospívání pacienta ohroženy kvůli neadekvátní ošetrovatelské péči (z důvodu nedostatku zdrojů, času, neefektivitě komunikace apod.)?

Dále jsem zjišťovala, zda sestry zažily někdy situaci, kdy byly zdraví či prospívání pacienta ohroženy kvůli neadekvátní ošetrovatelské péči (z důvodu nedostatku zdrojů, času, neefektivitě komunikace apod.). Zde byly zajímavé výsledky. Polovina (50,46 %) odpověděla, že tuto situaci zažila, druhá polovina (49,54 %) nezažila.



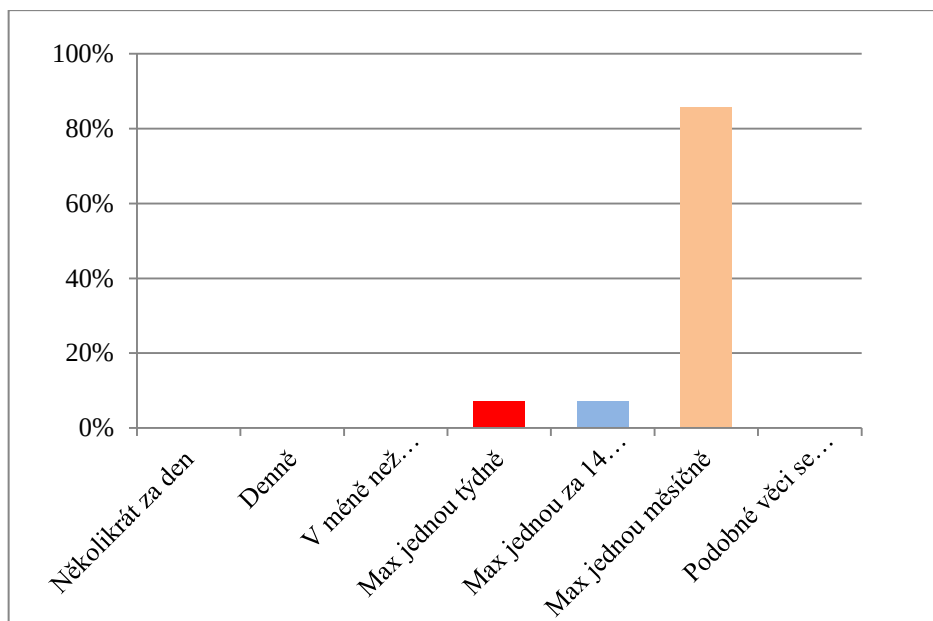
Graf 15: Jak často podle Vaší zkušenosti k situacím popsaným v otázce č. 15 na Vašem oddělení dochází?

Další otázka pak zjišťovala, jak často k situacím popsaným v předešlé otázce v průměru dochází. Z grafu je patrné, že pouze v 4 % případů dochází k situaci, kdy byly zdraví či prospívání pacienta ohroženy kvůli neadekvátní ošetrovatelské péči (z důvodu nedostatku zdrojů, času, neefektivity komunikace apod.), několikrát za den, v 11 % dochází k této situaci denně, v 24 % v méně než polovině pracovních směn, maximálně jednou týdně k této situaci dochází u 26 % dotázaných, maximálně jednou za 14 dní u 6 % případů a u 30 % maximálně jednou za měsíc.



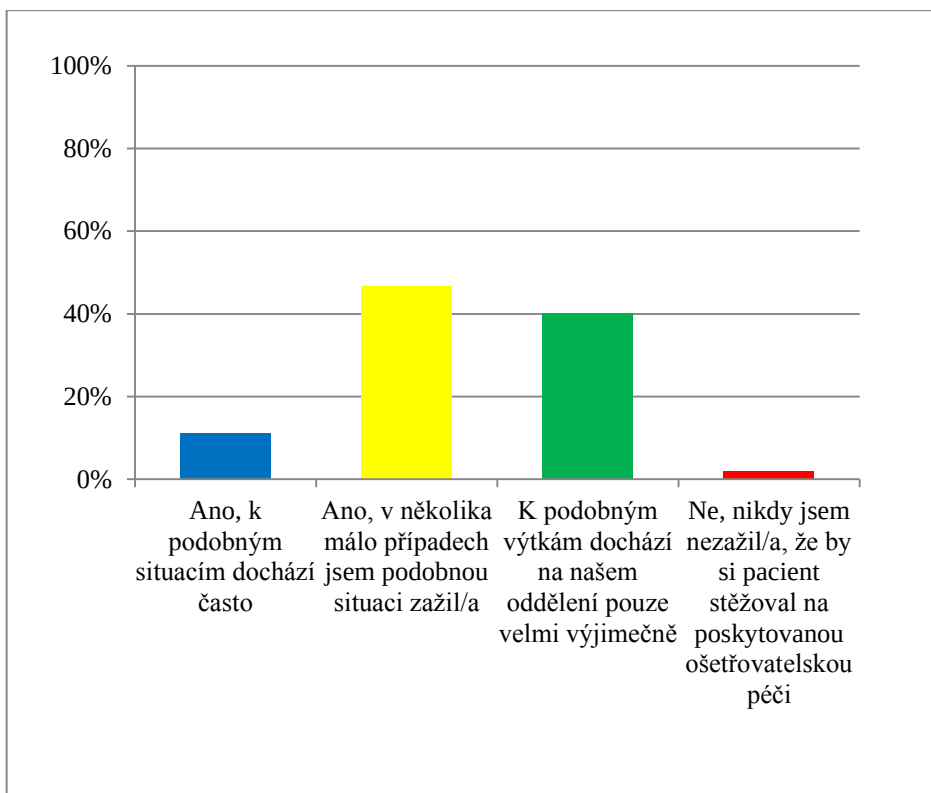
Graf 16: Zažil/a jste někdy situaci, kdy byl z důvodu neadekvátní ošetrovatelské péče (opět kvůli nedostatku zdrojů, času, neefektivity komunikace apod.) ohrožen přímo pacientův život?

Dále nás zajímalo, zda sestry někdy zažily situaci, kdy byl z důvodu neadekvátní ošetrovatelské péče (opět kvůli nedostatku zdrojů, času, neefektivity komunikace apod.) ohrožen přímo pacientův život. Zde byly výsledky pozitivní. Pouze 13 % respondentů odpovědělo, že tuto situaci zažilo, většina (87 %) ji nezažila.

