

# Profesionální zátěž sester

Marie Častulíková

---

Bakalářská práce  
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie ČASTULÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Profesionální zátěž sester**

Zásady pro vypracování:

**Teoretická část:**

Stanovte cíle a hypotézy daného výzkumu.

Zabývejte se profesionální fyzickou i psychickou zátěží ošetřovatelského personálu.

Zabývejte se syndromem burn out.

**Praktická část:**

Seznamte čtenáře se stávající situací na septické chirurgii.

Popište metodu "Kvantifikace ošetřovatelské péče podle Pochylé"

Přizpůsobte záznamový list oddělení septické chirurgie KNTB a.s. Zlín.

Provedte výzkum v délce 1 měsíce ( denní sledování zátěže ).

Provedte výzkum v délce dalších 5 měsíců ( 1x měsíčně ).

Analyzujte data získaná výzkumem, data upravte do tabulky a grafu a vyhodnoťte.

Navrhněte standard optimálního počtu ošetřovatelského personálu na oddělení septické chirurgie.

Dejte návrh na vylepšení pracovních podmínek personálu.

Udělejte závěr .

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**POCHYLÁ, K.; POCHYLÝ, O. Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu. 1.vydání. Brno: IDV PZ, 1999. 48 s. ISBN 80-7013-290-6.**

**STÁNKOVÁ, A. Měření ošetrovatelské zátěže na lůžkové části ARO nemocnice Vsetín a.s.: absolventská práce. Vsetín: Střední zdravotnická škola Vyšší zdravotnická škola Vsetín, 2004.65 s.**

**ŠUPKA, P. Měření ošetrovatelské zátěže a kvantifikace ošetrovatelského personálu.: absolventská práce. Vsetín: Střední zdravotnická škola Vyšší zdravotnická škola Vsetín, 2002. 60 s.**

**ŠKRLOVÁ, M.; ŠKRLA, P. Kreativní ošetrovatelský management. 1.vydání. Praha : Advent - Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jitka Laholová**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

**23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**1. června 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.

  
Ing. Jitka Chudarová  
pověřená děkanka

  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu

## **ABSTRAKT**

V mé bakalářské práci píšu o sestřích a jejich ošetrovatelské zátěži. V první kapitole se zabývám povoláním sestry a ošetrovatelstvím jako vědou. V druhé kapitole srovnávám faktory působící na sestru při výkonu profese. V praktické části popisuji různé metody sledující zátěž sestry a optimalizaci počtu ošetrovatelského personálu. Podrobněji rozvádím metodu Kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu podle Pochylé, protože jsem ji použila při měření ošetrovatelské zátěže. Na návrh bývalé vrchní sestry chirurgie a zároveň mojí vedoucí bakalářské práce Mgr. Jitky Laholové jsem provedla průzkumné šetření na oddělení septické chirurgie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s., které je z hlediska práce sestry velmi náročné. Podle výpočtu ošetrovatelské zátěže a výkonu, navrhuji standard vybavení oddělení septické chirurgie ošetrovatelským personálem.

Klíčová slova: sestra, zátěž, kvantifikace, ošetrovatelský personál, oddělení septické chirurgie

## **ABSTRACT**

In my Bachelor work I write about nurses and their stress on taking care of patients. In the first chapter I am dealing with an occupation of a nurse and with nursing as science. In the second chapter I compare the factors affecting a nurse in her duty of her profession. In the practical part I describe different methods following stress of a nurse and an optimizing of a number of a nursing staff. I develop in more details a Method of The Quantification of nursing care for determining of number of a nursing staff according to Pochylá because I used it in measuring of stress in nursing. On recommendation of both the then matron of surgery and of my leader of Bachelor work Mgr. Jitka Laholova, I carried out an exploratory investigation at the department of septic surgery at the Regional Hospital of Tomas Bata joint-stock company, which is from the point of view of work of a nurse very demanding. According to the calculation of stress of nurses and of performance, I suggest the standard of equipment of septic surgery by a nursing staff.

Keywords: a nurse, stress, quantification, a nursing staff, a department of septic surgery

## PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Jitce Laholové za odborné vedení a cenné rady při vypracování bakalářské práce, a dále pak za laskavou spolupráci staniční sestře na septické chirurgii Anně Teplincové za pomoc při kategorizaci nemocných při provádění šetření.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala. V případě publikace výsledků, je-li to umožněno, budu uvedena jako spoluautor.

Ve Zlíně dne 14.5.2007

.....

Marie Častulíková

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SESTRA JAKO POVOLÁNÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1    DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	12
1.1.1    Definice podle Pacovského .....	12
1.1.2    Definice podle Hendersonové .....	12
1.2    VÝVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	13
1.2.1    Vývoj ošetřovatelství ve světě.....	13
1.2.2    Vývoj ošetřovatelství u nás .....	14
1.3    MODERNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....	15
1.4    OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRO VÝKON POVOLÁNÍ SESTRY .....	16
1.4.1    Inventář vhodných vlastností.....	16
1.5    POSLÁNÍ A FUNKCE SESTRY .....	17
1.5.1    Hlavní funkce sestry:.....	17
<b>2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRÁCI SESTRY</b> .....	<b>18</b>
2.1    POZITIVNÍ FAKTORY .....	19
2.1.1    Variabilita.....	19
2.1.2    Umění pomáhat lidem .....	20
2.1.3    Celoživotní vzdělání.....	20
2.1.4    Týmová práce .....	21
2.2    NEGATIVNÍ FAKTORY .....	22
2.2.1    Psychické zatížení .....	22
2.2.2    Fyzická námaha.....	26
2.2.3    Syndrom burn out.....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>3 CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY</b> .....	<b>34</b>
3.1    METODIKA .....	34
3.1.1    Hypotézy šetření.....	34
3.1.2    Výběr šetřeného vzorku.....	35
3.1.3    Výběr metod .....	35
3.1.4    Použité metody .....	37
3.2    POPIS VÝPOČTU .....	37
3.2.1    Základní ošetřovatelská péče.....	38
3.2.2    Speciální ošetřovatelská péče.....	38
3.2.3    Denní jednorázová hodnota.....	38
3.2.4    Celkový čas .....	39
3.2.5    Parametry ošetřovatelské péče .....	39
3.2.6    Ošetřovatelský výkon .....	39

<b>4</b>	<b>CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ.....</b>	<b>40</b>
4.1	HISTORIE BAŤOVY NEMOCNICE .....	40
4.2	POPIS ODDĚLENÍ .....	41
4.2.1	Harmonogram práce sestry na denní službě na oddělení septické chirurgii .....	42
4.2.2	Průzkum spokojenosti sester na oddělení .....	43
4.2.3	Výsledky standardizovaného rozhovoru .....	43
4.3	STRUČNÁ ANOTACE HOSPITALIZOVANÝCH KLIENTŮ .....	47
4.3.1	Atherosclerosis obliterans .....	47
<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>50</b>
5.1	VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ .....	60
5.2	NÁVRH STANDARDU VYBAVENÍ ODDĚLENÍ SEPTICKÉ CHIRURGIE OŠETŘOVATELSKÝM PERSONÁLEM.....	61
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>67</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>70</b>

## ÚVOD

V mé práci se zabývám profesionální zátěží sester. Podle všeobecného mínění je profese sestry vnímána jako velmi náročná a zodpovědná. Zátěž sester je často rozdělována na psychickou a fyzickou. Z různých výzkumů vyplývá, že je velký rozdíl mezi zátěží sestry v ambulanci a zátěží sestry v přímé ošetrovatelské péči o pacienta na lůžkovém oddělení.

Na odborné praxi jsem se seznámila s oddělením septické chirurgie. Toto oddělení má kapacitu 22 lůžek. Leží zde pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin, diabetickou gangrénou dolních končetin, dehiscencí operačních ran apod. Přestože je toto oddělení zařazené jako standardní oddělení chirurgie, domnívám se, že je to velmi náročné oddělení. Proto bych chtěla ve své bakalářské práci zjistit a změřit míru zátěže sester na tomto oddělení. Podle mého předpokladu je nadměrná ošetrovatelská zátěž daná nízkým počtem pracovníků, ale vysokými nároky na základní ošetrovatelskou péči a specifickými potřebami pacientů.

Podle plánu pracovníků v KNTB a.s. je dán počet sester na oddělení septické chirurgie 7,24. Myslím si, že tento počet je velmi nedostatečný a že nejsou v úvahu brána tato fakta:

1. Součástí oddělení je také operační sál, z toho vyplývá nutná specializační příprava některých sester a jejich nezbytnost při výkonech v celkové i místní anestézii.
2. Jedna sestra je vyčleněna z týmu na převazový sálek, kde připravuje materiál a nástroje k ošetření chronických defektů a převazuje rány hojící se per sekundam. Tato sestra pracuje každý všední den od 6 – 14.30 hod. Kvůli náročnosti a časové omezenosti pracovní doby tato sestra nevykonává základní ošetrovatelskou péči.
3. Septická chirurgie je umístěna v pavilonu č. 6, který je vzdálen od jiných oddělení chirurgie. Je méně dostupný pro RTG, CT, MR, centrální operačních sálů, atd. Doprovod pacienta personálem na tato pracoviště je daleko časově náročnější, na rozdíl od chirurgie na 4. a 5. etáži.
4. Jak už také z názvu oddělení vyplývá, toto oddělení je vysoce infekční. Sestry jsou každodenně ohroženy infekcí Methicillin resistantní Staphylococcus aureus, na tyto bakterie účinkují jen některé druhy antibiotik. Škála bakterií vyskytujících se na tomto oddělení je početnější.



Specifická péče o tyto pacienty si žádá vysoké fyzické i psychické nároky na sestru, a proto jsem se rozhodla věnovat této problematice.

Cílem mé práce je

- zjistit míru ošetrovatelské zátěže na oddělení septické chirurgie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. na doporučení vrchní sestry v roce 2006 Mgr. Jitky Laholové, která je zároveň mou vedoucí bakalářské práce. Na oddělení je dána hodnota počtu úvazků sester 7, 24. Tento údaj je minimální počet sester k poměru počtu lůžek. Na oddělení je však počet úvazků sester vyšší, a to 8,5.
- dokázat nebo vyvrátit nutnost navýšení stavu sester, oproti plánu počtu pracovníků daného pojišťovnou. Podle vhodné metody tedy získat míru zátěže a optimální počet pracovníků na oddělení septické chirurgie.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SESTRA JAKO POVOLÁNÍ

Povolání sestry si vyžaduje speciální vědomosti, zručnost a profesní přípravu. Je to práce, kterou osoba pravidelně vykonává, na kterou má daná osoba předpoklady a vzdělání. [1]

Sestra, jak je známo, je prostředník mezi lékařem a pacientem. Překládá pacientovi složité latinské názvy, které vyjdou z úst lékaře. Stojí při pacientovi během náročných a mnohdy vyčerpávajících vyšetření. Vysvětluje, radí, připravuje na operace, provádí speciální ošetrovatelskou péči, atd. Ale myslím si, že je hlavně oporou pro pacienty. Proto není snadné stát se dobrou sestrou. Měla by mít několik předpokladů - senzomotorické (zručná), estetické (čistá, upravená), sociální (komunikativní, sociálně zralá), autoregulační (sebekontrola) + odborné znalosti, všeobecný přehled, zájem o povolání, a také by měla být psychicky a fyzicky zdatná.

Pamatuji si, když jsme v prvním semestru na bakalářském programu dělali cvičení v obecné psychologii. Měli jsme tehdy napsat: Jaké vlastnosti má mít správná sestra. Snažili jsme se vytvořit si na papíře co nejlepší sestru ve všech směrech: hodná, zručná, přívětivá, trpělivá, chytrá, empatická a mohla bych pokračovat donekonečna. Zhodnocení Mgr. Benické znělo: „To má být sestra superman, alebo čo?“ (pozn. Paní Mgr. Benická je ze Slovenska). Sestra je především člověk. Nejen, že je její povinností starat se o pacienty, musí se starat také sama o sebe, aby o své klienty mohla pečovat dlouho a ve zdraví.

## 1.1 Definice ošetřovatelství

Aby bylo ošetřovatelství bráno jako vědní disciplína musí mít svoji definici. V dnešní době jich máme několik a každý si může vytvořit v povědomí svou vlastní.

Zde je několik definic v historické posloupnosti od důležitých osobností v ošetřovatelství:

- Roku 1860 to byla Florence Nightingalová, která definovala ošetřovatelství, jako „činnost využívající prostředí pacienta na pomoc v jeho uzdravení“ (Nightingale, 1860).
- 1960 – Virginia Henderson – zdůrazňuje pojem samostatnost a zajištění pokojné smrti.
- 1980 – Dorothy E. Johnsonová – integrace do společnosti, tělesné a společenské zdraví.
- 1971,1981 – Imogene Kingová – dává důraz na vyrovnávání se s zdravotním stavem a přizpůsobit se změnám. Vidí povolání sestry jako interpersonální proces činností.
- 1985 – Dorothea Oremová - „tvořivé úsilí jedné lidské bytosti pomoci svému bližnímu“, „uvážená činnost opírající se o inteligenci a etiku sester“. [1, str. 4]

### 1.1.1 Definice podle Pacovského

„Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka vzniklé nemocí a pomáhat těm, kteří sami o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí pečovat.“

(Pacovský, 1975)

### 1.1.2 Definice podle Hendersonové

„Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat svým klientům, nemocným, nebo zdravým ve vykonávání činností podporující zdraví, nebo zabezpečující pokojnou smrt, které by klienti mohly vykonávat sami, kdyby na to měli dostatek potřebných sil, vůle nebo znalostí a to tak, aby co nejdříve získaly nezávislost.“ [5, str.49]

## 1.2 Vývoj ošetřovatelství

### 1.2.1 Vývoj ošetřovatelství ve světě

Historie přináší mnohá poučení, umožňuje nám aplikovat některé historické zkušenosti na současnou situaci a vyvarovat se zbytečných chyb. Ošetřovatelství bylo a je ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními, ekonomickými a politickými faktory. Velký význam mají rovněž války a vědecké objevy.

První léčebná praxe vycházela z přesvědčení, že kouzla mohou zabránit vzniku nemoci. Náboženství, které ovlivňovalo ošetřovatelskou péči bylo židovské.

*Antičtí Řekové* uznávali boha Apolla, jehož syn Asklepios byl bohem medicíny. Asklepios měl 2 dcery – Hygieiu a Panaku, bohyni léčiv. Hippokrates všeobecně uznávaný jako „otec medicíny“ patřil do rodiny Asklepiadů.

*Křesťanská služba k bližnímu* vedla již v 1. století našeho letopočtu mnoho dobročinných osob k tomu, aby navštěvovali nemocné.

Ve starověku se o nemocné a zraněné vojáky starali otroci. Mnoho ošetřovatelských tradic má svůj původ ve vojenském ošetřovatelství. Patří sem morálka, vizity s lékaři a způsob uspořádání ošetřovacích jednotek s velkými pokoji pro lehčí pacienty, postranními pokoji pro vážnější pacienty a boxy pro nemocné v kritických stavech.

#### *Hlavní vývojové linie ošetřovatelství*

Nejstarší péčí byla péče laická – poskytovali ji a dodnes i poskytují rodinní příslušníci, lidoví léčitelé a porodní báby.

Druhým typem byla péče charitativní – poskytována chudým, nemocným a mentálně postiženým.

Na konci 19. století lze již hovořit o organizované léčebné péči. Zvyšující se zájem o ošetřovatelství jako samostatnou profesi vedl roku 1899 k založení Mezinárodní rady sester (ICN). Vznikla v Londýně, ale dnes je jejím sídlem Ženeva. Založení první ošetřovatelské školy na světě v Londýně v r. 1860. Její zakladatelka Florence Nightingalová poprvé cíleně vychovávala ošetřovatelky pro nemocniční i domácí službu. Vytvořila první koncepci ošetřovatelství, vycházející z charitativního pojetí péče o nemocné. [6]

### 1.2.2 Vývoj ošetrovatelství u nás

Zárodky organizovaného ošetrování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už v 10. století, kdy vznikaly na území Prahy první hospice, které zakládaly křesťanské řády.