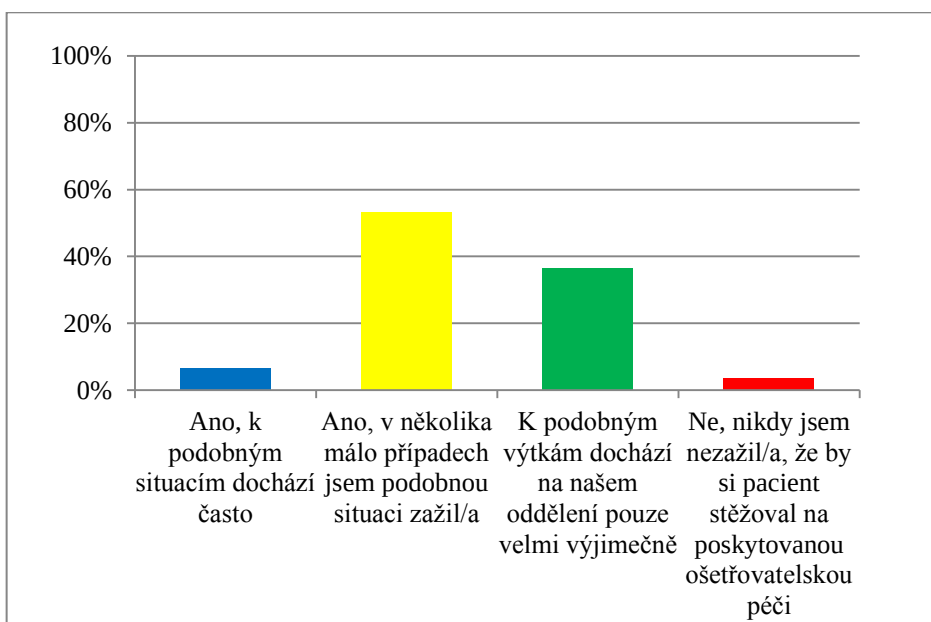


Graf 17: Jak často podle Vaší zkušenosti k situacím popsaným v otázce č. 17 na Vašem oddělení dochází?

Další otázka pak zjišťovala, jak často k situacím popsaným v předešlé otázce v průměru dochází. Z grafu je patrné, že u většiny (86 %) z celkového počtu případů dochází k situaci, kdy byl z důvodu neadekvátní ošetrovatelské péče (opět kvůli nedostatku zdrojů, času, neefektivity komunikace apod.) ohrožen přímo pacientův život maximálně jednou za měsíc, v 7 % pak k takové situaci dochází maximálně jednou týdně či maximálně jednou za 14 dní.

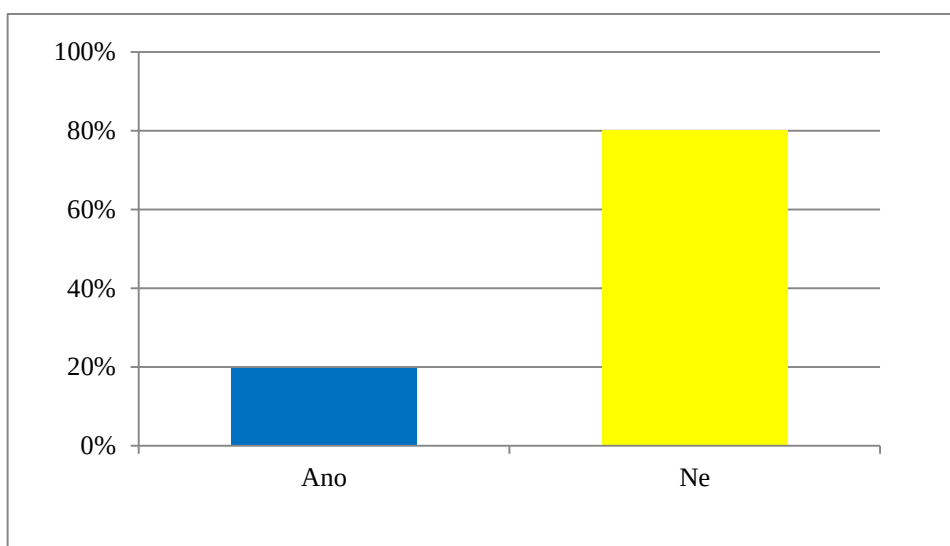


Graf 18: Máte zkušenosti s tím, že by si na Vašem oddělení pacienti stěžovali na nedostatečnou či neadekvátní ošetrovatelskou péči?



Graf 19: Máte zkušenosti s tím, že by si na Vašem oddělení stěžovali příbuzní pacientů na nedostatečnou či neadekvátní ošetrovatelskou péči poskytovanou jejich blízkým?

Dvě předposlední otázky byly zaměřeny na zkušenosti sester s fakty, že by si na jejich oddělení stěžovali na nedostatečnou či neadekvátní ošetrovatelskou péči pacienti či jejich příbuzní. Výsledky ukazují na to, že podobnou situaci zažila naprostá většina sester. Pouze 2 % uvádí, že nikdy nezažily, že by si pacient stěžoval na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Situaci, kdy by si stěžovali na nedostatečnou či neadekvátní ošetrovatelskou péči příbuzní pacienta, nezažilo 4 % dotázaných. K situaci, že by si pacient stěžoval na poskytovanou ošetrovatelskou péči, dochází často v 11 % případů, 47 % zažilo tuto situaci v několika málo případech a 40 % uvádí, že k podobným výtkám dochází na oddělení pouze velmi výjimečně. K situaci, že by si stěžovali pacienti příbuzní, dochází často v 7 % případů, 53 % zažilo tuto situaci v několika málo případech a 36 % uvádí, že k podobným výtkám dochází na oddělení pouze velmi výjimečně.



Graf 20: Domníváte se, že se v současnosti sestry v reálné praxi věnují zejména, tedy převážně, ošetřování pacientů?

Poslední otázka dotazníku zjišťovala, zda se sestry domnívají, že se v současnosti sestry v reálné praxi věnují zejména, tedy převážně, ošetřování pacientů. Zde bylo zjištěno, že většina sester (80 %) se tak nedomnívá. Pouze pětina (20 %) sester si myslí, že se v současnosti v reálné praxi věnují zejména, tedy převážně, ošetřování pacientů.

3 Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce s názvem „Role sestry – kolik času věnuje sestra roli ošetrovatelské“ si stanovila dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké role převažují v současné pracovní náplni sestry. Druhý cíl se zaměřil na jednu z primárních rolí a cílem bylo zjistit, kolik tráví sestra v pracovní době rolí ošetrovatelskou. Ze stanovených cílů bakalářské práce byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Ty se staly základem pro sestavení dotazníku pro realizaci samotného výzkumu (příloha č. 1) na devíti lůžkových odděleních zdravotnického zařízení v Třebíči. Vyplněných dotazníků bylo vráceno 107, tedy 89 % z celkově 120 rozdaných dotazníků. Ke zpracování výzkumu bylo tedy použito odpovědí 107 respondentů. Získaná data byla zpracována formou grafu a tabulek. Nebyly přitom rozlišovány výsledky získané na jednotlivých odděleních uvedeného zdravotnického zařízení.

Úvodní dvě otázky dotazníku se zaměřily na délku praxe sester a na to, na jakém oddělení nemocnice pracují. Nejvyšší počet respondentů (37 %) uvedl praxi na pozici sestry v délce 15 a více let. Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou bylo 28 % respondentů s praxí v rozmezí 11–15 let. Třetí skupinu respondentů s 20 % tvořily sestry s praxí do 5 let. Nejméně zastoupenou skupinou respondentů (15 %) byly sestry s praxí od 6 do 10 let. Respondenty výzkumu byly v převážné většině sestry s dlouholetou ošetrovatelskou praxí a znalostí fungování konkrétních oddělení. Struktura respondentů rozdělených na oddělení obsahovala z 26 % chirurgické oddělení, z 22 % ODN a LDN, z 21 % interní oddělení. Nejvíce zastoupená byla oddělení s nejvyšším počtem lůžek. Rozdělení ostatních respondentů dle oddělení bylo následující: 14 % infekční oddělení, shodně po 9 % urologické oddělení, gynekologické oddělení a oddělení ORL. Nejmenší skupina respondentů (7 %) pracovala na ortopedickém oddělení.

3.1 Zhodnocení 1. výzkumné otázky

První výzkumná otázka analyzuje rozdělení pracovní doby sestry mezi jednotlivé role. K tomuto tématu lze dohledat v českých vědeckých pracích a odborných výzkumech velmi málo relevantních údajů. Ucelená studie chybí. Taktéž v zahraničních odborných pracích lze dohledat pouze několik výzkumů, které se zabývají rozdělením pracovního času sestry mezi její jednotlivé role. Pro srovnání využiji tedy studii provedenou v USA s názvem „How Do Medical – Surgical Nurses Spend Their Time?“, realizovanou

v letech 2005/2006 (Hendrich, 2008) a australskou studii s názvem „How much time do nurses have for patients?“ (Westbrook, 2011) realizovanou v letech 2005/2006 a následně ověřovanou v roce 2008. K této první výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 3, 4, 7 a 8, nepřímo otázky č. 5 a 6.

Otázkou č. 3 byla zjišťována délka pracovní doby. 97 % respondentů uvedlo pracovní dobu maximálně 12 hodin, 3 % respondentů uvádí pracovní dobu maximálně 8 hodin. U žádného z respondentů není délka pracovní doby kratší než 6 hodin a ani delší než 12 hodin. Ze získaných dat lze vyvodit, že na lůžkových odděleních dominuje dvanáctihodinová pracovní doba, během které realizují sestry jednotlivé role. Z výzkumu provedeného Beňadikovou a Rapčíkovou (2009) vyplývá, že sestry vykonávají často práci přesčas. V 44,5 % je to z důvodu čerpání dovolených a v 43 % z důvodu nedostatku personálu. Pidrmanová (2009) uvádí práci přesčas na standardních odděleních v 72 %. Abychom upřesnili představu o počtech pacientů, o které sestra pečuje během běžné pracovní doby a o personálním obsazení oddělení, položili jsme respondentům otázky č. 5 a 6. Z odpovědí vyplynulo, že na většině oddělení (79 %) je maximálně 30 pacientů. V 19 % je maximum 20 pacientů a nejmenší počet pacientů (10) má 2% oddělení. 82 % respondentů uvádí, že na oddělení jsou během pracovní doby maximálně 3 sestry. Tato hodnota byla očekávaná a vycházela ze zjištěných počtů pacientů na odděleních. Podle zveřejněných údajů ČAS se sestra stará během své pracovní doby průměrně o 24 pacientů, především se jedná o standardní oddělení a oddělení následné péče. Na vině je nedostatek zdravotníků během pracovní doby (Prezidium ČAS, 2013). Dle názoru Šnajdrové (2019) by se při monitoringu a úpravě současných povinností sestry v rámci její pracovní náplně zjistilo, že ve zdravotnictví nechybí 3000 sester, ale pomocný personál. Maximálně jednu sestru na oddělení uvádí 10 % respondentů. Personální obsazení maximálně pěti sestrami uvádí 7 % respondentů. Z výše uvedených zjištění lze vyvodit, že na jednu sestru ve zdravotnickém zařízení v Třebíči připadá během běžné dvanáctihodinové pracovní doby průměrně 10 pacientů.

Jak dělí sestra svoji pracovní dobu mezi jednotlivé role, zjišťovala otázka č. 7. Respondenti současně přiřazovali k časové náročnosti rolí hodnoty 1-6. Ze zjištěných odpovědí vyplynulo, že 51 % respondentů nejvíce vytěžuje administrativa. Beňadiková a Rapčíková (2009) dospěly v rámci svého výzkumu k výsledku, že 54 % sester označilo jako nejvíce zatěžující vyplňování ošetrovatelské dokumentace a jiné administrativy. Podle Kotíka (2017) došlo k největšímu nárůstu administrativy

za posledních deset let. Spotřeba papíru na jeden ošetrovací den stoupla 4,4krát ve srovnání s rokem 2006. Přičemž počet dnů, které stráví pacient na lůžku, poklesl z 12 dnů v roce 1996 a 9 dnů v roce 2006 až na 6 dnů na lůžku v roce 2017.

Hodnota zjištěná v našem dotazníkovém šetření koresponduje také s americkou studií (Hendrich, 2008), která uvádí, že sestra stráví administrativou 35,3 % denní pracovní doby, což odpovídá 147,5 minutám. Australská studie (Westbrook, 2011) provedená metodou WOMBAT ve dvou odděleních fakultních nemocnic v Sydney v letech 2005/2006 a následně v roce 2008 uvádí, že sestry strávily dokumentací pouhých 9,7 % v letech 2005/2006 a v roce 2008 7,3 %. Vysoké procento administrativní práce v českých zdravotnických zařízeních souvisí s rozsáhlou dokumentací celého ošetrovatelského procesu a provozu oddělení. Administrativa se prolíná všemi rolmi sestry. V roli ošetrovatelské musí zaznamenávat ošetrovatelský proces, jako manažerka dokumentuje řízení a kontrolu probíhajících procesů. V roli edukátorky provádí záznamy o edukaci pacienta/rodiny, jako mentorka zaznamenává praxi studentů zdravotnických studií. ČLK považuje nárůst zbytečné administrativy za jednoznačně negativní, odvádějící sestry od péče o pacienty (Kotík, 2017). Ze všeobecně uznávaných rolí sestry, které popisují v teoretické části bakalářské práce, vyplývá v současnosti i role sestry – administrativní pracovnice. Výzkumná část této bakalářské práce potvrdila, že tato role vyplňuje velkou část pracovní doby sester. O to překvapivější je výsledek citované australské studie (Westbrook, 2011) uvádějící podíl administrativní práce 9,7 % respektive 7,3 %.