Z řádů, které se věnovaly převážně ošetrovatelské a opatrovnické péči jmenuji boromejky, johanitsky, alžbětky, milosrdné bratry, Diakonky (15.stol)

V roce 1874 vznikla první ošetrovatelská škola v Rakousko - Uhersku a to v Praze. V roce 1914 se konečně podařilo díky F. Fajfrové, jednatelky Spolku pro povznesení stavu ošetrovatelek, získat císařským výnosem povolení ke znovu založení ošetrovatelské školy. Teprve však během 1. světové války v r. 1916 byla v Praze česká Státní dvouletá ošetrovatelská škola otevřena. Škola měla vysokou odbornou úroveň, k jejímu vybudování byly roku 1918 pozvány do Prahy tři americké zkušené sestry v čele s Miss Parsons, které vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a postupně zacvičily pro práci sester učitelky-instruktořky praktického vyučování první absolventky této školy. První českou ředitelkou školy se stala v roce 1923 Sylva Macharová, která se pro sestřské povolání připravovala v ošetrovatelské škole v Rudolfinenhausu ve Vídni.

První absolventky státní ošetrovatelské školy založily již v roce 1921 Spolek absolventek ošetrovatelské školy, který se roku 1928 přejmenoval na Spolek diplomovaných sester. Roku 1933 byl Spolek diplomovaných sester ČSR přijat do Mezinárodní rady sester.

První absolventky ošetrovatelské školy byly: Ruth Tobolářová, Jarmila Roušarová, Františka Růžičková, Anna Rypáčková, Marie Anzenbachová, Josefa Andělová a mnoho dalších. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola, která poskytovala specializační pedagogické vzdělání sestrám-učitelkám na ošetrovatelských školách a připravovala vrchní sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství. Ošetrovatelské školy byly podle nového školského zákona z roku 1948 sloučeny s rodinnými a sociálními školami po vzoru Sovětského Svazu. [6]

### 1.3 Moderní ošetřovatelství

„Když se podíváme na současné ošetřovatelství z pohledů nejnovějších trendů v ošetřovatelství, můžeme vidět, že nová role sestry má svou jasnou logiku. Farmakologie a zdravotnická technologie jsou stále složitější, lékaři se stále více stávají experty na fyziologii a patofyziologii lidského těla. Úprava fyziologických funkcí sama o sobě ale nedává záruku, že se pacient dokáže vrátit zpátky do života. Člověk totiž není souborem fyziologických funkcí, ale také bytostí, která má nejrůznější potřeby, od fyziologických až po duchovní. A můžeme souhlasit s Heideggerem, že jednou ze základních charakteristik člověka je starost – starost o naplňování vlastních potřeb. Nemoc není pouze poruchou fyziologických funkcí, ale také narušení schopnosti (moci) postarat se o své vlastní potřeby. Základní rozdělení rolí lékaře a sestry tedy spočívá v tom, že lékař diagnostikuje narušené fyziologické funkce pacienta a s pomocí zdravotnické technologie nalezené poruchy odstraňuje, sestra se ve stejnou dobu stará o potřeby tohoto nemocného, identifikuje ty ohrožené nebo již narušené a hledá cesty k nápravě. A stejně jako cílem, ke kterému směřuje lékař, je zdravý člověk, cílem sestry je člověk soběstačný.“ [15, str. 294]

„Moderní sestra není služka, a to ani lékařů, ani pacientů. Pro lékaře je spolupracovnicí a pro pacienty průvodkyní, rádkyní a pomocnicí. Když identifikuje nenaplněnou potřebu nemocného, jejím úkolem je pomoci pacientovi, aby své potřeby dokázal uspokojovat sám. Někdy trochu jinak než je obvyklé, někdy s pomůckami a někdy s dopomocí, ale vždycky, pokud možno, především sám. A pouze tam, kde pacient skutečně nemůže, tedy vlastně poměrně zřídka, přebírá sestra starost o jeho potřebu do svých vlastních rukou. Péči o pacienta vyžadujícího celodenní péči o mnohé jeho potřeby nemůžeme proto považovat za základní úkol sestry. Takový pacient představuje neúspěch ošetřovatelství, podobně jako nemocní umírající na rakovinu jsou neúspěchem lékařství. Samozřejmě není možné opustit nemocné, kteří představují náš neúspěch. Lékařství rozvinulo paliativní medicínu a ošetřovatelství má své metody práce i s nesoběstačnými pacienty. Hlavní cíle obou profesí jsou ale jinde. Pro sestru je cílem soběstačný pacient uspokojující si své potřeby sám.“ [15, str. 294]

## 1.4 Osobnostní předpoklady pro výkon povolání sestry

- motivace – snaha pomáhat druhým lidem
- psychická stabilita – osobnostní rozvoj, silné stránky
- vlastnosti – znalosti (vyšetřovacích metod, farmakoterapie, psychohygieny, etika, kontinuální vzdělávání)
- dovednosti – ošetrovatelské postupy
  - o komunikační – empatie, asertivní chování, aktivní naslouchání, autenticita, kongruence, umět vést podpůrný rozhovor
  - o schopnost týmové spolupráce
  - o umění motivovat pacienta k léčbě
  - o individuální léčba
- postoje – holistický, respekt k lidským právům

### 1.4.1 Inventář vhodných vlastností

Americká národní liga pro vzdělávání sester roku 1938 stanovila 100 vhodných vlastností pro sestry. Jsou to např.:

- citově zralá, čilá, důkladná, kritické myšlení, loajální, nadšená, odvážná, pořádná, přemýšlivá, přizpůsobivá, spolehlivá, srdečná, sympatická, šetrná, taktní, tolerantní, upřímná, vynalézavá, vytrvalá, zdvořilá, logické myšlení, dobrá spolupráce s kolegy, dobrá odbornost, respekt k autoritám, dobrá sebekontrola, široký kulturní rozhled, společensky aktivní, smysl pro krásu, smysl pro humor, atd.
- 30 a více vlastností, s kterými se daná osoba ztotožní, znamená
  - o velmi kvalitní osobnost, velmi vhodná osobnost k tomuto povolání.
- 21 – 25 vlastností
  - o kvalitní osobnost.
- 20 a méně vlastností
  - o je zapotřebí zvýšit sebevýchovu, počítat s konflikty v pomáhající profesi.



## 1.5 Poslání a funkce sestry

„Hlavním posláním ošetřovatelství je pomoc jednotlivcům, rodinám a jiným skupinám dosáhnout jejich fyzického, duševního a sociálního potenciálu v podmínkách, ve kterých žijí a pracují. To vyžaduje od sester, aby prováděly činnosti, které udržují a zlepšují zdraví, nebo předcházejí nemocem. Ošetřovatelství rovněž zahrnuje poskytování péče o nemocné a rehabilitaci v průběhu rekonvalescence. Zabývá se fyzickými, psychologickými a sociálními aspekty života, které ovlivňují zdraví, nemoc, duševní i tělesné poruchy a umírání.

Ošetřovatelství je umění i věda a vyžaduje porozumění a aplikaci specifických vědomostí a dovedností. Opírá se o poznatky humanitních, lékařských a přírodních věd.“ [6, str.48]

### 1.5.1 Hlavní funkce sestry:

- sestra pečovatelka – pečuje o základní potřeby nemocných
- sestra edukátorka nemocného i jeho rodiny – poskytuje bezpečí před neinformovaností, dezorientací nemocného, neznalostí pojmu, osvětluje rodině způsob následné péče o nemocného
- sestra jako obhájce nemocných – zastánce před bolestí, strachem, úzkostí
- sestra koordinátorka pro léčebnou péči
- sestra jako asistent - asistentka lékaře, asistentka ostatních vyšších orgánů (staniční a vrchní sestry), osobním asistentem je však pouze nemocnému

Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na ošetřovatelské povolání a podílí se na společenské prestiži. Sestra by měla být hezky upravená, odborně vzdělaná, její jednání taktní a kulturní projev, měla by mít pozitivní vztah k nemocným a umět pomáhat nemohoucím a potřebným lidem, měla by být laskavá, ale někdy i rázná a rozhodná. [11]

## 2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PRÁCI SESTRY

Faktorů ovlivňujících práci sestry je mnoho. Můžeme je rozdělit do dvou skupin, a to na pozitivní faktory a negativní. Zátěž sestry za to můžeme rozdělit na fyzickou a psychickou.

Když položíme sestřám několik otázek: Proč jste si toto povolání vybrala? Co Vás v profesi sestry uspokojuje? Co Vás popohání dál? Můžeme se domnívat a z chování sester je poznat, že to dělají z lásky k lidem. Potřeba se pochválit tím, že vykonávám povolání sestry, zatím v našich podmínkách není tak častá. Seběmenší nedbalost nebo neodborně odvedená práce jedince může v podvědomí společnosti vrhnout negativní světlo na jméno celé nemocnice a kvalitní práci zbytku týmu. Takže cesta k nápravě a očištění dobrého jména SESTRA je strmá a náročná.

*„Práce je člověku jako vláha rostlině – živí ho, ale může ho i zatopit.“*

Plütarchos z Chairóneie

## 2.1 Pozitivní faktory

Někdo vykonává povolání sestry proto, že ho ta práce prostě baví. Je to práce s lidmi, každá směna je jiná. Jsou směny dobré, ale i zlé. Záleží na více faktorech, na zdravotním stavu našich pacientů, na lidech se kterými sloužíme.

Motivace personálu jsou různé. Na začátku sesterské profese chce jedinec, který si toto povolání vybral, většinou pomáhat lidem. Hlavně starší lidé tomu říkají poslání, poslání pomáhat lidem. Většina lidí ví, že toto povolání se nedělá pro peníze. Toho co sestra od povolání může získat není málo. Chce to jen pozorně naslouchat druhým a nechat do sebe vstoupit radost z dobře vykonané práce, ze spokojených pacientů, přijmout pochvalu, mít radost i z maličkostí.

Od některých pacientů se můžeme učit, jak snášet bolest, jak snášet zlé zprávy, jak čelit smrti. Někteří pacienti totiž zaslouží obdiv v tom, jak se svojí nemocí bojují, nebo ji vyloučí ze svých myšlenek a do poslední chvíle žijí pro ostatní, pro rodinu. Pak když vidíme naše malicherné problémy, lépe se s nimi vyrovnáme.

Povolání zdravotníka s sebou nese také pozitivum v tom, že se vyznáme v poskytování první pomoci. A když někdo potřebuje pomoc, víme, co znamenají různé příznaky nemocí a dokážeme rychleji a správně reagovat.

Sestra při svých znalostech a vědomostech pomůže svému dítěti, nebo rodině daleko lépe a dříve než laik. Proto se lidé kolem ní cítí v její přítomnosti v bezpečí, což může sestru také trochu uspokojovat a navyšovat pocit žádanosti doma i ve společnosti.

### 2.1.1 Variabilita

Variabilita je jeden z pozitivních důvodů. Právě proto, že je tato práce tak různorodá, je povolání sestry pro někoho žádané. Práce sestry je úzce spojena s medicínou. Právě v tomto oboru je pořád se co učit, neustálé nové poznatky, nová vyšetření. Říká se, že práce stereotypní člověka ubíjí. Jen málokdo se může pochlubit tím, že dnes zachránil někomu život, že ho jeho práce baví a má z ní radost. Že každá směna může být něčím jiná, zajímavá. Hodně záleží na kolektivu sester, lékařů a také nižšího zdravotnického personálu. Organizace práce na oddělení má také nemalý vliv na vytíženost a variabilitu.

### 2.1.2 Umění pomáhat lidem

Tato profese vyžaduje opravdovou lásku k lidem, trpělivost, ochotu, pracovitost. Rozhodně je to profese, která je u lidí potřebujících pomoc pozitivně hodnocena. Touha chtít pomáhat je u mnoha lidí naučena už od dětství. V Americe proběhlo na toto téma několik výzkumů. Zjistilo se, že altruistické chování mají zejména ti lidé, kteří pochází z narušených rodin. Většinou rodinu v tomto ohledu negativně ovlivnil alkohol, nebo jiná droga a výchova stylem příkazů a trestů. Péči, která se osobě nedostává, chce dát druhým, proto pomáhající profese je pouhým vyústěním nedostatku lásky v dětství.

V odborné literatuře Schmidbauer, W. „*Psychická úskalí pomáhajících profesí*“ nalezneme definici syndromu pomáhajících „Syndrom pomáhajících se projevuje v tom, že slabost a bezmoc, otevřené doznání k emocionálním problémům se podporuje a přijímá jen u druhých. Zatímco vlastní obraz se naopak za každou cenu snaží pomáhající udržet bez poskvrny. Syndrom pomáhajících je spojením charakteristických osobnostních rysů, které dělají ze sociální pomoci strnulou životní formu.“ [10]

### 2.1.3 Celoživotní vzdělání

Tento faktor může být pro někoho pozitivní, nebo také velmi negativní. Může to pro někoho být mrháním penězi, nedostatek času pro rodinu, protože tam chodí ze svého vlastního volna. Ale potkávám i sestry, a to zejména starší, které říkají, že nebýt toho se pořád muset vzdělávat, nikam by nejezdily, nepoznávaly by nové a vzdělané lidi. Baví je pořád se něco učit. Chodit na zajímavé přednášky a podělit se o novinkách.

#### 2.1.4 Týmová práce

Záleží na kolektivu na oddělení, mnozí z nás zažili kolektiv dobrý, ale i takový, kde by rozhodně pracovat nechtěli. Protože pracují ve zdravotnictví většinou ženy, bývá těžké zapadnout do dobrého kolektivu. Ženy jsou už od přírody soupeřivé, nechtějí těm druhým dát všechno zadarmo, často se pomlouvají. Je umění zvládnout jako vedoucí dobrý tým složený z velké části z žen. Záleží na správné komunikaci, řešení krizových situací, nebo i drobných nedostatků.

„Týmová práce je nezbytným předpokladem vysoce odborné a účinné péče. Tým tvoří nejen lékaři a sestry, ale i mnoho dalších členů, jak z řad nemocničního personálu, tak odjinud. Může jít o : policisty, členy bezpečnostní agentury, nemocnice poskytující specializovanou péči, zdravotnické laboranty, pracovníky operačních sálů, pracovníky dalších oddělení, např. farmacie, rentgenu, sociální pracovníky, agentury pro pomoc v tísni, příbuzné a přátelé klienta, pacienty, zaměstnance záchranné služby.

Spolupráce a efektivní komunikace mezi členy týmu jsou nezbytně nutné pro zajištění optimální péče o pacienta.“ [3, str. 16 – 17]

„Týmová atmosféra a týmový přístup k práci jsou jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče na odděleních. Sestry jsou daleko úspěšnější a efektivnější, jestliže pracují společně jako tým. Jejich energie je nasměrována ke společnému cíli a výsledkem je kolektivní atmosféra důvěry a pocit sounáležitosti. V době kdy ubývá zdrojů ve zdravotnictví, kdy dochází ke snižování počtu zaměstnanců, kdy vrcholový management neustále vybízí zaměstnance ke zvyšování produktivity, je pochopení významu týmové práce pro všechny sestry manažerky opravdu důležité. Obecně lze říci, že cílem týmové práce je zvyšování produktivity s pomocí synergického efektu a rozumné dělby práce.