V otázce č. 7 ve výzkumné části bakalářské práce zvolilo 33 % respondentů za druhou nejvíce časově náročnou činnost plnění ordinací lékaře, kterou lze zařadit pod sesterskou roli ošetrovatelskou. Jak uvádí Plevová (2011a) jedná se o důležitou činnost sestry, při které je zcela zásadní spolupráce s lékařem. Plusem v českém zdravotnictví je fakt, že je lékař stále na oddělení k dispozici sestrám a pacientům. Podle Nancy Hay (2005) je situace v amerických nemocnicích odlišná. Lékaři nejsou na odděleních 24 hodin denně, dochází obvykle jednou za den. Sestra tedy musí být zkušená a vzdělaná tak, aby byla schopna vyhodnocovat např. výsledky laboratorních testů a na jejich základě směřovat další léčbu. České sestry tuto povinnost a kompetence nemají, přesto jsou mnohdy nuceny suplovat povinnosti lékaře. Jak uvádí Beňadiková a Rapčíková (2009) ve svém výzkumu, 37 % sester uvedlo, že občas musí převzít povinnosti lékaře, ale záleží na konkrétním lékaři. 45,5 % respondentů uvedlo, že povinnosti lékaře přebírá

v mimořádných situacích, kdy je nutný rychlý zásah v zájmu záchrany života pacienta. Americká studie (Hendrich, 2008) výzkumem na 767 respondentech uvádí, že příprava medikace zabere sestrám 17,2 % pracovní doby. Studie provedená v australském Sydney (Westbrook, 2011) uvádí, že sestra stráví přípravou medikace 19 % času ze své pracovní doby, přičemž studie nezaznamenala změnu mezi rokem 2005 a 2008. Australská studie (Westbrook, 2011) uvádí, že přímou péčí, nepřímou péčí, přípravou medikace a profesionální komunikací strávila sestra 76,4 % pracovní doby v roce 2005. O tři roky později to bylo už 81 %. To lze považovat za výborný výsledek ve srovnání se zjištěními ve výzkumné části této bakalářské práce. Ošetrovatelská činnost by měla v pracovní době sestry převažovat.

Třetí činností, která nejvíce zaměstnává sestry během jejich pracovní doby, je ošetřování pacientů, které uvedlo 15 % respondentů. Jedná se o přímou péči o pacienta. V dotazníkové otázce č. 8 uvádějí respondenti, kolik času stráví v osobním kontaktu s jedním pacientem. Nejfrekventovanější odpovědí bylo maximálně 10 minut (21 %) a maximálně 20 min (50 %). Z výsledku lze vyvodit, že průměrný čas, který věnuje sestra jednomu pacientovi v rámci pracovní směny, se pohybuje v rozmezí 10-20 minut. Výsledek je samozřejmě ovlivněn i velikostí oddělení. Například v případě chirurgického oddělení s kapacitou 30 lůžek a 3 sestrami ve službě by se jednalo při maximálním obsazení lůžek pacienty o 1,6 hodiny (13 %), které sestra věnuje přímé péči. Americká studie (Hendrich, 2008) pro srovnání uvádí, že sestra stráví péčí o pacienty 19,3 % své pracovní doby. Z uvedeného času ovšem stráví pouze 7,2 % přímou péčí, posuzováním a hodnocením životních funkcí pacienta. Australská studie (Westbrook, 2011) uvádí nárůst času stráveného přímou ošetrovatelskou péčí mezi roky 2005 a 2008 z 20,4 % na 24,8 %.

Manažerská role sestry zabírá dle respondentů málo času z pracovní doby. Jedná se o řešení organizačních záležitostí. Tuto roli má na starosti převážně staniční sestra. Sester se dotýká manažerská role ve fázi koordinace péče o pacienta, organizace jednotlivých vyšetření. Do této kategorie lze zařadit i koordinaci a řízení pomocného zdravotnického personálu. Beňadiková a Rapčíková (2009) ve svém výzkumu uvádějí, že největší zátěž pro sestry při delegování kompetencí na nižší či pomocný zdravotnický personál je neochota tohoto personálu vykonávat přidělené úkoly (32,5 %). Pro sestry pak vyvstává povinnost neustálých kontrol, zda byl úkol proveden a v jaké kvalitě (46,5 %). Americká studie (Hendrich, 2008) uvádí, že sestra věnuje koordinaci péče 20,6 % své pracovní doby.

Mentorská role je dle výzkumu této bakalářské práce časově nejméně zatěžující (1 %). Lze to přičíst faktu, že zaškolující se zdravotnický personál vykonává běžné pracovní činnosti společně se sestrami a pod jejich dohledem. Z pohledu sestry tedy není na mentorství vyčleněn konkrétní časový úsek, který by musel být sestrou zvládnut během její pracovní doby.

3.2 Zhodnocení 2. výzkumné otázky

Druhou výzkumnou otázkou se snažím objasnit, jaká omezení při plnění všech rolí sestry vyplývají pro její roli ošetrovatelskou. K druhé výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 4, 8, 9, 10, 11, 20, nepřímo 5, 7, 13.

Budeme-li vycházet ze zjištění první výzkumné otázky, je možné si odvodit, kolik času zbývá sestrám na roli ošetrovatelskou. Tato role byla v historickém kontextu primární. Nárůstem vzdělanosti sester, technického pokroku ve zdravotnictví a nárůstem kompetencí sester je upozadována role ošetrovatelská. V této výzkumné otázce se budeme věnovat přímé ošetrovatelské péči vykonávané sestrami. Čas věnovaný této péči se může lišit v závislosti na počtu lůžek na odděleních, počtem přítomných sester během pracovní doby, typem oddělení a druhem pracovní směny. Nejpočetněji byla zastoupena ve výzkumu této bakalářské práce tato oddělení: chirurgické, ODN a LDN, interní. Počet lůžek je uváděn v počtu maximálně 30. Čas věnovaný přímé péči u lůžka pacienta je ovlivněn i jeho aktuálním zdravotním stavem. Největším omezením při plnění všech rolí je čas, který jí zbývá na plnění ošetrovatelské role. Časové omezení přináší i stresové a konfliktní situace. Jak uvádí Plevová (2011) v takto vypjatých situacích se sestra stává pro lékaře a pacienty terčem jejich negativních reakcí. Ve výzkumu jsme se zaměřili především na časové omezení ošetrovatelské role sestry.

Dotazníková otázka č. 4 zjišťovala, kolik času tráví sestra přímou péčí o pacienty v rámci pracovní doby. Respondenti překvapivě uvedli, že přímé péči o pacienty věnují nejčastěji 4 hodiny (21 %), 5 hodin (25 %) a 6 hodin (13 %). Zbylé hodnoty se pohybovaly pod úrovní 10 % na obou koncích spektra. V případě nejfrekventovanějších odpovědí se jednalo o dobu přibližně 33-41 % pracovní doby. Současně však respondenti uvedli v otázce č. 8, že čas věnovaný jednomu pacientovi nepřesáhne 10 minut (21 %) a ani 20 minut (50 %). Mezi zjištěními v otázce č. 4 a otázce č. 8 spatřuji jistý nesoulad. Vysvětlit ho lze tak, že sestry sice mají na odděleních rozděleny konkrétní pacienty,

o které se starají. Ovšem v péči o jednoho pacienta si často vzájemně vypomáhají, čímž navyšují časový podíl přímé péče během své pracovní doby. Přímou péči komplikuje sestrám i současné rozložení lůžek na pokojích. Podle Šnajdrové (2017) byly dříve pokoje šestilůžkové, osmilůžkové i desetilůžkové. Sestra tak byla v přímém kontaktu s více pacienty najednou. Dnes jsou pokoje dvoulůžkové a třílůžkové, s ohledem na vyšší komfort soukromí pacientů, ale pokud se věnuje sestra přímé péči na jednom pokoji, ostatní pacienti ji nevidí. Taktéž přesuny mezi jednotlivými pokoji a přenášení pomůcek nutných pro práci sestry ubírá drahocenný čas.

V dotazníkové otázce č. 11 byla respondentům položena otázka, zda mají dostatečný čas na ošetrovatelské úkony u pacientů. V odpovědích 51 % respondentů převládá odpověď SPÍŠE NE, 26 % respondentů uvádí SPÍŠE ANO a 21 % uvedlo NE. Ze získaných faktů a výsledků otázky č. 8 lze vyvodit, že péči v délce maximálně 10 minut (1,3 %) respektive 20 minut (2,7 %) u jednoho pacienta nepovažují sestry za dostatečnou. Americká studie (Hendrich, 2008) uvádí čas na přímou péči v trvání průměrně 31 minut (7,2 %). Výrazně lepšího výsledku dosáhla australská studie (Westbrook, 2011) prováděná metodou WOMBAT. Ta zaznamenala čas věnovaný přímé péči v rozsahu 20,4 % v roce 2005 a ve 24,8 % v roce 2008. Dotazníkové šetření ČAS zveřejnilo ve svém výzkumu, že 81,8 % respondentů uvedlo, že nemohou pečovat o své pacienty tak, jak by si představovali. Důvodem je nadbytek jiné práce, která musí být vykonána v rámci pracovní směny (Česká asociace sester, 2013). Výsledek studie ČAS koresponduje se zjištěními ve výzkumné části této bakalářské práce.

Na dotazníkovou otázku č. 9, jestli sestra věnovala kratší než ideální čas pacientovi při jeho ošetřování z důvodu plnění jiných neošetrovatelských činností, odpovědělo 97 % respondentů kladně. Znamená to, že sestra je při své přímé ošetrovatelské činnosti velice často vyrušována nutností plnit jiné neodkladné úkoly v rámci pracovní směny, které nesouvisí s ošetřováním pacientů. K těmto vyrušením dochází dle odpovědí respondentů na dotazníkovou otázku č. 10 denně (34 %), několikrát za den (22 %), v méně než polovině směny (19 %). Odpověď maximálně 1x týdně zvolilo 22 % respondentů. Australská studie (Westbrook, 2011) pozorovala taktéž počet vyrušení při činnosti sestry. Zjištěna byla dvě vyrušení za hodinu. Jednalo se o krátká vyrušení kvůli rychlému vykonání jiné činnosti. Tato přerušení se z 27 % týkala medikace, což vyvolává potenciální riziko chyb při přípravě medikace.

Zjištění z výzkumné otázky č. 2 lze tedy shrnout takto. Nárůst administrativy, velké množství vedlejších úkolů neošetrovatelského charakteru a činnost vykonávaná sestrami z důvodu nedostatku pomocného personálu odvádí sestry od lůžek pacientů. Čas věnovaný jednomu pacientovi v trvání maximálně do 20 minut za směnu považují za neadekvátní. Obdobný závěr vyplynul z dotazníkové otázky č. 20, ve které 80 % respondentů uvedlo, že se v reálné praxi nevěnují převážně ošetřování pacientů.

3.3 Zhodnocení 3. výzkumné otázky

Třetí výzkumná otázka se zabývala faktory nejvíce limitujícími ošetrovatelský proces. Vztahovaly se k ní dotazníkové otázky č. 13, nepřímo č. 12, 18 a 19.

V dotazníkové otázce č. 13 jsme se soustředili především na vnější faktory. Je velmi obtížné měnit a ovlivňovat vnitřní faktory. Zatímco ty vnější, které se projevují např. vhodným pracovním klimatem, může zaměstnavatel lehce ovlivnit a měl by tak činit.

Za nejvíce zpomalující a znesnadňující péči o pacienty uvedlo v dotazníkové části bakalářské práce 54 % respondentů opět povinnou administrativu. Ke stejnému závěru došlo dotazníkové šetření Beňadikové a Rapčíkové (2009). Za nejvíce zatěžující činnost označilo administrativu a ošetrovatelskou dokumentaci 54 % respondentů. Podle Pelikánové (2016), hlavní sestry Nemocnice Valašské Meziříčí, je hlavním důvodem vedení ošetrovatelského procesu u všech hospitalizací bez ohledu na jejich předpokládanou délku. Zástupkyně Kanceláře Ombudsmana pro zdraví Ilona Hlaváčová (Ze zdravotnictví, 2018) uvádí, že očekávané zjednodušení zdravotnické dokumentace má přinést novela vyhlášky č. 98/2012 Sb. s účinností většiny ustanovení od 24. července 2018. Záznamy o ošetrovatelské péči však bude nutné adaptovat na úrovni nemocnic. Pokud se to podaří, sníží se administrativní zátěž a sestrám bude zbývat více času na pacienty. V případě nečinnosti vedení nemocnic se ovšem nic nezmění.