Síla týmu se projevuje také v „doladování“ tvůrčích myšlenek členů týmu a v jejich praktické a efektivní realizaci.“ [2, str. 358]

„Pro poskytování finančně efektivní a vysoce kvalitní zdravotní péče jsou týmy nepostradatelné. Protože zdroje jsou dnes vynakládány daleko rozvážněji než dříve, týmy poskytující péči pacientům musí mít stanoveny jasně definované cíle, musí řešit problémy kreativně a vykazovat vzájemný respekt a podporu.“ [2, str. 359]

## 2.2 Negativní faktory

### 2.2.1 Psychické zatížení

„Příčinami psychického vypětí pracovního charakteru jsou nepřetržité vysoké nároky na psychické stavy a na psychické procesy. Neustále je nutno sledovat příznaky chorob a změny zdravotního stavu nemocných a všítat si jejich projevů a chování. Často potřebujeme soustředit pozornost na činnost vyžadující naprostou přesnost (např. dávkování léků, odběry materiálu), ale také přepojovat pozornost z jedné činnosti na druhou, přičemž každou z těch činností je nutno konat bez chyby. Během činností je zapotřebí zapamatovat si a podle potřeby vybavit řadu důležitých údajů o zdravotním stavu nemocných. Musíme neustále vést v patrnosti sled různých vyšetření a včas na ně nemocné připravit, máme si pamatovat a přesně plnit všechny pokyny lékaře, nesmíme zapomínat požadavky a přání nemocných. Neustále používáme názornou paměť, zejména zrakovou, sluchovou, čichovou a také paměť logickou. Některé věci si potřebujeme zapamatovat dlouhodobě.“ [7, str. 142]

„Při ošetřování nemocných se setkáváme s lidmi, u nichž choroba zvýrazní charakterové rysy. U některých ty kladné, u jiných nemocných však spíše rysy negativní: sobectví, zbabělost, netrpělivost, agresivitu, nesnášenlivost, panovačnost, a jiné. Nemůžeme se vyhnout, i když se nás některé projevy nemocných citelně dotýkají, jednání s žádným nemocným, potřebujeme komunikovat s každým, bez ohledu na jeho povahové vlastnosti a projevy.“ [7, str. 142]

Jako zdravotníci jsme vystaveni vysokému citovému tlaku. Empatie, která je pro naše povolání nezbytná, nás může velmi brzy zničit svojí přemírou. Během prožívání utrpení s nemocným, nebo s umírajícím člověkem, nás to velmi zasahuje a můžeme si své zážitky a pocity nosit domů, což ještě navyšuje další negativní dopady zdravotnického povolání na rodinu. Mohla bych se rozepsat o víkendech, o Vánocích, o Velikonocích, kdy sestra slouží v nepřetržitém procesu v nemocnici, zatímco by si přála být ses svou rodinou. Také nepříjemné zážitky ať už čichové, sluchové, nebo zrakové na nás zanechávají nepříjemný dojem. Sestra se přitom nesmí tvářit, že je jí daný pohled nepříjemný. Musí být profesionál a zachovat se podle toho.

*Zodpovědnost*

Zvýšený pocit zodpovědnosti za zdravotní stav nemocných zvyšuje únavu a vyčerpání. Sestra na začátku služby čeká, jak náročnou směnu bude mít, jaké výkony se u pacientů budou provádět. Musí být velmi dobře vybavená vědomostmi, protože je zodpovědná za to, jak péči odvede. Záleží také na zkušenostech sestry. Sestra, která má za sebou více let praxe na oddělení je klidnější a nepřekvapí ji i závažnější stavy. Sestra má také zodpovědnost za bezproblémový chod oddělení. Má zodpovědnost za přístroje, které obsluhuje, za materiál a jeho sterilitu, za žákyně plnicí praxi na daném oddělení, za dokumentaci, kterou vede, a další.

*Povinnost mlčenlivosti*

V dnešní době se musí zdravotnický personál stále více kontrolovat a rozlišovat, zda se nejedná o porušení jeho pravomocí, o porušení práv pacienta. Lidé dnes dbají o ochranu svých údajů více než dříve, většinou znají svá práva a umí se bránit právním zástupcem. Právo nemocného na zachování povinné mlčenlivosti je uloženo v Právech pacientů a v morálním kodexu sester. Týká se podávání informací o nemoci, o životě a soukromí nemocného. Je důležité, aby sestry věděly, jak vysoké sankce za porušení zákona jsou, nejen kvůli penězům, ale i kvůli účtě k pacientovi. Měly by se vyvarovat předávání informací člověku, který na to nemá právo. Mezi základní zásady v péči o pacienty platí zásada souhlasu pacienta, tedy nejednáme výhradně ve prospěch pacienta, ale podle jeho vůle. Jeho vůle může být i to, že nesmíme podávat informace o jeho prognóze, zdravotním stavu rodině. Přitom podle zákona má nárok na informace manželka pacienta, rodiče, dítě, sourozenci a registrovaný partner/ka. Jak se tedy zachovat? Vůle pacienta je rozhodující i v tomto ohledu, takže pokud si pacient přeje neinformovat rodinu, neinformujeme ji, pokud si přeje informovat i jiné občany –informujeme je.

Hlavní post v předávání a informování rodiny o zdravotním stavu pacienta má lékař. Jako zdravotní sestry můžeme rodinu informovat, pokud si to pacient přeje, o jeho soběstačnosti, jak pacient snáší léčbu, edukovat rodinu, a jiné.

*Strach z nákazy*

Na všech odděleních je možné se nakazit nějakou chorobou. Sestra proto musí používat určité ochranné pomůcky, aby se před infekcí ochránila. Ovšem jsou oddělení, kdy k nákaze může dojít častěji a i za předpokladu běžných hygienických opatření. Při pravidelném stěru z kůže nebo z rány se mezi běžnými infekcemi může objevit vysoce rezistentní kmen *Styphilococca*. Ten se nachází obvykle v ráně, ale může kolonizovat na kůži, v nosu, v uchu, v krku. Na místě, kde si sestra při styku s pacientem nemusí brát rukavice.

Nebo může dojít k poranění jehlou. Mezi zdravotnickým personálem je více než v jiných profesích rozšířena hepatitida typu B, C. Pravděpodobnost nákazy virem HIV je nízká. Rozhodně se sestra musí chovat ke každému biologickému materiálu jako k vysoce infekčnímu. To je jasné pravidlo, ale zabezpečí ji to před nákazou? Pacient přece není biologický materiál a pokud se k němu chováme lidsky nebereme si na pohlazení ruky nebo obličeje rukavice. Právě proto, že sestra netuší, kde je možné ložisko nákazy, tím je nejvíce ohrožena.

*Bezvýchodné situace – beznaděj*

Beznaděj přináší do duše prázdnotu. Zvláště u onkologicky nemocných lidí to sestra pociťuje více, než na jiném oddělení. V tom případě si však musí uvědomit, že neléčí kurativně, nýbrž paliativně. To znamená dopomoci nemocnému k pokojné a klidné smrti, neprodužovat trápení a bolest. Sestra pracující v tomto oboru se s tím musí smířit. Ale i na odděleních jiného typu jako je interní, nebo chirurgické se setkáváme se smrtí. Ať už očekávanou po dlouhodobé nemoci, nebo náhlou, nečekanou. Je to velká zátěž pro zdravotnický personál. Sestry proto musí být na toto povolání citově zralé a vyrovnané.



*Trápení sester ve zdravotnictví*

Čerpám z článku „Co trápí sestry ve zdravotnictví?“, který vypráví sestra z praxe. Vypovídá o pocitech sester, zejména negativních.

Prvním aspektem v článku je nedostatek sester. „Stále se říká, že sester je málo. Vůbec se nepočítá s tím, že si musejí vybrat dovolené, že také mohou být nemocné, že prostě nemají žádné náhradnice. Je to problém smluv s pojišťovny, které stanoví, kolik sester má být na tom či onom oddělení.“ [16, str.12]

Druhým aspektem je nízký plat „Málo peněz je relativní pojem, neboť většina sester, především na ARO a JIP, republikové průměrné mzdy dosahuje. Mzda sestry záleží do značné míry na její odbornosti, na oddělení, kde své povolání vykonává, ale především na tom, zda pracuje v soukromém. Nebo státním sektoru, i na tom v jakém městě nebo zdravotnickém zařízení. Podle oficiálních údajů se průměrný plat sester v letech 2000 – 2005 zvýšil z 12 176 Kč na 18 755 Kč.“ [16, str.12 - 13]

Třetím aspektem je nedostatek času pro osobní život, ten je v článku zdůvodněn příchodem zákona 96/2004 Sb. Povinná registrace všech sester, které chtějí pracovat samostatně se dotýká i jejich soukromého života. Jedině ve svém volnu a to i o víkendech se účastní různých seminářů. Někdy obohaceny o nové informace, jindy by chtěly svůj vklad do semináře využít jinak. Vkladem myslím nejen finanční částku konferenčního poplatku, ale také čas.

Další aspekt – nejasný systém vzdělávání a kompetencí. Sestry opravdu jen tápají jaké kompetence má sestra s vysokoškolským vzděláním, jaké mají ony se středoškolským vzděláním a jaké budou mít zdravotničtí asistenti. „Roste poptávka po studiu na vysokých školách, ale nabídka stagnuje, např. neexistuje magisterské studium ošetrovatelství. K tomu se přidružuje nezáměr zaměstnavatelů platit bakaláře u lůžek a odmítavý postoj některých lékařů k vysokoškolsky vzdělaným sestram jako ke konkurenci. Smyslem zákona 96/2004 Sb. je přiblížit systém vzdělávání sester v ČR systémům v zemích EU, umožnit plynulý pohyb pracovních sil v těchto zemích a samozřejmě zlepšit péči.“ [16, str.13]

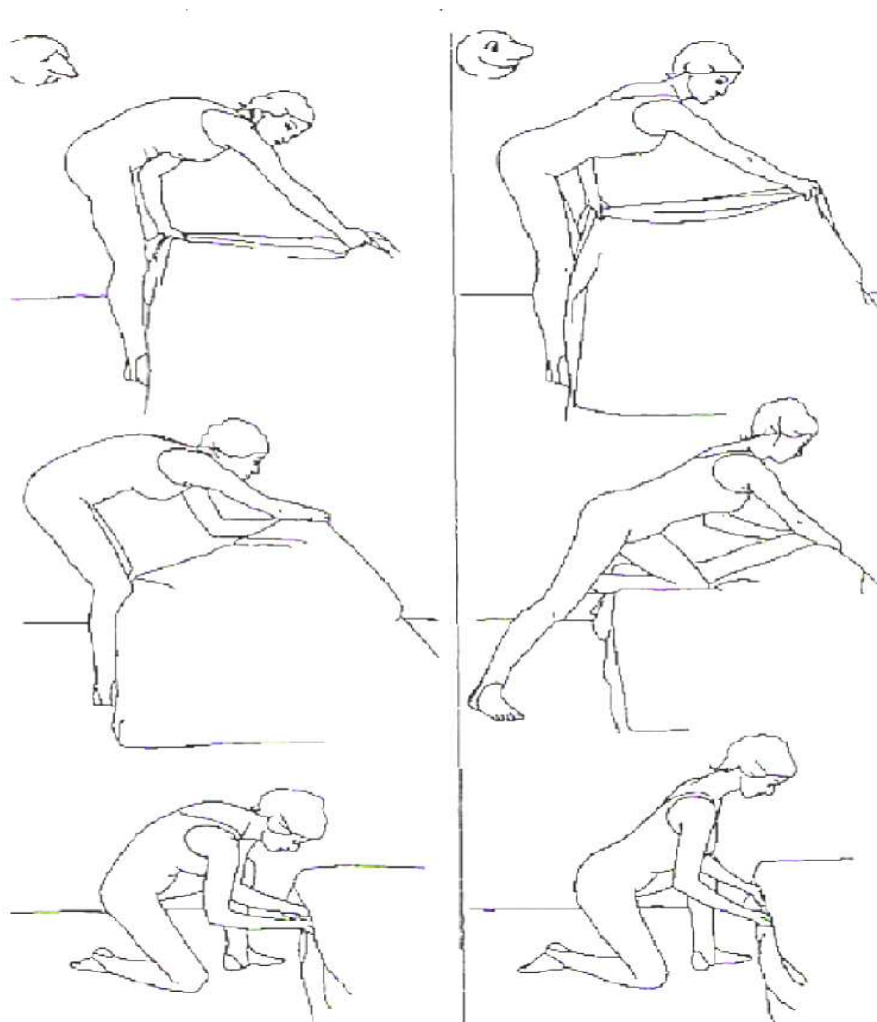
Dalšími aspekty jsou vztahy sestra – lékař, sestra – pacient, obava ze syndromu vyhoření a zvyšující se nároky. Tyto budou obeznámeny v dalších kapitolách.

### 2.2.2 Fyzická námaha

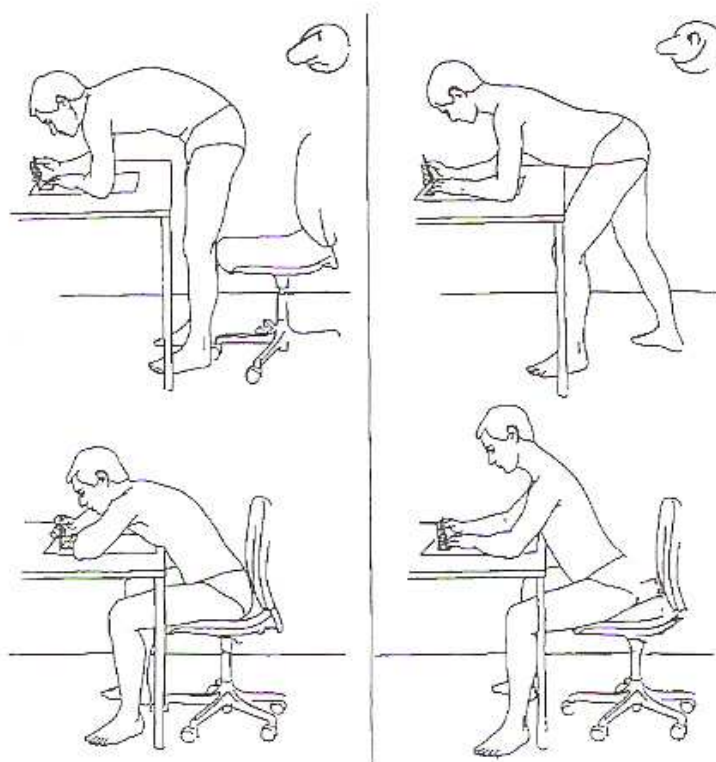
#### *Bolesti zad*

80% bolestí má svůj původ ve funkčních poruchách. Tyto poruchy pramení z nesprávného zatěžování pohybového aparátu při nevhodných pracovních polohách, činnostech. Sestry často zvedají a polohují pacienty v malém počtu. Často si neví rady s vertikalizací a provádí ji nešetrně k pacientovi a také samy k sobě. Myslím, že by bylo velmi vhodné budovat pro sestry řadu kurzů z oblasti rehabilitace a to jak pro pacienty, tak pro sebe. Jsou situace, kdy si sestra opravdu musí poradit sama, je proto dobré vědět jakým pohybům se máme vyhybat a které svaly máme procvičovat.

Zde je obrázek, který Vám ukáže správný a nevhodný postoj při stlaní lůžka.