Za druhý faktor, ztěžující práci sestrám, označilo 19 % respondentů komunikaci s lékaři. Na druhé straně je velice pozitivně hodnocena komunikace se spolupracovníky, hodnocena jako jeden z nejméně zatěžujících faktorů v péči o pacienta. Sestry společně tráví při pracovních směnách mnoho času a je tedy důležitá jejich komunikace a vzájemná výpomoc. Beňadiková a Rapčíková (2009) uvádějí zjištění, že 69,5 % respondentů považuje zdravotnický kolektiv za skupinu jedinců, kteří jsou schopni si vypomoci jak v pracovní rovině, tak i s problémy běžného života. Taktéž

australská studie (Westbrook, 2011) uvádí, že sestry spolupracují při ošetrovatelské péči v 57,6 % svého pracovního času a spolupráci s lékaři věnuje sestra pouze 3,7 % své pracovní doby.

V dotazníkové otázce č. 12 této bakalářské práce vyjádřilo 77 % respondentů názor, že na jejich oddělení je dobře organizované rozdělení rolí. Lze tedy vyvodit, že komunikace mezi sestrami navzájem funguje bez větších nesnází a neztěžuje jim ošetrovatelskou péči.

Komunikace s lékaři je už problematičtější. Sestry ji vnímají jako ztěžující a zpomalující ošetrovatelskou činnost. Na vině může být i nedostatečný respekt, který mají sestry u lékařů. Jak uvádí Beňadiková a Rapčíková (2009) ve svém výzkumu, lékaři respektují sestry jen minimálně (31 %). Z dalších odpovědí uvedeného výzkumu vyplynulo, že záleží i na konkrétním lékaři a jeho věku. Starší lékaři přistupují k sestrám s větším respektem. Sestry si lékařský respekt jednoznačně zaslouží, poněvadž podle Beňadikové a Rapčíkové (2009) supluje i práci lékaře (45,5 %), jedná-li se o pacienta v ohrožení života. Podle Vévody (2013) je právě pochvala, respekt a přístup lékařského personálu důležitý pro pracovní spokojenost sester. Ta se projeví fungováním celého zdravotnického týmu a v péči o pacienty. V konečném důsledku jsou výše uvedené faktory pro sestry důležitější než mzdové ohodnocení.

Třetím zatěžujícím faktorem v péči o pacienty byly označeny přehnané nároky pacientů (7 %). V dotazníkové otázce č. 18 bylo zjištěno, že 47 % respondentů zažilo v několika případech stížnosti pacientů na neadekvátní péči. K podobným výtkám dochází pouze výjimečně, uvedlo pouze 40 % respondentů. Neznalost práv pacienta a jeho přehnané nároky vedou ke konfliktním situacím. Vašáková (2017) ve své práci uvádí, že 51 % zdravotnických pracovníků se setkala s pacientovou verbální i fyzickou agresí. Zde musí sestra uplatnit svoji roli advokátky, vysvětlit pacientovi jeho práva a jednat s maximálním úsilím, jak uvádí Špirudová (2015). Gulášová (2005) uvádí, že přehnané a nereálné nároky pacientů vycházejí z jeho neznalosti práv pacienta. Na straně sestry mohou chybět komunikační schopnosti a podpora ostatních sester. To může podle Kutnohorské (2007) vyústit ve snahu sestry přetvořit si pacienta podle své představy.

Nejméně zatěžujícím faktorem byly respondenty označeny jejich osobní předpoklady. Lze se tedy domnívat, že respondenti se považují za odborně zdatné a vzdělané.

Při pohledu na výsledek dotazníkové otázky č. 1 byli z 65 % respondenti s praxí delší než 10 let a je tedy možné s dotazníkovým zjištěním souhlasit.

3.4 Zhodnocení 4. výzkumné otázky

Poslední, čtvrtá výzkumná otázka, se zabývá zjištěním, jaká rizika mohou vzniknout z nedostatku času na pacienta, především tedy nežádoucími událostmi. K této otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 14, 15, 16, 17, nepřímo otázky č. 18 a 19.

Na otázku, zda respondent zažil situaci, kdy bylo zdraví pacienta ohroženo kvůli neadekvátní péči, odpovědělo 50,46 % ANO a 49,54 % NE. Toto zjištění je v nesouladu s názorem Košťálové (2015), která uvádí ve svém anonymním dotazníkovém šetření, že 96 % respondentů potvrzuje výskyt nežádoucích událostí. Respondenti, kteří se účastnili výzkumu v této bakalářské práci, tedy pravděpodobně neznají přesnou definici a vymezení pojmu nežádoucí událost nebo některé vzniklé situace by nezařadili mezi nežádoucí události. V dotazníkové otázce č. 15 už ovšem všichni respondenti odpověděli na četnost výskytu nežádoucích událostí. Zajímavé bylo zjištění, že k těmto situacím, ohrožujícím zdraví pacienta, dochází několikrát za den (4 %) nebo denně (11 %). Svědčí to o tom, že zdravotnictví je z hlediska pochybení velmi rizikovou oblastí. Nejčtenější odpovědi na dotazníkovou otázku č. 15 uvedli respondenti výskyt nežádoucích událostí v méně než polovině pracovních směn (24 %) a maximálně jednou týdně (26 %). Odpověď maximálně 1x v měsíci zvolilo 30 % respondentů.

Dotazníková otázka č. 16 zjišťovala, jestli dochází i k situacím, kdy je v důsledku neadekvátní péče ohrožen přímo pacientův život. Odpověď ANO zvolilo 13 % respondentů, odpověď NE 87 % respondentů. V případě dotazu na četnost situací ohrožujících pacientův život byla nejfrekventovanější odpověď maximálně 1x měsíčně (86 %). Podle zprávy Hřiba a Vychytila (2009) zpracovávané pro MZ ČR a vycházející z analýzy hlášení nežádoucích událostí, je zřejmý nárůst chyb a nežádoucích událostí ve všech typech zdravotnických zařízení. Uvedení autoři citují ve své zprávě tři americké studie (The California Medical Insurance Feasibility Study, The Harvard Medical Practice Study, Utah an Colorado Medical Practice Study) a jednu australskou (The Quality in Australian Healthcare Study), ze které vyplývá, že přibližně 30 % nežádoucích událostí bylo způsobeno nedbalostí personálu. Přibližně 6 % nežádoucích událostí vedlo v amerických studiích dokonce ke smrti pacienta. Výskyt

nežádoucích událostí podle Hřiba a Vychytila (2009) hlásí z 90 % sestry. Při srovnání výše uvedených dat s naším dotazníkovým šetřením, shledáváme nesoulad se zjištěním v dotazníkové otázce č. 14, kdy 49,54 % respondentů uvedlo, že situaci, kdy bylo ohroženo pacientovo zdraví, nezažili. Respondenti pravděpodobně některé situace, které ohrožují zdraví a život pacienta, nevyhodnocují jako nežádoucí události. Domníváme se, že za přehlížením některých drobných incidentů, stojí nutnost administrativního zpracování hlášení o nežádoucí události, s tím spojené komplikace a problémy na pracovišti.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce měla zmapovat pracovní náplň sestry. Časové zatížení při plnění jejích rolí, především pak roli ošetrovatelskou, definovat faktory ovlivňující čas na ošetrovatelskou činnost. Bez kvalitně vzdělaných sester nemůže současné moderní zdravotnictví fungovat. Jsou však na ně mnohdy kladeny příliš vysoké nároky, především pak v oblasti administrativy a dokumentace ošetrovatelského procesu. První nástin zlepšení přinesla novela vyhlášky č. 98/2012 Sb., která by mohla vést ke zjednodušení zdravotnické dokumentace vedené sestrami. Je nutné si uvědomit, že sestry zaměstnané administrativou chybí u lůžek pacientů. Nemohou se jim dostatečně věnovat a vytvářet jim bezpečné prostředí. Redukcí zdravotnické dokumentace bude zbývat sestrám více času na ošetrovatelskou péči, sníží se počet nežádoucích událostí a konfliktů s pacienty.

Doporučení pro management

- ⇒ Provést revizi zdravotnické dokumentace. Využít možností daných novelou vyhlášky č. 98/2012 Sb. a zjednodušit zdravotnickou dokumentaci vedenou sestrami.
- ⇒ Zmonitorovat a vyhodnotit rozsah administrativní činnosti sester. Na základě výsledků vyhodnotit, zda není možné, aby část této administrativní práce byla převedena na nezdravotnického administrativního pracovníka.

Doporučení pro sestry

- ⇒ Zlepšit rozdělování práce mezi pomocný zdravotnický personál, a tím získat více času na ošetrovatelskou činnost.
- ⇒ Podílet se na zjednodušení zdravotnické dokumentace a předávat vedení nemocnice konkrétní podněty k jejímu zjednodušení.
- ⇒ Zaměřit se na efektivnější využití pracovní doby a snažit se získat více volného času na pacienty.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Role sestry – kolik času věnuje sestra roli ošetrovatelské“ je rozdělena na dvě části. První z nich tvoří teoretická rovina. Aby bylo možné pochopit celý vývoj sesterské profese, popisuje tato část historický vývoj ošetrovatelství. Bez tohoto historického vhledu by nebylo možné pochopit současnou šíři povolání sestry. Pozornost je věnovaná historickým milníkům v ošetrovatelství, akceleraci v kompetencích sester v posledních třiceti letech a rozdělení pracovní náplně sester do rolí. Neméně podstatné jsou v současnosti faktory ovlivňující činnost sester, především ošetrovatelskou péči u pacientova lůžka. Mnoho faktorů působících negativně na ošetrovatelskou činnost sester může pozitivně ovlivnit vedení zdravotnického zařízení. V době nedostatku sester je tedy nutná velká angažovanost managementu zdravotnických zařízení. Ten musí sestrám připravit vhodné pracovní podmínky a snížit administrativní zátěž.

Teoretická část této bakalářské práce je založena na dotazníkovém výzkumu. Ten měl přinést informace, jakým činnostem se sestra převážně věnuje během své pracovní doby a jestli má dostatek času na plnění všech rolí. Dále jsem zjišťovala, jaká činnost nejvíce odvádí sestry od jejich role ošetrovatelské. Zaměřila jsem se na čas strávený v přímé ošetrovatelské péči u pacientova lůžka, přičemž nebyla rozlišována jednotlivá oddělení zdravotnického zařízení v Třebíči. U výsledných hodnot jsem mapovala, zda je to čas, který považují sestry za dostatečný. Zjišťovala jsem, jestli je vhodným způsobem organizováno pracoviště na odděleních, a zda by nebylo možné jeho reorganizací zajistit více času na ošetrovatelskou péči. V úrovni vnějších vlivů jsem zjišťovala faktory znesnadňující péči o pacienta. Poslední fáze dotazníkového výzkumu zjišťovala, jestli z nedostatku času na ošetrovatelskou péči nemůže dojít k ohrožení zdraví či přímo života pacienta.

Z dat získaných dotazníkovým výzkumem vyplývá, že v současné pracovní náplni sester nepřevažuje činnost ošetrovatelská. Práce sester je limitována mnoha faktory, které jsou ovšem v mnoha případech ovlivnitelné managementem zdravotnického zařízení. Jednoznačně nejvíce zatěžující je pro sestry administrativní činnost, při které se vyplňuje mnoho dokumentů duplicitně. Časově jde o velmi náročnou činnost, přičemž by ji byl schopen zčásti vykonávat nezdravotnický administrativní pracovník. Redukce administrativy u sester je současným trendem začínajícím v USA. V Česku se očekává

zlepšení situace po uvedení novely vyhlášky č. 98/2012 Sb. do praxe. Změny ve vedení ošetrovatelské dokumentace má však v rukou vedení zdravotnické organizace, které tím může zjednodušit administrativní činnost sester. Získaný čas bude sestrami využit na ošetrovatelskou činnost u pacientova lůžka, kterou dnes nepovažují sestry za dostatečnou. To následně povede k vyšší spokojenosti pacientů, zdravotnického personálu a omezení výskytu nežádoucích událostí. V dlouhodobém souvislém monitorování rozložení pracovní náplně sester během pracovní doby vidím další výzkumný potenciál. Ten by mohl vést k vyšší efektivitě práce sester i celého zdravotnického zařízení.

Cíle, které jsem si stanovila na začátku bakalářské práce, byly splněny. Zmonitorovala jsem rozdělení pracovní náplně sester během pracovní doby a popsala převažující činnosti. Zjistila jsem, kolik času tráví sestra přímou ošetrovatelskou péčí u lůžka pacienta.