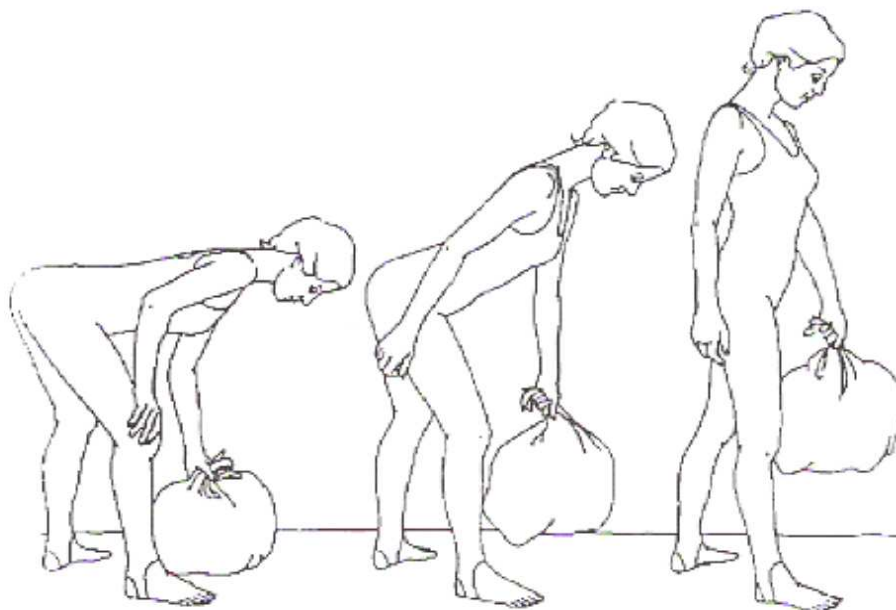
*Obr. 1 Nevhodné a správné držení těla při stlaní lůžka*



*Obr. 2. Nevhodné a správné zaujetí poloh při práci s dokumentací*

[14, str. 21]

„Lidský organismus je primárně určen k pohybu. Bohužel moderní život nám ubírá přirozených pohybů (chůze, běh, střídavé činnosti) a přidává aktivit s nevhodným dlouhodobým držením těla v jedné poloze, jako je hojně aplikovaný sed (v zaměstnání, doma při relaxaci, při jízdě dopravními prostředky, atd.) a stoj s asymetrickým zatížením horních nebo dolních končetin či rotací trupu, nebo vystavuje organismus nadměrné zátěži (zvedání těžkých břemen, drobné dlouhotrvající monotónní pohyby). Práce zdravotní sestry je charakteristická dvěma typy zatížení, které mohou způsobovat bolesti zad. V prvé řadě je to práce s pacienty, jejich transport na lůžku, hygiena, stravování, ale i nutnost stlaní postelí, odnos prádla, manipulace s přístroji a vozíky a podobně. Ve své podstatě se jedná o krátkodobé pohyby s nutností přesunu různě těžkých břemen. Druhou rizikovou činností je práce v sedu, neboť množství zápisů do zdravotnické dokumentace neúměrně roste.“ [14, str. 20]



*Obr. 3 Vzpřímené držení trupu při zvedání a manipulaci s břemeny.*

[14, str. 21]

Jak správně pracovat ve stoje s břemeny:

- „uvolněná kolena ( mírné semiflekční postavení kolen – opak časté rekurvace )
- pánev ve středním postavení ( opak prohloubení bederní lordózy )
- zvednutí hrudníku
- protažení šíje“ [14, str. 21]

Toto držení těla by mělo být zachováno nejen ve stoje, ale také při chůzi.

#### *Narušený spánek - práce na směny*

Práce na noční směny není pro člověka ideální. Člověk je stavěn na to, aby ve dne pracoval a v noci odpočíval. Nepřetržitý provoz oddělení nemocnic to však nedovoluje. Sestra, která má se spánkem problémy, může být méně odolná vůči zátěži a častěji onemocnět. nebo si své problémy se spánkem přenést i do důchodového věku. Léčba spánku může začít teprve potom, co nemocný přestane pracovat na směny. Bývá to také jeden z motivů, proč

odejít z povolání sestry na oddělení s nepřetržitým provozem.

### 2.2.3 Syndrom burn out

„Takzvanému syndromu vyhoření se psychologie začala věnovat poměrně nedávno. Až v roce 1976 definuje americká sociální psycholožka Christina Maslach z kalifornské univerzity tento nový fenomén šířící se napříč industrializovaným západním světem. Postupně se stává jednou z nejzkoumanějších oblastí při dopadu pracovního stresu na psychiku člověka. Její dotazník - Maslach Burnout Inventory - se stává klasickým kritériem, podle něhož lze rozpoznat míru vyhoření pracovníků v pomáhajících profesích. Ti jsou totiž vyhořením ohroženi podstatně více než ostatní profese.“ [12, str. 11]

Tento článek byl vydán v roce 2005 v časopise Psychologie, autorem je Jakub Hučín. Zatímco v tomtéž roce MUDr. Radkin Honzák, CSc popisuje v článku, „Burn out syndrom - nebezpečí pro nás všechny“, jiného objevitele tohoto syndromu a to Herberta J. Freudenbega v roce 1974. Tento lékař se setkal se syndromem na vlastní kůži. Rozpoznal jej „autoanalýzou“, kdy přehodnotil vlastní postoje a chování, nahrával sám sebe na magnetofon a druhý den analyzuje své chování. Poznal, že jeho stav je vážný a je třeba ho dále zkoumat a řešit. A později popisuje všechny fáze syndromu vyprahlosti a připodobňuje je ke stresu. „Z patofyziologického hlediska je syndrom vyprahlosti důsledkem chronického stresu a má všechny jeho atributy.“ [13, str. 94]

#### *Vznik syndromu vyhoření*

Syndrom vyhoření může dostat prakticky jen ten, kdo pro svoji práci hořel. Na začátku své kariéry jsou tito lidé vysoce motivováni pomáhat druhým lidem, oplývají energií a mají skony k perfekcionismu. Pokud jejich očekávání práce splní - motivace se zvyšuje, pokud však očekávání a cíle nesplní - hromadí se frustrace, snižuje se výkonnost, narůstá únava, kvalita práce se snižuje. Pomáhající profese bývají pod velkým tlakem okolí, pacientů, kteří od nás očekávají často vysoké nasazení, čekají, že nemáme žádné osobní problémy.

„Burn-out syndrom obvykle vzniká následkem dlouhodobé nerovnováhy mezi investicí

do práce a ziskem z ní. Právě to činí z pracovníků pomáhajících profesí skupinu nejvíce ohroženou vyhořením. Do své práce totiž vkládají velké množství úsilí a emocí, ale emoční nebo osobní zisk z ní už nemají zdaleka tak velký.“ [12, str. 12]

„Ze série amerických výzkumů zaměřených na rodiny, v nichž psychologové vyrůstaly, vyplývá, že velká část z nich pochází z narušených rodin, podle jednoho z výzkumů celá polovina psychologů měla ze svých rodin zkušenost s alkoholismem nebo zneužíváním. Jiný výzkum potvrdil vyšší výskyt traumat v dětství psychologů než u běžné populace. Někteří psychologové tedy na sebe už jako děti přebírali pečující rodičovské role a psychologická profese byla přirozeným vyústěním tohoto vývoje.“ [12, str. 14]

„Pro vyhořelého člověka jeho práce ztratila obsah, neprožívá ji jako něco, co si zvolil, ale jako něco, co musí dělat, třeba i proti své vůli. Čím více se prohlubuje propast mezi investicí, zejména emoční, a ziskem, opět zejména emočním, tím více se prohlubuje i krize vyhoření. Aby k tomu nedošlo, potřebuje potencionálně ohrožený pracovník vyrovnat rovnováhu výdeje a zisku. Jednou z možností je změnit obsah nebo formu práce, aby se pro dotyčného člověka opět stala něčím co ho naplňuje. Někdy je to ale těžké. V tom případě si musí ohrožený pracovník hledat naplnění jinde, velmi často v činnostech naprosto odlišných od své profese.“ [12, str. 15]

*Vývoj syndromu*

Vývoj syndromu vyhoření trvá různě dlouho většinou se jeho doba počítá na měsíce, někdy také léta. Podle Eldwische a Brodského zaznamenáváme při vývoji syndromu burn-out

**5 stádií:**

1. *nadšení* - člověk "hoří" pro svoji práci. Velké naděje, očekávání, plní elánu, nových nápadů na změny, práce se stane jejich domovem, koníčkem, hlavní náplní života.

2. *stagnace* - člověk je nucen okolnostmi slevit ze svých očekávání. Nalezne si i jiný koníček, partnera, jiné starosti, jiné cíle.

3. *frustrace* - v této fázi se člověk většinou ptá sám sebe, jestli je ta práce pro jeho život tak nezbytná, jak si myslel na začátku. Začínají narůstat problémy hlavně na interpersonální úrovni.

4. *apatie* - vzniká jako následek dlouhodobé frustrace, práci nemůže změnit už jen z toho důvodu, že ho prostě živí. Sestra v apatii provádí jen předepsané úkony od lékaře, nepracuje aktivně, nevyhledává potřeby nemocných, nemá chuť se učit nové postupy.

5. *intervence* - reakce na vyhoření - odejít ze zaměstnání na vyšší pozici, úplně na jiné povolání, odstěhovat se.

*Terapie syndromu*

Nejvhodnější je vyhledat pomoc odborníka. Psychologa, psychoterapeuta, psychiatra. Rozhodně si vzít delší dovolenou. Je dobré chodit do společnosti, setkávat se s známými, mít opravdové přátele, kteří nás podrží. Najít si vhodný koníček, pravidelně se odměňovat například návštěvou v soláriu, kosmetickém salonu, podle libosti. To co dáváme, si musíme nějak vynahradit.

*Zhodnocení rizik pomáhající profese*

Zhodnocení všech definic můžeme udělat tím, že pomáhající profese jsou ohroženy hlavně proto, že většinou více dávají, než dostávají. Takže také pomáhající potřebují pomoc. Ta je důležitou prevencí. Mezi pomoc můžeme zařadit asertivní komunikaci se spolupracovníky, nadřízenými, pochvalu, porozumění, ocenění práce (výhody, finanční odměna, funkce), psychoterapeutická sezení, sociální opora (partner, kamarád, rodina, přátelé), kultura, delší dovolená, atd.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY

Metoda „Kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“ podle Pochylé má 2 podskupiny. První je metoda pro standardní ošetrovací jednotky a druhá metoda sleduje ošetrovatelskou zátěž na odděleních ARO a JIP. První metoda vyhovuje oddělení septické chirurgie, takže jsme ji také použily. K výzkumu je potřeba alespoň měsíc hodnotit stav oddělení. Do záznamových listů, které jsem si sama upravila podle potřeb oddělení septické chirurgie, se zapisovaly data každý den během přelomu prázdninových měsíců července a srpna. Poté už jen 1x měsíčně (náhodně vybraný den na začátku měsíce) z důvodu ověření validity naměřených dat.

#### 3.1 Metodika

##### 3.1.1 Hypotézy šetření

###### *Hypotéza č.1.*

Předpokládám, že ošetrovatelská zátěž sester na oddělení septické chirurgie po dobu mého měření je větší než 100%.

###### *Hypotéza č.2*

Předpokládám, že sestry jsou více zatíženy základní ošetrovatelskou péčí než speciální ošetrovatelskou péčí.

###### *Hypotéza č.3*

Předpokládám, že výše ošetrovatelské zátěže koresponduje v průběhu týdne s operačním dnem, kdy se zvyšuje.

###### *Hypotéza č.4*

Předpokládám, že aktuální počet sester je oprávněný vůči vysoké zátěži a je nezbytné jej i nadále zachovat, ne-li navýšit.

### 3.1.2 Výběr šetřeného vzorku

Šetření se odehrávalo na oddělení septické chirurgie KNTB a.s. Sledování ošetrovatelské zátěže po dobu jednoho měsíce každý den, a pak pro zvýšení validity šetření ještě po dobu pěti měsíců a to jeden den v měsíci. Měření ošetrovatelské zátěže o délce třiceti dní probíhalo na sklonku měsíců července a srpna. Následujících pět měsíců jsme vždy se staniční sestrou losovaly datum dne, kdy se bude měření provádět, čili výběr šetřeného vzorku byl zcela náhodný.

### 3.1.3 Výběr metod

Výběr metody jsem konzultovala s paní náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Bc. Marií Hejtmánkovou, která má s měřením ošetrovatelské zátěže zkušenosti. Měla jsem na výběr několik metod, kterými se zjišťuje optimální počet ošetrovatelského personálu. Jsou to následující:

#### *Stanovení poměru sester k počtu lůžek*

Dána pojišťovnou, není nejvhodnější metodou. Nezahrnuje náročnost oddělení z hlediska potřeb nemocného, speciální ošetrovatelské péče, psychické zátěže sester.

#### *Testování ošetrovatelské zátěže dle Svänborga modifikovaný Staňkovou*

„Princip metody spočívá v tom, že je zjišťována závislost pacienta v uspokojování základních potřeb a z toho odvozena časová náročnost základní ošetrovatelské péče. Další propočty pak vycházejí z předpokladu, že základní ošetrovatelská péče tvoří 60% celkové ošetrovatelské péče a 40% tvoří speciální a ostatní ošetrovatelské činnosti. Tento předpoklad byl pracovníky IDV PZ v Brně ověřen a bylo zjištěno, že je v našich podmínkách neplatný.“ [4, str.5]

#### *Projekt HOPE*

„V rámci projektu HOPE byla doporučena metoda, jejíž principem je kategorizace pacientů dle potřeby ošetrovatelské péče. Jednotlivým kategoriím je přiřazen časový faktor, který vyjadřuje potřebu ošetrovatelské péče na 24 hodin. Pacienti jsou ale zařazováni do kategorií dle velmi obecných kritérií, která jsou zaměřena na jejich soběstačnost

v uspokojování základních potřeb. Časové hodnoty však zahrnují i činnosti speciální ošetrovatelské péče. Z jakého poměru mezi základní a speciální ošetrovatelskou péčí autoři vychází a zda jsou brány v úvahu i další činnosti ošetrovatelského personálu se nám nepodařilo zjistit. Nevýhodou této metody je velký rozptyl mezi časovými hodnotami v rámci kategorie, čímž vzniká i velký rozdíl v počtu pracovníků.“ [4, str. 5]

#### *Regulace počtu ošetrovatelského personálu*

„Ve Spolkové republice Německo je uzákoněno používání metody Regulace počtu ošetrovatelského personálu. Princip metody spočívá v zařazení nemocných dle přesně stanovených kritérií do jedné z devíti skupin, charakterizující rozsah ošetrovatelské péče. Klasifikační skupiny jsou jak pro základní, tak pro speciální ošetrovatelskou péči. Jejich vzájemnými kombinacemi vznikne 9 skupin. Každá klasifikační skupina má stanovenou časovou hodnotu. Pomocí této lze kvantifikovat ošetrovatelskou péči i činnosti nepřímé péče. Použití této metody je velmi operativní, ale nepodařilo se ověřit platnost časových hodnot v našich podmínkách. Specifitou této metody je to, že vychází z filosofie, že ošetrovatelské činnosti se provádějí v denních hodinách a proto kvantifikuje ošetrovatelskou péči na dobu od 6 – 22 hodin. Pracovníci, kteří pracují v nočních hodinách jsou pojišťovny nasmlouváni navíc.“ [4, str. 5]

#### *Metoda „Kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“*

Výzkumný tým IDV PZ v Brně vytvořil v rámci grantu registrační číslo 3192-3 dvě samostatné metody, pomocí kterých lze kvantifikovat ošetrovatelskou péči jednak na standardních ošetrovacích jednotkách, jednak na ARO a JIP. Metody byly zpracovány tak, aby byly vhodné pro nemocnice v rámci ČR. Byly vypracovány s respektováním specifik našeho ošetrovatelství a i velikost zkoumaných vzorků odpovídá využití metody v celostátním měřítku.

### 3.1.4 Použité metody

*Metoda Kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu.*

*Metoda analýzy* – vyčlenit z práce sestry její složky – základní ošetrovatelská péče, speciální ošetrovatelská péče, jiné.

*Metoda komparace* – neboli srovnávání. Srovnávat náročnost jednotlivých dnů, srovnávat frekvenci jednotlivých výkonů.

*Metoda dedukce* – z jednotlivých poznatků z výzkumu vyvozují závěr, že sestra měla vysokou zátěž a počet personálu nekorresponduje s potřebami pacientů.

## 3.2 Popis výpočtu

Upravený záznamový list naleznete v příloze III. Provedla jsem také předvýzkum v průběhu dvou dnů. Dne 10.7.2006 jsme začaly zapisovat do záznamových listů. Ze začátku jsem data zapisovala většinou sama, potom jsem zjistila nejvhodnější dobu pro zápis dat a naučila jsem sestry s metodou pracovat. Staniční sestra oddělení Anna Teplincová byla tak laskavá a kategorizovala pacienty do základní ošetrovatelské péče.

Měření spočívá ve vyhodnocení 3 hodnot:

- základní ošetrovatelská péče
- speciální ošetrovatelská péče
- jednorázová hodnota

### 3.2.1 Základní ošetrovatelská péče

Spočítá se tím, že se pacienti zařadí do kategorie od 1 až do 4. Pátá kategorie obsahuje nejtěžší pacienty, kteří se ošetřují na JIP a ARO. Každá kategorie je vymezena tabulkou pro její snazší použití. Kritéria pro zařazení do kategorií naleznete v příloze IV.

Pro chirurgické obory je dáno:

1. kategorie..... 5 min/pacienta/24 hodin
2. kategorie..... 20 min/pacienta/24 hodin
3. kategorie..... 58 min/pacienta/24 hodin
4. kategorie..... 103 min/pacienta/24 hodin

Do každé kategorie se napíše počet pacientů. Pak se počet pacientů vynásobí počtem minut.

Příklad: V kategorii 3 je na oddělení 5 pacientů. Počet minut na základní ošetrovatelskou péči je v této kategorii 58 min. Minuty se vynásobí počtem pacientů a dostaneme cílovou částku pro 1 kategorii a to 290 min/24 hodin. Nakonec všechny kategorie sečteme a získáme tím počet minut na 24 hodin na základní ošetrovatelskou péči.

### 3.2.2 Speciální ošetrovatelská péče

Zahrnuje podávání léků, sledování, speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony (zahrnuje přípravu, vlastní provedení až po dokončení výkonu, včetně asistence lékaři) a jiné činnosti vztahující se k nemocnému. Tyto činnosti budou následně podrobně rozepsány v příloze V.

Každý výkon je ohodnocen body, přičemž jeden bod znamená 2,5 min. Tyto body jsou získány z výzkumu stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických oborů, který provedla Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví. Každý výkon, který je v tabulce popsán byl naměřen 15x a vypočítána průměrná hodnota času k danému výkonu.

### 3.2.3 Denní jednorázová hodnota

Je to nepřímá péče zahrnutá do speciálního bloku. Byla kvantifikována tak, že byla naměřena časová náročnost jednotlivých výkonů a jejich potřebná frekvence v průběhu

dne, týdne, měsíce, roku. Pak byl součet činností propočten mezi každého pacienta a dána tak jednorázová hodnota na 24 hod. Činnosti, které spadají do jednorázové hodnoty naleznete v příloze VI.

### 3.2.4 Celkový čas

- potřebný čas na ošetrovatelskou péči je roven času všech tří hodnot.

$$T = ZOP + SOP + JH \quad (1)$$

- T - celkový čas

### 3.2.5 Parametry ošetrovatelské péče

- „ošetrovatelská zátěž na 1 sestru

$$Z = T / n_s \quad (2)$$

- Z - ošetrovatelská zátěž
- T - celkový čas
- $n_s$  - počet sester ve směnách za 24 hodin
- výsledné číslo udává potřebnou délku směny 1 sestry v minutách při 100% výkonu.“

[4, str.11, 12]

### 3.2.6 Ošetrovatelský výkon

- „ošetrovatelskou zátěž v minutách (Z), dělíme skutečnou délkou směny 1 sestry v minutách a násobíme 100.

$$V = Z/t_s \cdot 100 \quad (3)$$

- V - ošetrovatelský výkon
- $t_s$  - skutečná délka směny 1 sestry v minutách
- ošetrovatelský výkon udává potřebný pracovní výkon 1 sestry v procentech, má-li právě 100% zajistit potřebnou ošetrovatelskou péči všem svěřeným pacientům.“

[4, str.12]

## 4 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ

Šetření probíhalo v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. Žádost o umožnění dotazníkového šetření naleznete v příloze I.

### 4.1 Historie Baťovy nemocnice

Její největší rozmach nastal ve 20. letech 20. století. Tehdy mladé moderní město proslavily nejen obuvnické závody, ale také zdravotnictví. Byli to lékaři, jejichž jména jsou nám jistě dobře známá: B. Albert, J. Černošek, A. Bajaja. Tito výjimeční lékaři a především výjimeční lidé nevynikali pouze po stránce medicínské, vynikali též silou charismatu a vysokým vzděláním.

Dříve byli obyvatelé Zlína a celého kraje hrdí - na svoji fabriku, nemocnici. Také se v té době v Baťově nemocnici pracovalo pod heslem „Náš zákazník, náš pán.“ Byl sestaven graf nemocnice jako budovy a také graf toho, kam má péče především směřovat k pacientovi. Když tenkrát pan ředitel nemocnice B. Albert chodil na odborné semináře do USA, poznal zde na přednáškách v teorii to, co už sám praktikoval. Cílem jeho práce je, aby každý pacient měl tu nejlepší péči a pobyt v nemocnici prožíval v příjemném prostředí přírody.

V roce 1894 - sourozenci Antonín, Tomáš a Anna Baťovi založili obuvnickou firmu s padesáti zaměstnanci. Nárůst této firmy každý z nás vidí na vlastní oči ještě dodnes. Roku 1927 měla firma 10 000 zaměstnanců a dva lékaře. Tehdy přišel Tomáš Baťa s darem 1 000 000 Kč na zřízení závodní nemocnice, aby hájila zdraví všech zaměstnanců. Baťa měl velmi dobrý výběr na spolupracovníky. Do funkce ředitele povolal Bohumila Alberta, stojí za zmínku, že jeho strýc Eduard Albert jako jeden z prvních operoval štítnou žlázu a zaváděl aseptický přístup na operačních sálech. Krédo Eduarda Alberta zní: „Nejdůležitější pro zdravotnictví je dokonalá organizace, její nepřitelem jsou ztráta komunikace a chaos.“

Vstupní budova byla postavena 1927 a do roku 1935 dalších 14 pavilonů. Byla to jedna z nejlepších nemocnic ve střední Evropě - pro své vybavení, organizaci a postavení. Tento primát nese Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s. v současnosti v oboru, který zaznamenává stále větší potřebu - telemedicína. Velkou zásluhu na tom má MUDr. Jiří Bakala. [17]



## 4.2 Popis oddělení

Oddělení septické chirurgie, které sídlí v 6. pavilonu KNTB je uloženo mimo budovu chirurgie. Je vzdáleno od RTG, CT, MR a jiných vyšetřovacích metod. Oddělení je rozděleno podélně na dvě části – pokoje a místnosti pro personál. Oddělení je uspořádáno takto: počet pokojů je 9, z toho pokoj číslo 1 má 4 lůžka, pokoje 2 až 7 mají po 2 lůžkách a poslední pokoje s čísly 8 a 9 jsou trojmístné. Naproti pokojům jsou místnosti pro personál od čistící místnosti, přes sesternu, kuchyňku, jídelnu, vyšetřovnu, až po převazový sálek a dvě místnosti k němu určené pro přípravu pacientů a přípravu pomůcek. Na konci chodby je zákrový sálek, kde se provádí operační výkony, jak v lokální, tak v celkové anestézii. Provádí se zde výkony jako je např. transmetatarsální amputace DK, ablace prstů na noze, nekrektomie, plastiky chronických ran, atd. Při těchto výkonech na zákrovém sále asistují u operace sestry z oddělení, které jsou zaškolené instrumentáčkami z centrálních operačních sálů. Pokud je operační den, který připadá na středu, přijdou na ranní službu o 2 sestry navíc, jedna sestra asistuje operatérovi, druhá dělá obíhající sestru. Pokud není možné, aby přišly 2 sestry navíc, dělá obíhající sestru, sestra z oddělení.

Na oddělení sestry pracují na 12-ti hodinové směny. Vždy jsou 2 sestry na denní službě a 2 sestry na službě noční. K tomu jsou na ranní směnu 2 sanitářky a 1 uklízečka. Na ranní směně pracuje také staniční sestra a převazová sestra která má v náplni práce pouze speciální ošetrovatelskou péči a to převazování chronických ran. Na septické chirurgii pracuje už 25 let, z toho 12 let dělá jen převazy. Je plně vytížena. Při obsazení 20 pacientů zabere převazování pacientů 7 hodin, k tomu asi půl hodiny administrativa a péče o pomůcky. Pracuje každý všední den. Tato sestra je velmi zkušená ve svém oboru, zná rány pacientů, vidí pokroky i zhoršení. Ovládá moderní přípravky na hojení ran, neustále se vzdělává v novinkách.

**4.2.1 Harmonogram práce sestry na denní službě na oddělení septické chirurgii**

- 6:00 – 7:30 - předávání služby, péče o hygienu klientů, polohování imobilních klientů
- 7:30 – 8:00 - chystání a aplikace infuzí, inzulínu, antibiotik, injekcí
- 8:00 – 8:30 - podávání snídaně, podávání léků, polohování imobilních klientů
- 8:30 – 9:00 - příprava na vizitu
- 9:00 – 9:30 - vizita plnění ordinací od vizity
- 9:30 – 10:30 - plnění ordinací od vizity, polohování imobilních klientů
- 10:30 – 11:00 - odběr kapilární krve na glykémii
- 11:00 – 12:30 - chystání a podávání poledních léků, aplikace inzulínu, polohování imobilních klientů, podávání obědů
- 12:30 – 13:00 - nárok na půlhodinovou pauzu
- 13:00 – 14:00 - úprava a polohování imobilních klientů
- 14:00 – 15:30 - administrativa, plnění týdenního, měsíčního harmonogramu, příprava klientů na operaci
- 15:30 – 16:30 - měření fyziologických funkcí, chystání večerních léků, injekcí, polohování imobilních klientů
- 16:30 – 17:00 - odběr kapilární krve na glykémii
- 17:00 – 18:00 - aplikace inzulínu, podávání večeří, podávání večerních léků
- 18:00 – 18:30 - předávání služby

Harmonogram práce noční směny se je závislý na týdenním harmonogramu.

#### 4.2.2 Průzkum spokojenosti sester na oddělení

Průzkum jsem prováděla u všeobecných sester, které pracují na 12ti hodinové službě, pouze na oddělení septické chirurgie, celkový počet 9. Průzkum jsem prováděla standardizovaným rozhovorem, jeho náplň naleznete v příloze II. Otázky jsem pokládala všem sestřám během mé praxe. Rozhovor nebyl náročný a trval nejdéle 10 minut.

#### 4.2.3 Výsledky standardizovaného rozhovoru

*Tab. 1. Věk sester na oddělení septické chirurgie.*

Věk sester	Počet sester	V %
19 – 25 let	<b>4</b>	<b>44,4%</b>
26 – 35 let	<b>1</b>	<b>11,1%</b>
36 – 46 let	<b>3</b>	<b>33,3%</b>
46 – 55 let	<b>1</b>	<b>11,1%</b>
56 a více let	<b>0</b>	<b>0%</b>
Průměrný věk	<b>33 let</b>	

Ukazuje průměrný věk všech sester na oddělení septické chirurgie, který je 33let.

*Tab. 2. Jak dlouho pracují sestry ve zdravotnictví (není zde započítána doba na mateřské dovolené)*

Jak dlouho pracujete?	Počet sester	V %
Méně než 3 roky	<b>0</b>	<b>0%</b>
3 – 10 let	<b>5</b>	<b>55,5%</b>
11 – 20 let	<b>4</b>	<b>44,4%</b>
20 let a více	<b>1</b>	<b>11,1%</b>
Průměrný počet let	<b>8,5let</b>	

Ukazuje jak dlouho pracují sestry ve zdravotnictví, průměrný počet je 8,5let.

Tab. 3. Jak dlouho pracují sestry na oddělení septické chirurgie?

Jak dlouho pracujete?	Počet let	V %
Méně než 1 rok	1	11,1%
1 – 5 let	2	22,2%
6 – 10 let	6	66,6%
11 let a více	0	0%
Průměrný počet let	5,5 roku	

Otázkou jsem zjišťovala počet let odpracovaných na septické chirurgii, ten je 5,5 roku.

#### *Jak jsou na oddělení sestry spokojené*

Sestry jsou na oddělení spokojeny s kolektivem, s organizací práce, s nadřízenými a to jak sestrami, tak také s lékaři. Někdy jsou nespokojeny se skladbou klientů. Leží zde i lidé bez domova, pacienti s kolonizací MRSA, pacienti, kteří jsou napadeni larvami, a další. U sester je patrný strach z nákazy od infekčních pacientů a přenesení infekce na rodinu. Sestry jsou také nespokojeny s nízkým platovým ohodnocením a s velkou vzdáleností od ostatních oddělení.

Tab. 4. Uvažují sestry o změně pracoviště?

Uvažujete o změně pracoviště?	Počet sester	V %
Ano, chci odejít ze zdravotnictví	0	0%
Ano, chci změnit oddělení	1	11,1%
občas (asi 1x za měsíc) o změně oddělení uvažuji	2	22,2%
ne, chci zůstat na septické chirurgii	6	66,6%

Otázkou jsem zjišťovala nepřímo spokojenost sester na oddělení, sestry z oddělení z 89% nechtějí odejít, což je známkou spokojenosti většiny z nich.

Tab. 5. Únava sester po 12-ti hodinové službě.

Cítíte se po práci unavená?	Počet sester	V %
Ano, vždy	2	22,2%
Občas po náročné směně	7	77,7%
Ne	0	0%

Otázkou jsem zjišťovala únavu sester, výsledky ukazují, že sestry jsou unaveny z pracovního vytížení a ze 77,7% bývají unaveny jen občas po náročné směně.

Tab. 6. Používání nějakých relaxačních technik, psychohygieny

Používáte nějaké relaxační techniky?	Počet sester	V %
Ano, pravidelně	2	22,2%
Ano, občas	4	44,4%
Ne, nepoužívám	3	33,3%

Otázkou jsem zjistila používání nějakých relaxačních metod, které by mohly preventivně působit proti vysoké únavě. Výsledek je nejednoznačný, většina sester to je 44,4% používá relaxační metody jen občas.

Tab. 7. Motivace sester k další pracovní činnosti

Co Vás motivuje k další pracovní činnosti?	Počet sester	V %
vůbec nic	5	55,5%
vykonávají toto povolání, protože mají práci rády	2	22,2%
dobrá kolektiv	2	22,2%

Motivace sester je u více než poloviny nejasná, myslím, že sestry neznají odpověď na tuto otázku samy v sobě.

Tab. 8. Přenášení pracovních zážitků do soukromého života.

Přenášíte si práci do osobního života?	Počet sester	V %
Ano, řeším často problémy se svými blízkými	0	0%
Ano, ale nikomu se s nimi nesvěřuji	3	33,3%
Občas podle situace	2	22,2%
Ne, po odchodu z nemocnice přestanu myslet na práci	4	44,4%

Otázka zjišťovala jestli si sestry nosí své pocity domů, odpovědi dopadly až překvapivě dobře. Téměř polovina sester 44,4% po odchodu z nemocnice přestane myslet na práci.

Tab. 9. Návrhy sester z oddělení septické chirurgie jak zmírnit jejich profesionální zátěž

Co byste navrhovala ke zmírnění vaší zátěže na oddělení?	Počet sester	Počet v %
Změna 12-ti hodinové pracovní doby na 8 hod	0	0%
Změna oddělení za určitou dobu (po 5 letech přejít na JIP, nebo jiné)	1	11,1%
Posílení počtu sester v určité denní době	2	22,2%
Přítomnost psychologa	3	33,3%
Odměny, zvýšení rizikových příplatků	3	33,3%

Otázka byla položena volně sestry na ni odpovídaly s nadšením, třetina z nich by si přála přítomnost klinického psychologa, stejný počet sester by si přál navýšení příplatků, nebo odměn. Jen 2 sestry uvedly navýšení počtu personálu.

### 4.3 Stručná anotace hospitalizovaných klientů

Většina klientů septické chirurgie je tady přijímána s lékařskou diagnózou ischemická choroba dolních končetin, číselná diagnóza I 70. 2. Klienti jsou přijímáni pro zhoršení stavu natolik, že je nelze léčit ambulantně. Důvod ischemie dolní končetiny je z velké části diabetes mellitus, druhým častým důvodem je kouření pacienta. Průměrná délka pobytu pacienta na oddělení je zhruba 2 měsíce.

Další část klientů přichází s dehiscencí v ráně, většinou po operaci nádoru v břišní dutině, nebo s velkými dekubity na noze, nebo v sakrální krajině, mohou se zde vyskytnout i klienti s rozpadlou stomií.

Obecně lze říci, že jsou zde hospitalizováni klienti, kterým se rány hojí déle než 2 týdny.

#### 4.3.1 Atherosclerosis obliterans

Nejčastěji se vyskytující lékařská diagnóza pacientů. „Ateroskleróza je degeneraticní onemocnění postihující tepny. Nejčastěji se vyskytuje na tepnách dolních končetin, ale i na tepnách horních končetin a na tepnách jednotlivých orgánů nebo systémů (věnčité tepny, krkavice, ledvinné tepny, aorta, mezenterická tepna). Ateroskleróza představuje onemocnění, které se projevuje postupně, nebo náhle vzniklou ischemií částí těla, která je tepnou zásobena (např. při uzávěru povrchní stehenní tepny postupně se rozvíjející ischemie dolní končetiny).

*Hlavními rizikovými faktory pro vznik aterosklerózy jsou:*

- vysoký krevní tlak
- zvýšená hladina cholesterolu v krvi
- kouření cigaret.

U nemocného s aterosklerózou se často prokáže cukrovka a obezita. U aterosklerózy tepen dolních končetin často dochází k obliteraci bifurkace aorty, dále k ucpání v místě větvení stehenní tepny v třísle, povrchní stehenní tepny a k ucpání bérkových tepen.“  
[9, str. 9 – 14]

*Klinické příznaky:*

Zahrnují tepennou nedostatečnost, tvoření aneuryzmat a jako komplikaci embolizaci tepny. Projevy nemoci postupně narůstají (bolesti v lýtku po delší chůzi, kulhání, následně bolesti končetiny i v klidu, kožní trofické změny, poruchy růstu nehtů, nekróza kůže i hlubokých struktur – šlach, kloubů, kostí s druhotnou infekcí).

„Při sekundární infekci vzniká vlhká sněť, která vede nemocného ke vzniku sepse. Při postupném uzávěru se u nemocného tvoří kolaterální tepenný oběh, který na přechodnou dobu zlepší prokrvení periferních tkání od místa zúžené tepny. Rozdílný klinický obraz mají aterosklerotické tepny u nemocných s cukrovkou, protože postihují jak velké, tak menší tepny na periférii končetiny. Následné ischemické změny se často komplikují druhotnou infekcí (vlhá sněť, flegmóna nohy, neurotrofické vředy na noze).“ [9, str. 9 – 14]

K diagnóze aterosklerózy je potřeba klinického vyšetření, selektivní angiografie (pomocí digitální subtrakční angiografie).

*Léčba:**- konzervativní*

- snížení počtu rizikových faktorů (léčba hypertenze, zákaz kouření, léčba hypercholesterolemie)
- zlepšení kolaterální cirkulace – cvičení, farmakoterapie (vazodilatační léky – Agapurin, Prostavasin, antiagregační léky – Anopyrin 100mg, Godasal)
- prevence poranění nohy (mechanické - nosit ponožky a boty se širokou špicí, termické trauma s možnou sekundární infekcí - nedávat bandáže na postiženou končetinu)



---

- *chirurgická*

- rekonstrukční operace na tepnách. Jejich cílem je zlepšení průtoku krve v povodí postižené artérie (přímý výkon na tepně – dezobliterace, endarterektomie), nebo použití cévní náhrady – z žilních štěpů, nebo umělé cévní protézy k obejítí zúžení tepny – bypassové operace
- endovaskulární léčba – perkutánní angioplastika
- lumbální sympatektomie – paliativní operace, která má za cíl odstranit sympatická ganglia a tím zlepšit perfúzi periferie.
- Excize nekrotické tkáně na noze, amputace gangrenózně změněných prstů nohy, amputace nohy v bérce a ve stehně při pokročilé ischemii a druhotnou infekcí.“ [9, str. 9 – 14]

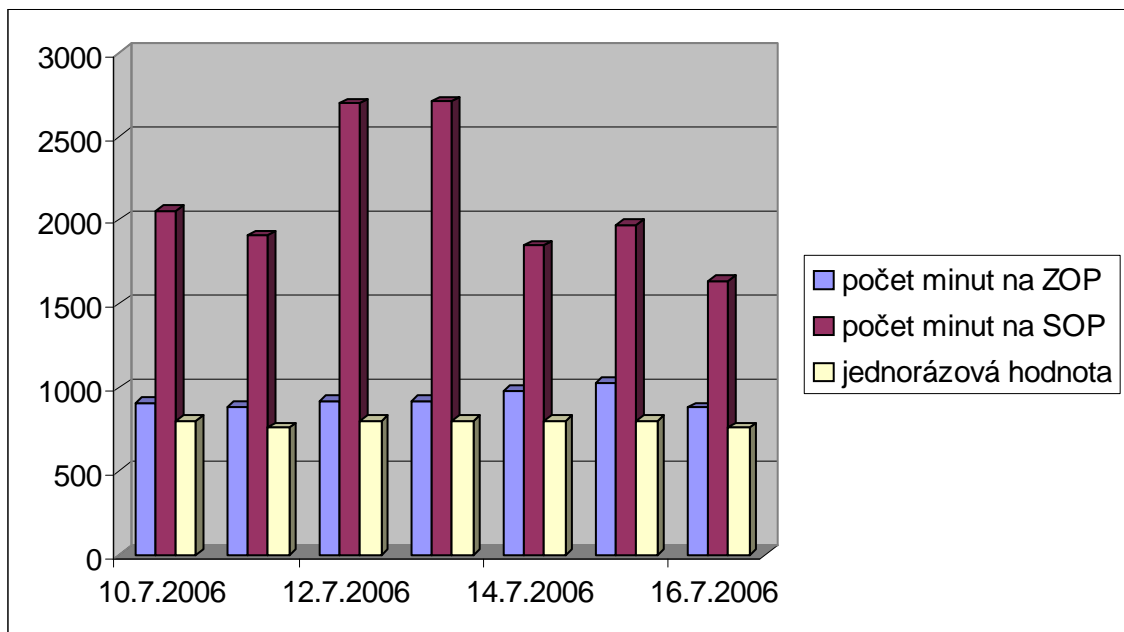
## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky z 1. týdne

Tab. 10. Výsledky měření v týdnu od 10.7.2006 – 16.7.2006

<i>datum</i>	<i>počet minut na ZOP</i>	<i>počet minut na SOP</i>	<i>jednorázová hodnota a</i>	<i>celkový počet potřebné oš.péče (min/24hod )</i>	<i>potřebný počet sester na 24 hodin</i>	<i>skutečný počet sester na 24 hodin</i>	<i>rozdíl v počtu sester</i>
<b>10.7.06</b>	913	2051,25	800	3764,25	5,7	4	<b>-1,7</b>
<b>11.7.06</b>	888	1906,25	760	3554,25	5,4	4	<b>-1,4</b>
<b>12.7.06</b>	923	2693,75	800	4416,75	6,7	4	<b>-2,7</b>
<b>13.7.06</b>	923	2703,75	800	4426,75	6,7	4	<b>-2,7</b>
<b>14.7.06</b>	983	1846,25	800	3629,25	5,5	4	<b>-1,5</b>
<b>15.7.06</b>	1028	1972,5	800	3800,5	5,8	4	<b>-1,8</b>
<b>16.7.06</b>	880	1638,75	760	3278,75	5	4	<b>-1</b>
<b>Průměr</b>	934	2116,07	788,57	3838,64	5,83	4	<b>-1,83</b>

První týden měření ukazuje rozdíl v počtu sester průměrně **-1,83 sestry** na 24 hodin. Ošetrovatelská zátěž činí na 1 sestru **959,66min**, výkon sestry je přepočítán v procentech na **139%**.



*Graf 1. Grafické znázornění tabulky výsledků za první týden šetření.*

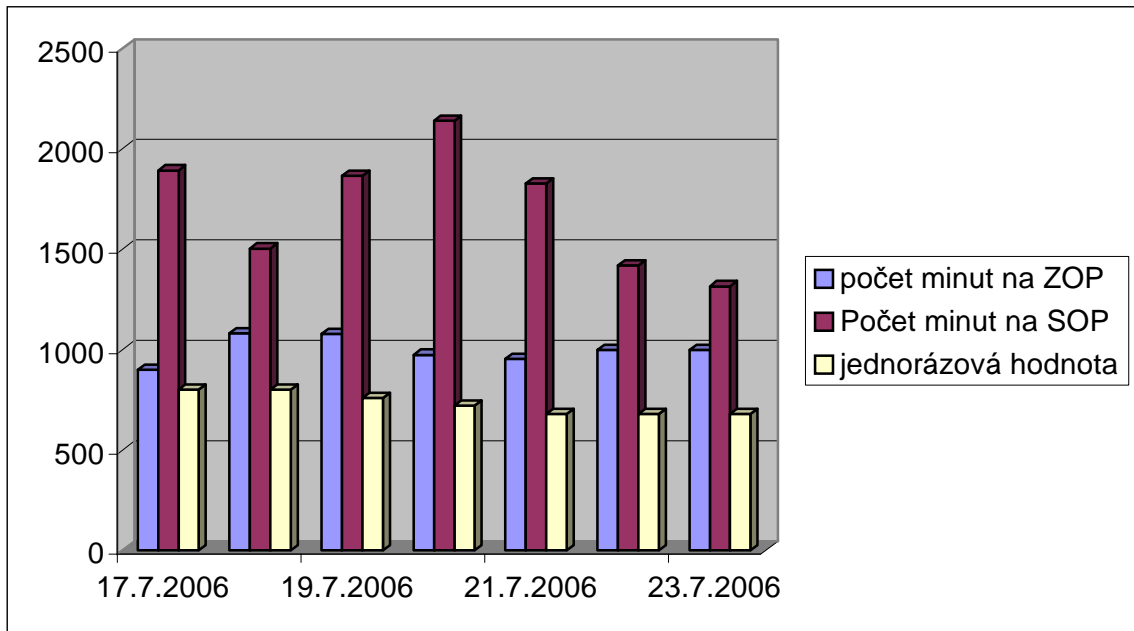
Graf zřetelně ukazuje nárůst základní ošetrovatelské i speciální ošetrovatelské péče ve středu a ve čtvrtek. Tedy v operační den (středa) a 1. den po operaci. Zatímco nejnižší hodnoty jsou naměřeny v neděli.

## Výsledky z 2. týdne

Tab. 11. Výsledky měření 2. týden – od 17.7.2007 – 23.7.2007.

<i>datum</i>	<i>počet minut na ZOP</i>	<i>Počet minut na SOP</i>	<i>jednorázová hodnota</i>	<i>celkový počet potřebné ošetrovatelské péče (min/24hod )</i>	<i>potřebný počet sester na 24 hodin</i>	<i>skutečný počet sester na 24 hodin</i>	<i>rozdíl v počtu sester</i>
<b>17.7.06</b>	900	1892,5	800	3592,5	5,4	4	<b>-1,4</b>
<b>18.7.06</b>	1082	1503,75	800	3385,75	5,1	4	<b>-1,1</b>
<b>19.7.06</b>	1077	1866,25	760	3703,25	5,6	4	<b>-1,6</b>
<b>20.7.06</b>	974	2140	720	3834	5,8	4	<b>-1,8</b>
<b>21.7.06</b>	954	1827,5	680	3461,5	5,2	4	<b>-1,2</b>
<b>22.7.06</b>	999	1418,75	680	3097,75	4,7	4	<b>-0,7</b>
<b>23.7.06</b>	999	1315	680	2994	4,5	4	<b>-0,5</b>
<b>Průměr</b>	997,86	1709,10	731,43	3438,39	5,19	4	<b>-1,19</b>

Druhý týden měření ukazuje rozdíl v počtu sester průměrně **-1,19 sestry** na 24 hodin. Ošetrovatelská zátěž činí na 1 sestru **859,6min**, výkon sestry je přepočítán v procentech na **124,6%**.



*Graf 2 Grafické znázornění tabulky výsledků za druhý týden šetření.*

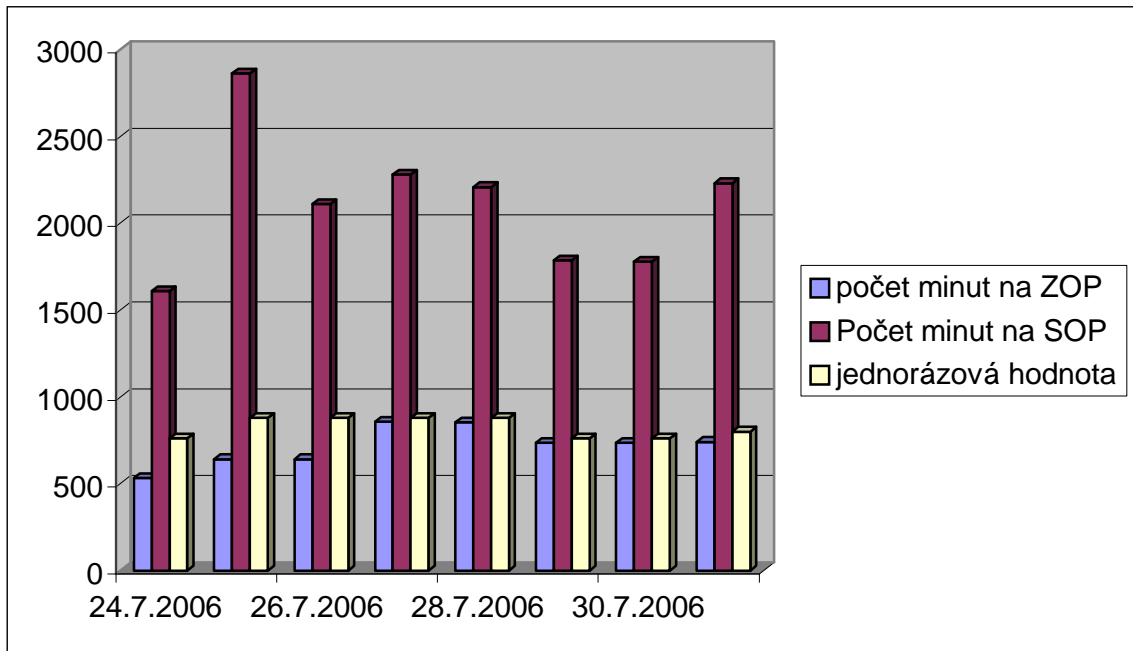
Graf ukazuje hodnoty speciální ošetrovatelské péče, základní ošetrovatelské péči a jednorázové hodnoty. Graf je sestaven z výsledků z druhého týdne a kopíruje výsledky z prvního týdne – nejvyšší zátěž čtvrtků a nejnižší zátěž sestry spadá na neděli.

## Výsledky z 3. týdne

Tab. 12. Výsledky naměřených hodnot v průběhu 3 týdne – od 24.7.2006 – 31.7.2006.

Datum	počet		jednorázová hodnota	celkový počet potřebné ošetrovatelské péče (min/24hod )		skutečný počet sester na 24 hodin	rozdíl v počtu sester
	minut na ZOP	Počet minut na SOP		potřebný počet sester na 24 hodin	potřebný počet sester na 24 hodin		
24.7.06	533	1607,5	760	2900,5	4,4	4	-0,4
25.7.06	641	2862,5	880	4383,5	6,6	4	-2,6
26.7.06	641	2110	880	3631	5,5	4	-1,5
27.7.06	857	2278,75	880	4015,75	6,1	4	-2,1
28.7.06	852	2207,5	880	3939,5	6	4	-2
29.7.06	736	1786,25	760	3282,25	5	4	-1
30.7.06	736	1777,5	760	3273,5	5	4	-1
31.7.06	741	2230	800	3771	5,7	4	-1,7
<b>Průměr</b>	<b>717,13</b>	<b>2107,5</b>	<b>825</b>	<b>3649,625</b>	<b>5,5375</b>	<b>4</b>	<b>-1,54</b>

Třetí týden měření ukazuje rozdíl v počtu sester průměrně **-1,54 sestry** na 24 hodin. Ošetrovatelská zátěž činí na 1 sestru **912,4min**, výkon sestry je přepočítán v procentech na **132,2%**.



Graf 3 Grafické znázornění tabulky výsledků za třetí týden šetření.

Graf je sestaven z výsledků z třetího týdne, ukazuje nejvyšší hodnoty v úterý a zřetelně lze zaznamenat nárůst ošetrovatelské péče z neděle na pondělí (poslední dva sloupce). Nutno podotknout, že v tomto týdnu se na oddělení neoperovalo.

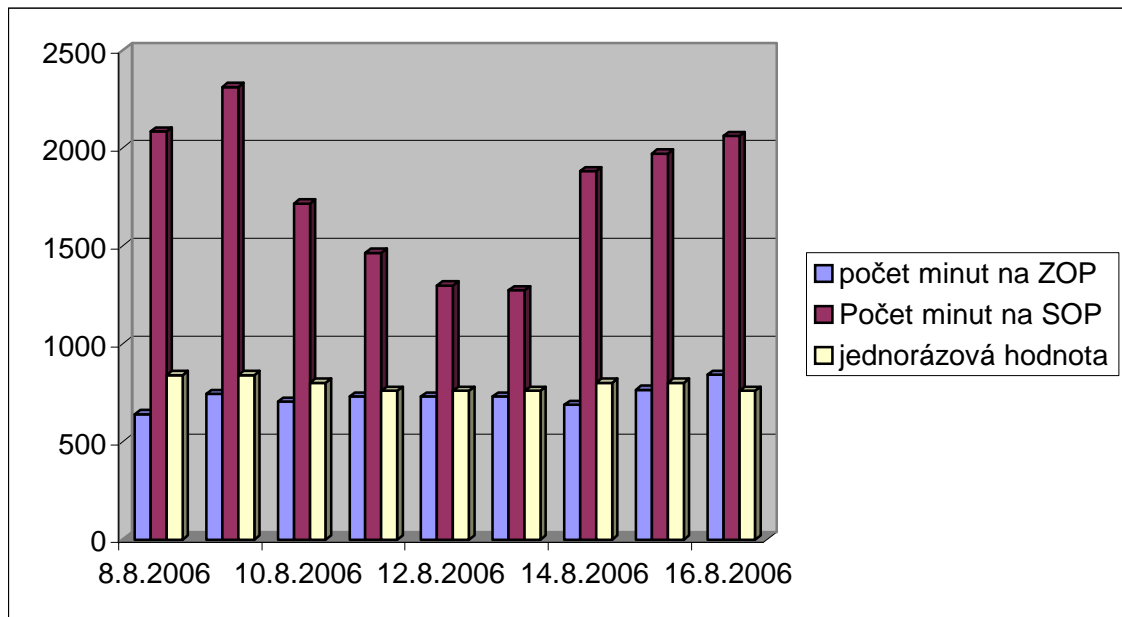
Výsledky z 4.týdne

Tab. 13. Čtvrtý týden probíhalo měření v době od 8.8.2006 – 16.8.2006.

datum	počet	Počet	jednorá	celkový počet	Potřebný	Skutečný	Rozdíl v
	minut	minut na	zová	potřebné	počet sester	počet	
	na ZOP	SOP	hodnota	ošetřovatelské péče	na 24 hod	24hod	počtu
				(min/24hod )			sester
8.8.06	641	2083,8	840	3564,8	5,4	4	-1,4
9.8.06	744	2311,3	840	3895,25	5,9	4	-1,9
10.8.06	705	1716,3	800	3221,3	4,9	4	-0,9
11.8.06	730	1463,8	760	2953,8	4,5	4	-0,5
12.8.06	730	1297,5	760	2787,5	4,2	4	-0,2
13.8.06	730	1272,5	760	2762,5	4,2	4	-0,2
14.8.06	687	1880	800	3367	5,1	4	-1,1
15.8.06	764	1970,1	800	3534,1	5,4	4	-1,4
16.8.06	842	2061,3	760	3663,3	5,6	4	-1,6
Průměr	730,33	1784,1	791,11	3305,51	5,02	4	-1,02

Čtvrtý týden měření ukazuje rozdíl v počtu sester průměrně **-1,02 sestry** na 24 hodin. Ošetřovatelská zátěž činí na 1 sestru **826,38min**, výkon sestry je přepočítán v procentech na **120%**.





*Graf 4 Grafické znázornění tabulky výsledků za čtvrtý týden šetření.*

Graf je sestaven z výsledků z čtvrtého týdne. Maximální hodnota v tomto období je naměřena ve středu (druhý sloupec), ke konci týdne postupně klesá a na začátku dalšího týdne opět stoupá.

Tímto můžeme zhodnotit, že na zátěž sester se výrazným způsobem podílí operační den. Hlavně příprava pacientů k operačnímu výkonu a jejich sledování a péče po operaci. O víkendu někteří pacienti odchází na propustku, takže ošetrovatelská zátěž klesá.

Výsledky výzkumu probíhajícího 1x měsíčně po dobu 5-ti měsíců.

Tab. 14. Výsledky měření z výzkumu o délce 5 měsíců.

<i>datum</i>	<i>počet minut na ZOP</i>	<i>Počet minut na SOP</i>	<i>jednorázová hodnota</i>	<i>celkový počet potřebné ošetrovatelské péče (min/24hod )</i>	<i>Potřebný počet sester na 24 hod</i>	<i>Skutečný počet sester na 24hod</i>	<i>Rozdíl v počtu sester</i>
<b>19.9.06</b>	719	3282,5	800	4801,5	7,28	4	-3,28
<b>11.10.06</b>	1219	2188,75	880	4287,75	6,5	4	-2,5
<b>5.11.06</b>	553	1663,75	800	3016,75	4,6	4	-0,6
<b>10.12.06</b>	585	1430	760	2600	3,9	4	0,1
<b>28.1.07</b>	704	1395	800	2899	4,4	4	-0,4

Za každý měsíc je zpracován 1 den. V měsících listopad, prosinec a leden se hodnota potřebného počtu sester a skutečného počtu sester téměř nelišila.

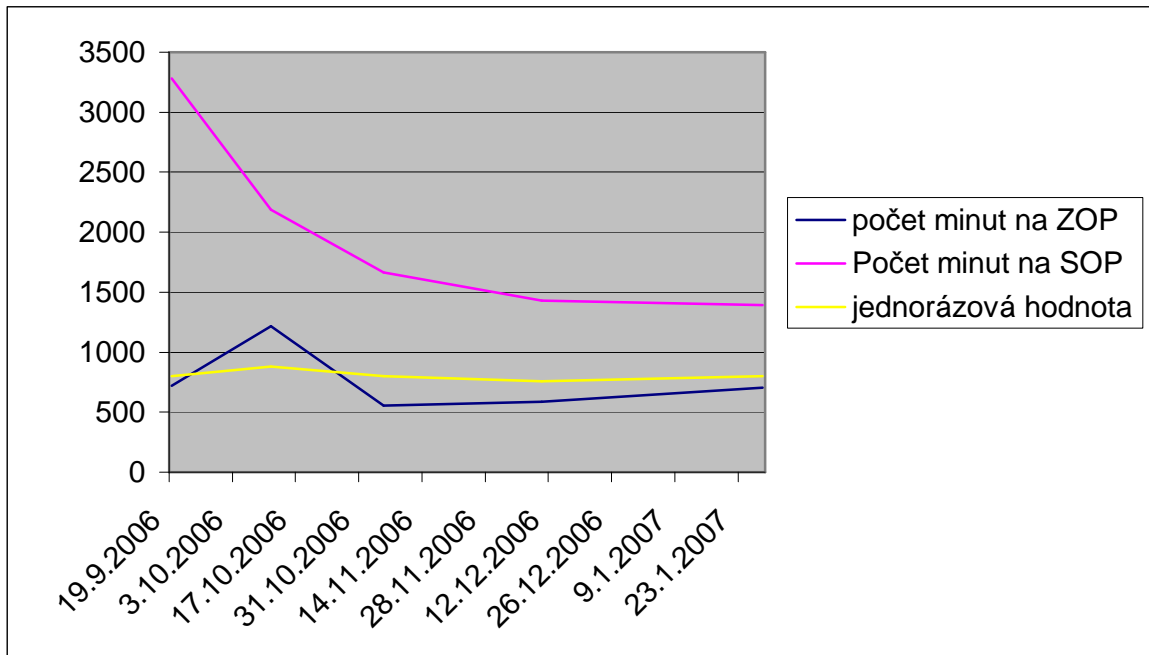
**V září** činil rozdíl v počtu sester – **3,28**. Ošetrovatelská zátěž na 1 sestru **1200,37min**, z toho vypočítaný výkon 1 sestry byl velmi vysoký a to **174%**.

**V říjnu** činil rozdíl v počtu sester – **2,5**. Ošetrovatelská zátěž na 1 sestru **1072min**, z toho vypočítaný výkon 1 sestry byl **155,3%**.

**V listopadu** činil rozdíl v počtu sester – **0,6**. Ošetrovatelská zátěž na 1 sestru **754,18min**, z toho vypočítaný výkon 1 sestry byl **109,3%**.

**V prosinci** činil rozdíl v počtu sester + **0,1**. Ošetrovatelská zátěž na 1 sestru **650min**, z toho vypočítaný výkon 1 sestry byl nízký, oproti ostatním měsícům činil **94,2%**.

**V lednu** činil rozdíl v počtu sester – **0,4**. Ošetrovatelská zátěž na 1 sestru **724,75min**, z toho vypočítaný výkon 1 sestry byl **105%**.



Graf 5 Grafické znázornění tabulky výsledků měření o délce 5 měsíců.

Tento spojnicový graf jsem vybrala proto, že velmi přehledně ukazuje pokles zátěže na oddělení v zimních měsících. Důvodů by mohlo být mnoho. Můžeme spekulovat nad tím, že starší lidé, kteří na oddělení obvykle leží, tolik nechodí ven. V roce 2006 byla teplá zima a málo úrazů, tím i méně ran. Nebo proto, že se zkvalitnila služba ambulantní a domácí péče a pacienti jsou méně s tímto onemocněním hospitalizováni. Staniční sestra Anna Teplincová mi potvrdila, že naměřená nižší hodnota v měsíci listopadu, prosinci a lednu odráží atmosféru celého měsíce. Výkonů speciální ošetrovatelské péče je méně, což závisí také na menším počtu imobilních pacientů. Tím se radikálně snížila ošetrovatelská zátěž.

## 5.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz

### *Hypotéza č.1.*

Předpokládám, že ošetrovatelská zátěž sester na oddělení septické chirurgie po dobu mého měření je větší než 100%.

Vyhodnocení: Hypotéza se potvrdila, v měřeném období byl výkon jedné sestry průměrně 128,18%

### *Hypotéza č.2*

Předpokládám, že sestry jsou více zatíženy základní ošetrovatelskou péčí než speciální ošetrovatelskou péčí.

Vyhodnocení: Hypotéza se nepotvrdila, sestry jsou více zatíženy speciální ošetrovatelskou péčí v poměru ZOP : SOP = 2 : 5. Čili jsou sestry 2,5x zatíženy více speciální ošetrovatelskou péčí více.

### *Hypotéza č.3*

Předpokládám, že výše ošetrovatelské zátěže koresponduje v průběhu týdne s operačním dnem, kdy se zvyšuje.

Vyhodnocení: Hypotéza se potvrdila, v operační a pooperační den se zátěž sester vždy navýší, což lze zřetelně poznat z grafů 1 až 4.

### *Hypotéza č.4*

Předpokládám, že aktuální počet sester je oprávněný vůči vysoké zátěži a je nezbytné jej i nadále zachovat, ne-li navýšit.

Vyhodnocení: Hypotéza se potvrdila, potřebný počet sester je v průběhu celého měření o 1,53 méně, než je skutečný počet sester.

## 5.2 Návrh standardu vybavení oddělení septické chirurgie ošetřovatelským personálem

Závaznost: Pro oddělení septické chirurgie KNTB a.s.

Místo realizace: KNTB a.s.

Platnost: 1 rok

Kontrola: průběžná

### Cíl:

Optimálně rozvrhnout počet a typ ošetřovatelského personálu k naplňování potřeb klientů na septické chirurgii s ohledem na jejich specifické potřeby.

### Struktura:

Počet lůžek : 22 lůžek

Metodický rámec ošetřovatelské péče: ošetřovatelský proces

Organizační forma ošetřovatelské péče: skupinový systém péče

Způsob ošetřovatelské péče: víceúrovňový, založený na týmové spolupráci zdravotnického personálu

Staniční sestra – 1,0 úvazek

Směnová sestra – 8,5 úvazek

Rehabilitační ošetřovatelka – 2,0 úvazek

Sanitářka – 2,0 úvazek

Proces:*Staniční sestra*

Požadavky: sestra s akreditovaným kvalifikačním studiem v managementu, sestra bakalářka

Kompetence: plánuje vyšetření, operační výkony na zákrovém operačním sále na oddělení, vede členy multidisciplinárního týmu, kontroluje pracovníky podle ošetrovatelských standardů, motivuje sestry k odbornému růstu

Zodpovědnost: zodpovídá za materiální vybavení, vybavení oddělení léčivými přípravky, za kvalitu poskytované péče, za hospodaření oddělení.

*Směnová sestra*

Požadavky: registrovaná všeobecná sestra

Kompetence: provádí zdravotní péči v souladu vyhláškou MZ ČR 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vede zdravotnickou dokumentaci, podílí se na přípravě standardů, vytváří mapy péče.

*Rehabilitační ošetrovatelka*

Požadavky: registrovaná všeobecná sestra s praxí a s akreditovaným vzdělávacím programem v rehabilitačním ošetrování, rekvalifikační masérský kurs. Rehabilitační ošetrovatelka by pracovala každý všední den 8 hodin denně.

Pracovní náplň:

Obnovení nebo zlepšení poškozených funkcí, zamezení druhotných změn při imobilitě, nácvik chůze v chodítku, o berlích, po rovině, po schodech, bazální stimulace, udržení aktivity, kondiční cvičení, edukace příbuzných, poradenství, nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy, stanovení ošetrovatelského plánu v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství, postupná vertikalizace, cvičení na posílení svalů, aplikace tepla, chladu, vedení dokumentace a rehabilitační záznamy.

Kompetence: provádí základní rehabilitační výkony, polohování pacienta, příprava svalových skupin končetin k nasazení protéz, vertikalizace klientů, aktivní a pasivní cvičení, nácvik chůze s kompenzačními pomůckami, provádí různé druhy masáží, aromaterapii, muzikoterapii.

### *Sanitářka*

Požadavky: kvalifikační kurz v oboru sanitář

Kompetence: provádí základní ošetrovatelskou péči, provádí péči o pomůcky, vozí pacienty na vyšetření, chystání jídla klientům.

### Výsledek:

Zdravotničtí pracovníci plní stanovené úkoly dané kompetencemi. Poskytují aktivní ošetrovatelskou péči. Týmový přístup zajišťuje efektivní ošetrovatelskou péči. Správným zařazením pracovníku do směn je péče rozdělena rovnoměrně.

Vydala: Marie Častulíková, 14.5.2007

Kontrolu provádí : vrchní sestra oddělení průběžně

## ZÁVĚR

Prvním cílem mé práce bylo zjistit míru ošetrovatelské zátěže na oddělení septické chirurgie v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. K dosažení cíle jsem si vybrala metodu Kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu podle Pochylé. Měření dat probíhalo 1 měsíc každý den, pak dalších 5 měsíců vždy 1x měsíčně pro zvýšení validity naměřených dat. Při sledování jsem zjistila nadměrnou zátěž sester zejména na denních službách, a to hlavně ve všední dny.

Mým druhým cílem bylo dokázat nebo vyvrátit nutnost navýšení stavu sester, oproti plánu počtu pracovníků daného pojišťovnou. Metoda Kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu podle Pochylé slouží nejen výpočtu zátěže a výkonu sestry, ale také k optimalizaci počtu zdravotnického personálu. Protože měření ukázalo nedostatek sester, navrhla jsem standard vybavení oddělení septické chirurgie ošetrovatelským personálem. V mém návrhu jsem zvýšila počet ošetrovatelského personálu na denních službách, a to o rehabilitační ošetrovatelky, které by se staraly o fyzickou i psychickou pohodu klientů.

Výzkumem jsem také zjistila to, že sestry jsou více zatíženy v oblasti speciální ošetrovatelské péče. Zejména časté jsou odběry biologického materiálu, podávání léků per os a aplikace injekcí s.c.

Pro další měření touto metodou bych doporučila zhotovit si program na počítání výsledků v programu Microsoft Excel. Protože je toto počítání náročné a dlouhotrvající je více ohroženo selháním lidského faktoru, které by způsobilo nesprávný výsledek. Program, který je zhotoven v knize [4] pracuje na bázi osmi hodinových pracovních služeb, což v KNTB a.s. nelze použít. Tímto programem by se zjednodušila kontrola počtu pracovníků na odděleních.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

## MONOGRAFIE

- [1] KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- [2] ŠKRLOVÁ, Magda, ŠKRLA, Petr. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vydání. Praha : Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1
- [3] RICHARDS, Ann, EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: GRADA Publishing a.s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
- [4] POCHYLÁ, Karla, POCHYLÝ, Otakar. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. 1.vydání. Brno: IDV PZ, 1999. 48 s. ISBN 80-7013-290-6.
- [5] PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vydání. Praha: GRADA Publishing a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
- [6] STAŇKOVÁ, Marta. *LEMON 1*. Brno: IDV PZ, 1996. 179 s. ISBN 80-7013-234-5
- [7] ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 3. vydání, Brno: IDV PZ, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2
- [8] JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vydání, Praha: TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
- [9] VYHNÁNEK, František a kolektiv. *Chirurgie III*. Praha : Informatorium, 1997. 115 s. ISBN 80-86073-14-9
- [10] SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha : Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-312-9

## SERIÁLOVÉ PUBLIKACE

- [11] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 11. Sestra reprezentant profese*. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-3682
- [12] HUČÍN, Jakub. *Když se práce stane noční můrou*. Psychologie DNES, 2005, roč. 11, č. 7-8, str. 11 – 15. ISSN 1212-9607

- [13] HONZÁK, Radkin. *Burn-out syndrom – nebezpečí pro nás všechny*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 1., č. 2., str. 94-95. ISSN 1801-1349
- [14] ŠTĚTKAŘ, Jan. *Škola zad v práci zdravotní sestry*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2., č. 1., str. 20 - 21. ISSN 1801-1349
- [15] ŠIMEK, Jiří. *Soběstačnost*. Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2., č. 8., str. 294. ISSN 1801-1349
- [16] KUKLÍK, Rostislav, BEZDĚKOVÁ, Marie. *Co trápí sestry ve zdravotnictví?* Zdravotnické noviny, roč. 55, č. 43., str. 12 – 14. ISSN 0044-1996

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- [17] BAKALA, Jiří. *Historie Baťovy nemocnice ve Zlíně 1927 – 2002*. [online]. [cit. 2007-4-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.bnzlin.cz>>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ZOP	Základní ošetrovatelská péče
SOP	Speciální ošetrovatelská péče
JH	Jednorázová hodnota
oš.	ošetrovatelské
IDV PZ	Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně
MRSA	Methicillin resistantní Staphylococcus aureus
roč.	ročník
KNTB a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati akciová společnost
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
JIP	Jednotka intenzivní péče
cit.	Citace
spol.	společenské

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1 Nevhodné a správné držení těla při stlaní lůžka .....	26
Obr. 2. Nevhodné a správné zaujetí poloh při práci s dokumentací .....	27
Obr. 3 Vzpřímené držení trupu při zvedání a manipulaci s břemeny. ....	28
Graf 1. Grafické znázornění tabulky výsledků za první týden šetření. ....	51
Graf 2 Grafické znázornění tabulky výsledků za druhý týden šetření. ....	53
Graf 3 Grafické znázornění tabulky výsledků za třetí týden šetření. ....	55
Graf 4 Grafické znázornění tabulky výsledků za čtvrtý týden šetření. ....	57
Graf 5 Grafické znázornění tabulky výsledků měření o délce 5 měsíců.....	59

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Věk sester na oddělení septické chirurgie.....	43
Tab. 2. Jak dlouho pracují sestry ve zdravotnictví (není zde započítána doba na mateřské dovolené).....	43
Tab. 3. Jak dlouho pracují sestry na oddělení septické chirurgie?.....	44
Tab. 4. Uvažují sestry o změně pracoviště?.....	44
Tab. 5. Únava sester po 12-ti hodinové službě.....	45
Tab. 6. Používání nějakých relaxačních technik, psychohygieny.....	45
Tab. 7. Motivace sester k další pracovní činnosti.....	45
Tab. 8. Přenášení pracovních zážitků do soukromého života.....	46
Tab. 9. Návrhy sester z oddělení septické chirurgie jak zmírnit jejich profesionální zátěž.....	46
Tab. 10. Výsledky měření v týdnu od 10.7.2006 – 16.7.2006.....	50
Tab. 11. Výsledky měření 2. týden – od 17.7.2007 – 23.7.2007.....	52
Tab. 12. Výsledky naměřených hodnot v průběhu 3 týdne – od 24.7.2006 – 31.7.2006.....	54
Tab. 13. Čtvrtý týden probíhalo měření v době od 8.8.2006 – 16.8.2006.....	56
Tab. 14. Výsledky měření z výzkumu o délce 5 měsíců.....	58

---

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P II: Standardizovaný rozhovor


Příloha P III: Záznamový list

Příloha P IV: Kritéria pro zařazení pacientů do kategorií pro ZOP

Příloha P V: Seznam činností SOP a činností přiřazených

Příloha P VI: Činnosti denní jednorázové hodnoty

# PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Univerzitní institut  
Ústav zdravotnických studií

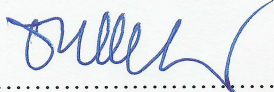
## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	MARIE ČASTULÍKOVÁ
Téma bakalářské práce	ZÁTĚŽ SESTER NA ODDĚLENÍ SEPTICKÉ CHIRURGIE
Skupina respondentů	SESTRY VYKONÁVANÍ PŘÍMOU PÉČÍ
Pracoviště	SEPTICKÁ CHIRURGIE

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 30. 10. 2006

  
.....  
doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.  
ředitel ústavu

Bc. M. Hejtmánková  
nám. ošetrovatelské péče  
Krajská nemocnice T. Bati a.s.  
Zlín

  
.....  
Razítko a podpis zástupce zařízení

tel.: +420 577 008 137

fax: +420 577 008 137

e-mail: sekretariat.uzs@szsvszlin.cz

korespondenční adresa: Příluky 372, 760 01 Zlín

## **PŘÍLOHA P II: STANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR**

### **1. Věk**

- 19 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 55 a více

### **2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? ( nepočítejte mateřskou dovolenou )**

- Méně než 3 roky
- 3 – 10let
- 11 – 20let
- 20 let a více

### **3. Jak dlouho pracujete na septické chirurgii?**

- Méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 a více

### **4. Jak jste na oddělení spokojená? ( ohodnoťte oddělení na stupnici 1 – 10 )**

### **5. Uvažovala jste někdy o změně pracoviště?**

- Ano, chci odejít ze zdravotnictví
- Ano, chci změnit oddělení
- občas ( asi 1x za měsíc ) o změně oddělení uvažuji
- ne, chci zůstat na septické chirurgii



**6. Cítíte se po práci unavená?**

- Ano, vždy
- Občas po náročné směně
- Ne

**7. Používáte nějaké relaxační techniky ( autogenní trénink, aerobik, powerjóga, pilates, masáže, sauna, bojové umění, jiné cvičení, procházky v přírodě ) ?**

- Ano, pravidelně
- Ano, občas
- Ne, nepoužívám

**8. Přenášíte si práci do osobního života?**

- Ano, řeším často problémy se svými blízkými
- Ano, ale nikomu se s nimi nesvěřuji
- Občas podle situace
- Ne, po odchodu z nemocnice přestanu myslet na práci

**9. Co Vás motivuje k další pracovní činnosti?**

**10. Co byste navrhovala ke zmírnění vaší zátěže na oddělení?**

- Změna 12-ti hodinové pracovní doby na 8 hodinovou
- Změna oddělení za určitou dobu ( po 5 letech přejít na JIP, nebo jiné )
- Posílení počtu sester v určité denní době ( na ranní službě )
- Přítomnost psychologa
- Jiné





Dech. rehabilitace	4																
Asistence při vyšetření	4																
Příprava nemocného k náročnému vyšetření, operačnímu zákroku	13																
Edukace jednoduchá	2																
Edukace složitá	12																
Psychická podpora	6																

#### 4. Jiné činnosti ve vztahu k nemocným

Název	Bod y	1/1	1/2	1/3	1/4	2/1	2/2	3/1	3/2	4/1	4/2	5/1	5/2	Počet výkonů	Bo dů	Minu t
Zajištění konzultačních o vyšetření, jednání s jinými odb.	2															
Příjem, propuštění, přeložení, úmrtí	10															
Doprovod sestrou na vyšetření	18															

Celkem na SOP .....

**1bod znamená 2,5minuty**

#### Zařazení pacienta do kategorií ZOP

kategorie	Min/pacienta	Počet pacientů	Celkem
<b>1</b>	<b>5</b>		
<b>2</b>	<b>20</b>		
<b>3</b>	<b>58</b>		
<b>4</b>	<b>103</b>		
<b>celkem</b>			

[4]

**PŘÍLOHA IV. - KRITÉRIA PRO ZAŘAZENÍ PACIENTŮ DO KATEGORIÍ PRO ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKOU PÉČI [4]**

HODNOTÍCÍ OBLAST	I.KATEGORIE ( soběstační )	II.KATEGORIE ( s částečnou pomocí )	III.KATEGORIE ( s podstatnou pomocí )	IV. KATEGORIE
Pohybová schopnost, polohování	Pacienti soběstační	Nutná pomoc při vstávání a chůzi, vyžaduje dohled. Změna polohy na podnět sestry.	Neschpen samostatné chůze, vyžaduje doprovod.	Upoután na lůžko.
Osobní hygiena	Pacienti soběstační	Pomoc při převážně samostatné péči o tělo ( podání pomůcek k lůžku )	Úprava polohy, podání pomůcek, pomoc při mytí některých partií těla.	Převážně nebo úplné převzetí péče o tělesnou hygienu, hygienická péče za podmínek izolace.
Výživa	Pacienti soběstační	Podávání jídla k lůžku	Úprava polohy, stravy.	Plně odkázán na pomoc, krmení, krmení sondou.
Vylučování moče	Pacienti soběstační	Pacienti kontinentní	Občasné nekontrolované vyprázdnění močového měchýře při kašli, noční pomočování.	Nekontrolované vyprázdnění močového měchýře, vyžaduje nácvik kontinence.
Vylučování stolice	Pacienti soběstační	Pacienti kontinentní	Občasné nekontrolované vyprázdnění střev	Nekontrolované vyprázdnění střev, vyžaduje nácvik kontinence.
Návštěva WC	Pacienti soběstační	S částečnou pomocí při opuštění lůžka, eventuelně podložní mísu.	Pomoc při opuštění lůžka, doprovod na WC, eventuelně podložní mísa.	Podložní mísa, pomoc při vyprazdňování v izolaci
Dekubity	Pacienti soběstační	Žádný	Malý – vyžaduje úpravu polohy za pomoci sestry po 3 hodinách	Velký – vyžaduje polohování po 2 hodinách
Stav psychiky a spolupráce	Stav vědomí je dobrý. Psychické funkce neporušeny. Přiměřený postoj k nemoci. Schopen se dobře adaptovat na nové prostředí, podmínky	Stav vědomí dobrý. Smyslové vnímání neporušeno. Nepřiměřený postoj k nemoci ( přílišné obavy, bagatelizace nemoci, popírání )Pomalu a nedostatečně se adaptuje na nové podmínky a prostředí. Spolupráce občas obtížná.	Stav vědomí dobrý. Smyslové vnímání neporušeno. Zasažena oblast prožívání ( stavy silné úzkosti, deprese ), které mohou zůstávat skryty. Spolupráce obtížná v důsledku psychologických obtíží a narušené komunikaci s pacientem.	Stav vědomí narušený. Zmatenost, neklid, poruchy smyslového vnímání, které výrazně narušuje komunikaci a spolupráci s pacientem ), umírající pacienti.

## **PŘÍLOHA V.: SEZNAM ČINNOSTÍ SOP A ČINNOSTÍ PŘIŘAZENÝCH**

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

- a ) podávání léků per os*
- b ) podávání léků sondou*
- c ) aplikace léků do tělesných dutin – do dutiny ústní, nosní, zevní zvukovod,  
spojivkový vak, pochva, konečník*
- d ) aplikace injekcí s.c., i.m.*
- e ) aplikace injekcí i.v. – asistence lékaři, eventuelně samostatná aplikace sestrou,  
kanilace centrálních žil, aplikace pomocí injektoru*
- f ) aplikace infuzí, sledování – včetně kontinuální infúze, tokolýzy v porodnictví,  
asistence lékaři, eventuelně samostatná aplikace sestrou,  
použití infúzní pumpy*
- g ) asistence při aplikaci krevních derivátů*
- h ) zevní léčebné prostředky – místní aplikace – teplo, chlad, koupele, masti, pasty,  
léčebné oplachy, ...*
- ch) zevní léčebné prostředky – celková aplikace – teplo, chlad, koupele, masti, pasty*
- i) inhalace kyslíku a jiných léčebných prostředků*

### **2. Sledování**

- a ) sledování vitálních funkcí – TK, P, D, TT, vědomí, orientace, psychické změny,  
poruchy rovnováhy, ozvy plodu, záchvaty, křeče, zornice*
- b ) sledování příjmu a výdeje tekutin – včetně ztrát způsobených průjmy, zvracením,  
odpady z drénů, katétrů, sond, krvácením apod.*
- c ) rozměrů tělesných částí – hmotnosti, pánevních rozměrů, porodnické palpce*

**3. Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony ( zahrnuje přípravu, vlastní provedení až dokončení výkonu, včetně asistence lékaři )**

- a ) ošetření dutiny ústní a nosní – bez základní hygienické péče
- b ) péče o odsávací a odváděcí systémy – včetně močového katétru, průchodnost drénů
- c ) péče o ránu, převaz – jednoduchý – ošetření operačních ran hojených per primam, punkční vpichy, jednoduchý obvaz, přikládání ortéz
- d ) péče o ránu, převaz – složitý – obvaz rozsáhlých ran, sterilní obvaz + medikamenty, zábaly, tlakový obvaz, tamponády tělesných dutin
- e ) péče o žilní přístup, epidurální katétr – heparinová zátka, jednoduché krytí
- f ) péče o atonie – všechny druhy atonií
- g ) bandážování dolních končetin
- h ) klyzma
- ch ) zavedení a výměna sondy
- i ) speciální vyšetření prováděná sestrou - EKG, KTG
- j ) výplach – žaludku, léčebné laváže lehce přístupných tělesných dutin
- k ) cévkování močového měchýře
- l ) punkce
- m ) odběry biologického materiálu
- n ) dechová rehabilitace, nácvik dýchání, léčebné polohy
- o ) asistence při vyšetření – konziliární a jiné vyšetření lékařem
- p ) příprava pacienta k náročnému vyšetření, operačnímu výkonu – zahrnuta celková příprava včetně klyzma
- q ) instruktáž a edukace – jednoduchá – krátká informace k jednomu výkonu, či způsobu léčby
- r ) instruktáž a edukace – složitá – zásadní změny v životním stylu a návycích



*s ) psychická podpora – rozhovory, psychická podpora, rozhovory s příbuznými*

#### **4. Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi**

*a ) zajištění konziliárního vyšetření, jednání s jinými odborníky – včetně sociální*

*pracovnice, psychologa, apod.*

*b ) příjem, propuštění, přeložení pacienta, úmrtí – s ošetrovatelskou dokumentací*

*c ) doprovod pacienta sestrou na vyšetření, zákrok mimo ošetrovací jednotku*

[4]

## **PŘÍLOHA VI.: ČINNOSTI DENNÍ JEDNORÁZOVÉ HODNOTY**

- vizita
- písemné plánování ošetrovatelské péče
- předávání služby
- předávání pacienta
- jednání s rodinnými příslušníky
- neplánované pochůzky
- porada týmu
- zapracování nové sestry
- sebevzdělávání
- péče o pomůcky a přístroje, včetně dokumentace, eventuelně dezinfekce a sterilizace
- telefonické hovory
- čas na oběd

[4]