Seznam použité literatury

- BÁRTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání – dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÁK, 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.
- CITORES, Filip Kůt, 2017. Za nedostatek lékařů a sester může i zanedbané medicínské školství. *Zdravotnické noviny*. **66**(17), 1-3. ISSN 1805-2355.
- BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ, 2009. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu*. [online]. [citováno 2019-03-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sestra-jako-poskytovatelka-osetrovatelske-pecce-a-jeji-postaveni-ve-zdravotnickem-tymu-448617/>
- CITORES, Filip Kůt, 2018. Za nedostatek lékařů a sester může i zanedbané medicínské školství. *Zdravotnické noviny*. **67**(10), 1-4. ISSN 1805-2355.
- Česká asociace sester, 2013. Dotazníkové šetření České asociace sester: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR. Výsledky. [online]. [citováno 2019-03-13]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf
- DLUGOŠOVÁ, Anna a Ľubomíra TKÁČOVÁ, 2011. Motivace a její aplikace na práci sestry. *Sestra*. **21**(9), 24-25. ISSN 1210-0404.
- DLUGOŠOVÁ, Anna a Ľubomíra TKÁČOVÁ, 2012. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. **22**(10), 29-30. ISSN 1210-0404.
- FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin : Osveta. 211 s. ISBN 80-8063227-8.
- Florence, 2018 [online]. [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/nedostatek-sester-znamena-zdravotni-rizika-pro-populaci-cr/>
- GLADKIJ, Ivan a Zdena KOLDOVÁ, 2005. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3. upravené vyd. Olomouc: UP Olomouc. 176 s. ISBN 80-244-1120-2.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2005. Sestra – obhajkyňa práv pacienta. *Kontakt*. V., 1-2, 53-58. ISSN 1212-4117.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4

HENDRICH, Ann et al., 2008. A 36 – Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Thier Time?. *The Permanente Journal*. **12**(3), 25-34. ISSN 1552-3775.

HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHITIL, 2009. *Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb*. [online]. [citováno 2019-03-13]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17028&typ=application/msword&nazev=Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20%20zpr%C3%A1va.doc>

JIČÍNSKÁ, Kateřina, 2008. Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry. *Sestra*. **18**(2), 15-16. ISSN 1210-0404.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2

KOCIANOVÁ, Renata, 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOŠTÁLOVÁ, Petra, 2015 Procesní řízení při vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení [online]. [cit. 2018-03-15]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/60790/>

KOTÍK, Luboš, 2017. *Přebujelá administrativa brání zdravotníkům v péči o pacienty*. *Tempus medicorum*. **26**(04), 12-13. ISSN 1214-7524.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

KŮT, Filip, 2011. O registraci. *Sestra*, 3, 7. ISSN 1210-0404.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Registrace – výkon povolání bez odborného dohledu* [on line]. [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/registrace-vykon-povolani-bez-odborneho-dohledu_929_3.html/

MORAVCOVÁ, Karolina, 2011. Zrození České asociace sester. *Florence*, 7 (12), 40-41. ISSN 1801-464X.

MÍČKOVÁ, Iveta, 2009. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. [on line]. [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-oseetrovatelskeho-procesu-448627/>

MLÝNKOVÁ, Jana, 2009. První ošetrovatelská škola v dějinách ošetrovatelství. *Florence*, 9, 15-16. ISSN 2570-4915.

NEUWIRTH, Štěpán, 2008. *Puls nemocnice*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 136 s. ISBN 978-80-7329-192-1.

Novela vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů* 137/2018., částka 71. ISSN 1211-1244.

PALENČÁR, Marián, 2009. *Metaparadigma. Ošetrovatel'ský slovník*. 1. vyd. Martin : Osveta, 220 s. ISBN 978-808063-315-8.

PALESE, Alvisa, 2011. Otevření dialogu v ošetrovatelských kruzích. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2(3), 229. ISSN 1804-2740.

PIDRMANOVÁ, Jana. 2009. *Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester*. Praha, Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

PLÁŠKOVÁ, Petra, 2006. *Postavení sestry v české společnosti*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Hradci Králové. Lékařská fakulta.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011a. *Ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011b. *Ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PRUDÍKOVÁ, Olga, 2007. Celkový dojem sestry na pacienty a veřejnost. *Sestra*, 3, 21. ISSN 1210-0404.

ROZSYPALOVÁ, Marie, 2007. *Ošetřovatelství I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.

ROZSYPALOVÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ, 2006. *Sestry vzpomínají příspěvek k historii ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 86 s. ISBN 80-247-1503-1.

ŠAMÁNKOVÁ, M a kol., 2006. *Základy ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠKOCHOVÁ, Dagmar, 2005. Od Florence k dnešku. *Florence*, 1, 15-17. ISSN 1801-464X.

ŠNAJDROVÁ, Lenka, 2017. Sestrám nejvíce chybí bližší kontakt s pacientem. *Zdravotnické noviny*. 66(15), 4-5. ISSN 1805-2355.

ŠNAJDROVÁ, Lenka, 2019. *Systém, kdy sestra dělá všechno, je neudržitelný*. [online].[citováno 2019-03-13]. Dostupné z: <https://www.osetovatelstvi.info/system-kdy-sestra-dela-vsechno-je-neudrzitelny/#comment-5316/>.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015a. *Doprovázení v ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015b. *Doprovázení v ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

VAŠÁKOVÁ, Lenka, 2017. *Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient* [online]. [cit. 2018-03-01]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/40162/>

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I / Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

Věstník 09/2004. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. [cit. 2018-11-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html/

Věstník 06/2007. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3620_1772_11.html/

Věstník 06/2007. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. [cit. 2018-11-25]. https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_4705_2162_11.html/

Věstník 08/2012 Ministerstvo zdravotnictví České republiky [on line]. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html/

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

WAGNEROVÁ, Růžena, 2007. *Jak šel čas: očima sestry Růženy Wagnerové*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 82 s. ISBN 978-80-70113-461-0.

WESTBROOK, J. I. et al., 2011. *How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals*. *BMC Health Services Research* 2011 11:319. [online]. [citováno 2019-03-10]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/319/>

VRBA, Martin a Hana ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ, 2006. Role sestry v USA – oceněná výzva. *Sestra*. 2, 19. ISSN 1210-0404.

ZADÁK, Z., Z. KALVACH a R. JIRÁK, 2004. *Geriatric a gerontologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 864 s. ISBN 978-80-247-7038-3.

Zdravotnictví a medicína, 2016. Účelně vedená dokumentace je nezbytná. [online]. [citováno 2019-03-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/ucelne-vedena-dokumentace-je-nezbytna-483033/>

Ze zdravotnictví, 2018. Administrativa ve zdravotnictví. Budou mít sestry konečně více času na pacienty? [online]. [citováno 2019-03-15]. Dostupné z: <https://zezdravotnictvi.cz/zpravy/administrativa-ve-zdravotnictvi-budou-mit-sestry-konecne-vice-casu-na-pacienty/>

Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. 2. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů pracovníků [on line]. [cit. 2008-16-04]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r/>

Zákon č. 105/2011 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů [on line]. [cit. 2008-16-04]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105/>

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník