

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Kvalita ošetrovatelské péče na Ortopedickém oddělení
Nemocnice České Budějovice, a.s.

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ing. Iva Brabcová

Bc. Marcela Stýblová

2010

Kvalita ošetrovatelské péče na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kvalita poskytované zdravotní péče je citlivým tématem, které nezajímá jen poskytovatele zdravotní péče, ale i širokou veřejnost. Cílem současného ošetrovatelství je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Kvalitní ošetrovatelská péče by měla být v souladu se standardy a normami. Mění se role ošetrovatelského personálu a pojmy jako je kvalita, standardy, audity ošetrovatelské péče jsou zcela běžně zahrnuty do běžné každodenní praxe.

Prvním cílem mé práce bylo zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče pomocí indikátorů kvality na jednotlivých stanicích ortopedického oddělení. Druhým cílem bylo stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení. Další dva cíle se týkaly vyhodnocení spokojenosti pacientů s poskytnutými službami na ambulanci a lůžkových stanicích ortopedického oddělení. A posledním cílem bylo vyhodnotit spokojenost sester s pracovními podmínkami.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní metodou, technikou dotazníku, auditů, ankety. Respondenty výzkumného šetření byl ošetrovatelský personál a pacienti ortopedického oddělení. Výsledky přinesly potěšující zjištění, kvalita ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení je na dobré úrovni.

Na začátku bylo stanoveno sedm hypotéz. Dodržování zásad hygienického režimu na operačních sálech bylo prověřeno auditem ošetrovatelské péče. Úroveň znalostí ošetrovatelského personálu o pacienta s epidurálním katétretem byla hodnocena na základě auditu. Audit navazoval na vytvořený standard „Ošetrovatelská péče o nemocného s epidurálním katétretem. Hodnocení znalostí sester o specifikách ošetrovatelské péče o ortopedického pacienta proběhlo formou testu. Pro ověření optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovacích jednotkách bylo použito doporučení ČAS. Spokojenost ambulantních a hospitalizovaných pacientů byla prověřena anketou spokojenosti. Spokojenost sester s pracovními podmínkami byla hodnocena pomocí dotazníků. Na základě výše uvedených výsledků byla první hypotéza: Ošetrovatelský personál dodržuje hygienický režim na operačních sálech

ortopedického oddělení potvrzena. Druhá hypotéza: Sestry na jednotce intenzivní péče postupují při péči o epidurální katétr správným způsobem byla také potvrzena. Třetí hypotéza: Sestry na standardních jednotkách ortopedického oddělení znají specifika ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení byla potvrzena. Čtvrtá hypotéza: Na standardních jednotkách ortopedického oddělení pracuje optimální počet ošetrovatelského personálu byla potvrzena. Pátá hypotéza: Pacienti jsou spokojeni s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení i šestá hypotéza: Hospitalizovaní pacienti jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí byly potvrzeny. Sedmá hypotéza: Ošetrovatelský personál je spokojen s pracovními podmínkami byla potvrzena. Výsledky přinesly potěšující zjištění, kvalita ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení je na dobré úrovni.

Součástí mé diplomové práce je vytvořený standard „Ošetrovatelská péče o nemocného s epidurálním katétrem“, který byl přijat Nemocnicí České Budějovice, a. s. a dalším výstupem je doporučení pro vedoucí pracovníky, jak postupovat při vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče na svých odděleních.

Quality of nursing care at the Orthopedics Department of the *České Budějovice* Hospital

The quality of nursing care is a sensitive topic of interest for not only the care providers but also the general public. Nowadays, the nursing care is supposed to offer quality, and a quality care is expected to meet the relevant standards and norms. The role of the nursing staff has been changing, and the concepts and terms like quality, standards and nursing care audits have become a commonplace.

The first of the paper's objectives was to apply the quality indicators in an attempt at mapping and reviewing the quality of nursing care provided at the different units of the Orthopedics Department. The second objective aimed to arrive at the optimal numbers of nursing staff for the standard orthopedic units. Two more objectives were adopted to investigate the level to which the patients of the outpatient and inpatient units of the Department were satisfied with the services rendered. Through the last objective the paper was intended to find out the extent of satisfaction that the nurses felt about their working conditions.

The survey used a quantitative method, specifically the technique based on a questionnaire, audits and polls. The respondents were the staff members and patients of the Orthopedics Department. As follows from the survey results, the quality of nursing care provided at the Department was found very good.

Early in the survey seven hypotheses were formulated. An audit of the nursing care was employed to verify the adherence to the principles of hygiene in operating theatres. Another audit was carried out to examine the level of expertise found in the nursing staff taking care of patients with epidural catheter. The audit followed the already established standard of "Nursing care provided to patients with epidural catheter". The nurses were tested to reveal their competence in caring for the orthopedic patients. A recommendation issued by the Czech Nursing Association was utilized to arrive at the optimal numbers of nurses at the standard nursing units. The outpatients and inpatients were polled to disclose their degree of satisfaction. The nurses were given a questionnaire to measure the extent to which they were happy about their working conditions. The results thus obtained yielded the 7 hypotheses: (1) Nursing

staff keep the operating theatres of the Orthopedics Dept. in a good sanitary condition - confirmed; (2) Nurses at the Intensive Care Unit take proper care of the epidural catheters - confirmed; (3) Nurses at the standard units of the Orthopedics Dept. are aware of the special features of nursing care given to the orthopedic patients - confirmed; (4) Standard units of the Orthopedics Dept. are optimally staffed - confirmed; (5) Outpatients are satisfied with care provided at the Orthopedics Dept.; (6) Inpatients are satisfied with the care provided at the Orthopedics Dept. - hypotheses (5) and (6) were confirmed; (7) Nursing staff are happy about their working conditions - confirmed. As follows from the survey results, the quality of nursing care provided at the Department was found very good.

Incorporated in the Diploma paper has been the already established standard of "Nursing care provided to patients with epidural catheter" accepted by the *České Budějovice* Hospital; another output of the work is a recommendation advising managers on how they could assess the quality of nursing care at their departments.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Kvalita ošetrovatelské péče na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 24.5.2010

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní ing. Ivě Brabcové za odborné vedení a cenné připomínky při psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům ortopedického oddělení za jejich spolupráci.

Obsah

Úvod.....	4
1 Současný stav.....	6
1.1 Ortopedie.....	6
1.1.1 Historie ortopedie v ČR.....	6
1.1.2 Současnost ortopedického oboru	8
1.1.3 Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice.....	11
1.1.4 Spektrum péče poskytované na ortopedickém oddělení.....	13
1.1.5 Ošetrovatelská péče a její specifika na ortopedickém oddělení.....	15
1.1.6 Sledování a vyhodnocování kvality oš. péče na ortopedickém oddělení...	21
1.2 Kvalita zdravotní péče - základní pojmy.....	22
1.2.1 Kvalita poskytované péče.....	23
1.2.2 Indikátory kvality poskytované péče.....	24
1.2.3 Program kontinuálního zvyšování kvality.....	26
1.2.4 Akreditace zdravotnických zařízení.....	27
1.2.5 Standardizace ošetrovatelské péče.....	28
1.2.6 Audit ošetrovatelské péče.....	31
1.3 Spokojenost pacientů.....	32
1.3.1 Spokojenost pacientů jako kritérium kvality péče.....	33
1.3.2 Metody sledování spokojenosti.....	34
1.4 Spokojenost zdravotnických pracovníků s pracovními podmínkami....	37
1.4.1 Motivace ošetrovatelského personálu.....	38
1.5 Organizační kultura.....	42
1.6 Personální management.....	44
1.6.1 Kvantifikace ošetrovatelského personálu.....	45
1.6.2 Vzdělávání sester.....	46
2. Cíle práce a hypotézy.....	49
2.1 Cíl práce.....	49
2.2 Hypotézy práce.....	49
3. Metodika.....	50

3.1 Použité metody	50
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	51
3.2.1 Výzkumný vzorek pro audity.....	51
3.2.2 Výzkumný vzorek testu znalostí specifík ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedii.....	51
3.2.3 Výzkumný vzorek pro stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení.....	51
3.2.4 Výzkumný vzorek pro anketu.....	54
3.2.5 Výzkumný vzorek pro spokojenost sester s pracovními podmínkami.....	54
3.2.6 Statistické zpracování dat.....	55
4. Výsledky	56
4.1 Výsledky auditů	56
4.1.1 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ sestry.....	56
4.1.2 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ NZP.....	57
4.1.3 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ PZP.....	58
4.1.4 Výsledky auditu „Oš. péče o pacienta s epidurálním katétrem“.....	59
4.2 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení	61
4.2.1 Výsledky testu znalostí specifík ošetrovatelské péče	61
4.3 Stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardním ortopedickém oddělení	63
4.4 Spokojenost pacientů na ortopedickém oddělení	65
4.4.1 Spokojenost pacientů s poskytnutými službami na ambulanci.....	65
4.4.1.1 Statistické testy.....	71
4.4.2 Spokojenost pacientů hospitalizovaných.....	74
4.5 Spokojenost sester s pracovními podmínkami	81
5. Diskuze	93
5.1 Diskuze k výsledkům auditů na operačních sálech	93
5.2 Diskuze k výsledkům auditu na stanici JIP	94
5.3 Diskuze k výsledkům specifík ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení	96

5.4 Diskuze k optimálnímu počtu ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení.....	97
5.5 Diskuze k výsledkům spokojenosti pacientů.....	98
5.5.1 <i>Diskuze k výsledkům spokojenosti pacientů s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení.....</i>	98
5.5.2 <i>Diskuze k výsledkům spokojenosti hospitalizovaných pacientů.....</i>	99
5.6.Diskuze k výsledkům spokojenosti ošetrovatelského personálu s pracovními podmínkami.....	101
6. Závěr.....	105
7. Seznam použitých zdrojů.....	107
8. Klíčová slova.....	113
9. Přílohy.....	114

Úvod

"Je těžké měnit lidi, ale je možné změnit systém práce v organizaci"

J.Kersnik – Slovinsko

(Medical Tribune, 2007)

Kvalita zdravotní péče patří k významným tradičním hodnotám zdravotní péče. Zvyšující se nároky na zdravotní péči a snižující se ekonomické možnosti staví zdravotnická zařízení před úkol vytvořit efektivní zdravotnický systém, který bude reagovat na potřeby společnosti. Kvalita zdravotní péče se tedy stále více dostává do popředí zájmu nejen veřejnosti, ale i zdravotníků.

Určitě každého z nás, při vyslovení slova "kvalita" napadne něco jiného. Kvalitou rozumíme něco dobrého, zaběhlého, osvědčeného, vyzkoušeného. O kvalitě mluvíme v souvislosti s věcmi, ale i se službami. Kvalita je obvykle spjata se smyslovým vnímáním, je podmíněna okolnostmi, nedá se vyjádřit číslem, je zpravidla relativní. Pojem kvality se přenesl do obchodu, marketingu služeb, ale i do ošetrovatelství. Se vstupem do Evropské unie došlo v oboru ošetrovatelství k velkým změnám. Tyto změny zasáhly nejen do vzdělávání zdravotnických pracovníků, ale dotkly se i kvality poskytované ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelství je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Kvalitní ošetrovatelská péče by měla být v souladu se standardy a normami. Mění se role ošetrovatelského personálu a pojmy jako je kvalita, standardy, audity ošetrovatelské péče jsou zcela běžně zahrnuty do běžné každodenní praxe.

Téma diplomové práce se snaží čerpat a vycházet z dlouholetých zkušeností a z reality vedoucího pracovníka. Na ortopedickém oddělení pracuji jako vrchní sestra a problematika kvality ošetrovatelské péče je stěžejní náplní mé práce. Cílem této práce je vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče pomocí různých indikátorů kvality na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Zjištěné nedostatky a chyby bude pak možno efektivněji řešit, případně odstranit a připravit tak oddělení co nejlépe na blížící se akreditaci nemocnice. Pro mě byla velkým přínosem možnost projít školením interních auditorů. Pochopitelně informace, zde získané bych ráda využila

právě v přípravě ortopedického oddělení na blížící se akreditaci. Zjištěné výsledky, návrhy, řešení bych ráda předložila a prodiskutovala s hlavní sestrou nemocnice a popřípadě ve spolupráci s ní vymezila nejčastější problémy, které by se mohly vyskytnout v souvislosti s interními audity, ale i akreditací. Během provádění auditů na různých pracovištích nemocnice jsem se setkala s některými negativními postoji zaměstnanců, s názory, že je mnoho práce a málo sester i pomocného zdravotnického personálu, a na kvalitu odváděné práce nezbyvá čas. Přesto o významu kvality nelze pochybovat a velkou měrou do procesu zasahuje právě sestra manažerka, která může významně ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na svém oddělení. Jde nejen o uspokojování potřeb pacienta, ale i o vytváření žádané image nemocnice, oddělení.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Ortopedie

V současnosti neustále přibývá pacientů s onemocněním pohybového aparátu. Alarmující je však stále se zvyšující počet lidí mladšího věku, pro které bývá často onemocnění pohybového aparátu zatěžujícím nejen z hlediska zdravotního, ale i sociálního a ekonomického. Současnými trendy ortopedie jsou náhrady postižených kloubů implantáty. Náhrady postižených kloubů implantáty umožňují operovaným pacientům návrat do plnohodnotného kvalitního života. Moderní operační metody a techniky implantací jsou na vysoké úrovni. Budoucnost těchto výkonů je spojena s miniinvazivními zákroky a s navigačními technikami. Jmenované metody umožňují přesný postup a minimalizují poranění okolních tkání (27).

1.1.1 Historie ortopedie v ČR

Ortopedie se rozvíjela od 18. století v rámci všeobecné chirurgie. Zpočátku spočívala v léčení „mrzáků“ a později se rozšířila o léčení následků válečných poranění. Ortopedie se ve střední Evropě začíná formovat v druhé polovině 19. století, kdy Čechy byly součástí Rakousko – Uherské monarchie s kulturní návazností na Vídeň. Budoucí lékaři jezdili velice často na studia do Vídně. V tomto období je nutné vyzdvihnout velkou osobnost prof. Eduarda Alberta. Lékař a profesor Eduard Albert byl Čech, který vystudoval ve Vídni, a po dokončení studií medicíny nastoupil na I. chirurgickou vídeňskou kliniku. Dosáhl výjimečné kariéry, byl jmenován profesorem a přednostou chirurgické kliniky ve Vídni. Kromě všeobecné chirurgie se zabýval i ortopedickou problematikou, kloubní mechanikou, uspořádal učení o skolióze. Na jeho klinice vznikl základ budoucího oboru ortopedie. Na univerzitě ve Vídni začal ortopedii přednášet (8).

Československá ortopedie se po skončení první světové války diferencovala z chirurgie a postupně se vyvíjela. V souvislosti s novým rozvojem ortopedické lékařské vědy nelze opomenout jména profesora Maydla, profesora Kukuly, profesora Jedličky i profesorů Zahradníčka a profesora Frejky. Rozvoj ortopedie přerušila druhá světová válka. Po skončení válečného běsnění v roce 1945 se život v obnovené Československé

republice rychle rozvíjel. A v tomto poválečném období přišel i další rozvoj ortopedie v neuvěřitelných dimenzích. Zakládaly se další ortopedické kliniky, nepostradatelným úkolem bylo nezbytné obnovení činnosti ortopedické společnosti, znovuoobnovení vycházení odborných časopisu, podpora vzniku nových pracovišť, rozšíření a realizace moderní metody ošetření vrozených vad kyčelních kloubů, rozvoj operační ortopedie a traumatologie. Je až neuvěřitelné a obdivuhodné, jak se podařilo v krátké době vybudovat ortopedickou péči v celém Československu na vysoké odborné úrovni. Celý tento vývoj dovedl ortopedii k samostatnosti oboru ortopedie a traumatologie pohybového aparátu a páteře. Traumatologie se stala nedílnou součástí ortopedie. V roce 1977 při vypracování koncepce chirurgických oborů se stala ortopedie samostatným oborem. Tato náročná lékařská disciplína prodělala velký rozvoj, začala se rozvíjet endoprotetika kyčelního kloubu, zavedla se stabilní osteosyntéza. Období po roce 1989 se vyznačuje velkým rozvojem operativy kloubních náhrad, páteře, artroskopické operativy. Vlastní obor vytvořil řadu nových předpokladů pro úspěšné léčení onemocnění pohybového aparátu. Původně byla ortopedie převážně konzervativním oborem s limitovanou operativou (8, 13, 54).

Profesionální ošetrovatelské vzdělávání prodělalo také svůj historický vývoj. Začalo se systematicky rozvíjet po roce 1914 v Rakousku – Uhersku. Byla vydaná první zákonná úprava pro profesionální ošetřování nemocných. Uvedený zákon ovlivnil ošetrovatelské vzdělávání nejen v Rakousku – Uhersku, ale i v Česku (46, 51).

V souvislosti s historií rozvoje ošetrovatelské profese nelze opomenout ani historii oboru ortopedie z pohledu ošetrovatelského. Průkopnicí ortopedického ošetrovatelství byla anglická sestra Agnes Hunt, která vybudovala základy oboru ortopedie pro sestry. Sama jako malé dítě trpěla zánětem kyčelního kloubu a zdravotní problémy ji provázely a omezovaly celý život. Zkušenost s bolestivým onemocněním ji vedly k položení základů ortopedického ošetrovatelství a založení ortopedické nemocnice v Oswestry ve spolupráci s anglickým lékařem ortopedem Robertem Jonesem. Uznání její prospěšné a vytrvalé práce bylo oceněno udělením insignie královského Červeného kříže za její přínos během první světové války. Agnes Hunt

byla významnou osobností ortopedického ošetrovatelství. Její odvaha, chuť, houževnatost, oddanost se zasloužily o rozvoj oboru (39, 59).

1.1.2 Současnost ortopedického oboru

Ortopedie se řadí mezi samostatné chirurgické obory. Zabývá se léčbou vrozených a získaných vad, úrazů, jejich následků a různými akutními a chronickými onemocněními pohybového aparátu. V současnosti je hlavní náplní oboru léčba operační. Ortopedie přijala řadu poznatků z dalších lékařských odvětví. Pracuje v těsné návaznosti například s chirurgií, pediatrií, revmatologií, onkologií a s rehabilitací. V ortopedii se provádí vysoce specializované operace, které jsou závislé na dokonalém technickém vybavení a kvalitní erudici špičkových odborníků. Mimořádná péče se věnuje oblasti terapie zlomenin, korekčních operací bez sádrových fixací, nahrazování kloubů a dalším výkonům, které umožňují návrat pohybových a statických funkcí. A je tomu i u takových úrazových stavů a onemocnění, které dříve měly za následek vznik trvalé invalidity. Samozřejmě nezastupitelná role patří i sestře, která se velkou měrou podílí na celkové péči o ortopedické pacienty. Sestra musí být dostatečně kvalifikovaná, erudovaná v ortopedické problematice. Multidisciplinárnost v ošetrovatelské péči je důležitá. Ortopedická sestra spolupracuje s pracovníky jiných oborů jako například s fyzioterapeuty, s dětskými sestrami, se sestrami z infekčních oddělení, z čehož vyplývá důkladná znalost specifik ortopedické ošetrovatelské péče. Jedním z důležitých úkolů oboru ortopedie je preventivní činnost, která má především rozhodující význam v novorozeneckém nebo kojeneckém věku. Je důležitá návaznost s praktickými lékaři pro děti a dorost. I tady má své nezastupitelné místo sestra v roli školitelky, která se účastní zvláště pak v ortopedických ambulancích edukace rodičů. Tato bývá zaměřena na význam kompenzačních pomůcek, jejich dostupnost, manipulaci s pomůckami. Správné zacházení s kompenzačními pomůckami například u dětí, které mají vrozenou vadu kyčelní, má zásadní vliv na léčbu. Její výsledek je závislý právě na matce, která s pomůckou manipuluje. Sestra předává vhodným, srozumitelným výkladem, názorným předvedením všechny tyto informace matce. Důležité místo zaujímá spolupráce ortopedie s chirurgií především v ošetrování úrazů. Sestra, která pracuje na

ortopedickém oddělení, se může setkat s pacientem, který utrpěl úraz. Jedná se například o poranění kolenního kloubu, ramenního kloubu. Ortopedická sestra by měla mít dostatek vědomostí a dovedností, které by jí pomohly v jejím rozhodování a výběru vhodných ošetrovatelských intervencí u pacienta s úrazem. Ortopedie je též úzce spojena s léčebnou a pracovní rehabilitací osob s úrazy pohybového aparátu a osob po ortopedických operacích. Další úzká spolupráce je nutná s interním lékařstvím, především při provádění preventivních a léčebných výkonů na kloubech a měkkých tkáních, pokud zůstává léčba ortopedem neúspěšná. Účast ortopedie v posudkové činnosti má nezastupitelnou roli. Ortopedie zajišťuje péči o obyvatelstvo v celém věkovém rozmezí v oblasti preventivní péče o pohybové ústrojí. Na tomto úseku se zabývá především vrozenými a získanými vadami, chronickými a degenerativními chorobami, úrazy a poúrazovými stavy, nádorovými chorobami, ale také následky, které tato onemocnění zanechávají. Provádí se operační výkony umožňující návrat lidí do kvalitního, plnohodnotného života. Lidé se mohou bez následků zařadit do svého pracovního tempa, aniž by to mělo dopad na sociální stránku života. Ve spolupráci s rehabilitačním oddělením a lázeňskou péčí se účinně zkracuje doba léčení. Rehabilitaci lze uplatnit ve všech oblastech onemocnění pohybového aparátu u vrozených i získaných deformit, u funkčních i strukturálních onemocnění, u poranění a především po rekonstrukčních operacích pohybového aparátu. Léčebná rehabilitace je součástí komplexní léčby o ortopedického pacienta a jejím cílem je zajistit co největší nezávislost v životě pacienta. Vhodně volenou rehabilitační léčbou je možné výrazně ovlivnit funkční stav pohybového aparátu a lze také oddálit operativní zákrok. Případně je možné pacienta na operační zákrok připravit tak, aby výsledek ortopedické operace byl optimální. (21, 25, 45).

Významné místo zaujímá rehabilitační ošetrovatelství, které přímo souvisí s prací sestry na ortopedickém oddělení. Cílem rehabilitačního ošetrovatelství je dosažení schopnosti sestry identifikovat nutnost spolupráce s fyzioterapeutem, aby i ona sama dokázala zajišťovat jednotlivé rehabilitační intervence: například chůzi o berlích, instruktáž nemocného po operaci náhrady kyčelního kloubu v rámci poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Ortopedická sestra by měla umět ve spolupráci

s fyzioterapeutem vyhodnotit efektivnost poskytnuté rehabilitační péče. V souvislosti s ortopedií nelze opomenout lázeňskou péči, která se může uplatnit jako součást konzervativní terapie při onemocněních pohybového aparátu. Lázeňský léčebný pobyt není nezbytnou součástí léčby onemocnění pohybového aparátu. Přináší však příznivý efekt nejen na onemocnění samotné, ale i na celkový zdravotní stav nemocného. Lázeňská kúra zahrnuje i režimová opatření, a během pobytu mění životní styl nemocného. Je velkým přínosem, pokud se pro nemocného stane impulsem k přijetí nezbytných režimových opatření k trvalé změně životního stylu. A zde hraje důležitou roli sestra, která ve spolupráci s multidisciplinárním týmem odborníků jako je fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut může výraznou měrou přispět ke změně životního stylu pacienta. V pooperačním období může být lázeňská péče součástí doléčení pacientů, kteří podstoupili operaci náhrady kloubu (21, 27, 45).

Ortopedická pracoviště též úzce spolupracují s protetikými pracovišti. Ortopedická protetika se zabývá způsoby náhrady ztracených částí těla a způsoby náhrady omezených nebo ztracených pohybových funkcí technickými prostředky. Ortopedická protetika se dělí na část, která se zabývá indikací správné technické pomůcky, to je část zdravotní. Další součástí je technická ortopedická protetika zabývající se výrobou a aplikací konkrétní technické pomůcky (21, 26).

Vývoj v ortopedii výrazně ovlivňuje úroveň poskytování léčebně preventivní péče. Ta se poskytuje nemocným jednak v ambulantních zdravotnických pracovištích na obvodech a jednak ve specializovaných odborných ambulancích, případně v dalších zdravotnických zařízeních. Další rozvoj oboru je podmíněn zajištěním kvalitních pracovníků v tomto oboru a jejich neustálým vzděláváním, dostupností odborné péče. Týká se to nejen lékařů, ale i zdravotnického personálu, sester, které by se měly neustále vzdělávat v oboru a získávat nové poznatky týkající se ortopedického oboru (9, 53, 60, 66).

Pokrok v oblasti ortopedie jako medicínského oboru vede i k rozvoji v oblasti ortopedického ošetřovatelství. Zaváděním stále nových operačních postupů s sebou přináší i spoustu nových ošetřovatelských metod a postupů, jež kladou velký důraz na

vzdělávání sester v ortopedickém oboru. Dovednosti sester, intervence, postoje sester a kontinuita péče představují podstatnou součást práce sestry na ortopedii (16, 38, 54).

1.1.3 Ortopedické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Ortopedické oddělení v českobudějovické nemocnici je samostatné oddělení a není součástí traumatologického oddělení jako v jiných nemocnicích. Vzniklo v roce 1946 a prvním primářem byl tehdy jmenován prim. MUDr. Jan Procházka, který vedl oddělení do roku 1975. V roce 1975 primář Jan Procházka předal vedení oddělení doktoru Jiřímu Krbcovi. K dalšímu jmenování primářského postu došlo v roce 1991, kdy oddělení převzal a vedl MUDr. Josef Haloun. V roce 2002 nastupuje do funkce primáře oddělení prim. doc. MUDr. Jiří Stehlík, CSc., který vede skvěle oddělení do současnosti. Každoročně se provede na oddělení průměrně 2000 operačních zákroků. V posledních letech dochází ke zkracování průměrné doby hospitalizace na 10 – 12 kalendářních dnů. Různě náročné operace se provádějí s použitím nejmodernější operační techniky a možných operačních postupů (8).

Českobudějovické ortopedické oddělení je prvním pracovištěm v republice i v zemích bývalého východního bloku, kde byl s úspěchem použit nový způsob implantace náhrady kyčelního kloubu. Speciální metoda, kterou nazýváme miniinvazivní metodou, využívá originálního anatomického přístupu ke kyčelnímu kloubu. Ten maximálně šetří měkké tkáně. Tento postup je výzvou i pro sestry k tomu, aby se neustále vzdělávaly a zdokonalovaly ve svém náročném oboru. Ortopedie se neustále vyvíjí a přináší nové moderní trendy, metody, nejen v operativě, ale i v ošetrovatelské péči o ortopedického pacienta. Ortopedické oddělení dosahuje dobrých výsledků i v artroskopické operativě. Artroskopické pracoviště našeho oddělení je v současné době jedním z nejvýznamnějších v republice, nejen počtem prováděných výkonů, ale i spektrem operačních výkonů. Pracoviště je mezinárodně uznávaným centrem pro vzdělávání lékařů specialistů na artroskopie. V rámci tohoto programu se na ortopedické pracoviště jezdí vzdělávat lékaři z celé střední a východní Evropy. Samozřejmě se toto významné ocenění dotýká i práce sester, a to především sálových sester. Operační tým je tvořen špičkovými lékaři, ale i zkušenými sestrami a veškerým

personálem operačních sálů. Ti všichni tvoří profesionální atmosféru operačního týmu a dobré zázemí pro provádění prvotřídní a odborné práce na operačním sále. V harmonickém seskupení musí každý znát své místo a úkoly, které mu náleží. Operační výkon není jen záležitostí jedinečného operátora, ale i celkového prostředí, atmosféry sálu, přípravy přístrojů, techniky a instrumentária. Sálková sestra by měla bezchybně zvládnout instrumentační techniku a instrumentarium při operačních výkonech, zásady hygienického režimu na sálech, manipulaci s materiálem, přístroji a technikou. Musí znát organizaci a koordinaci provozu na operačních sálech. Zvládnout a odborně vést i méně zkušené pracovníky. Neméně důležitý je vztah lékaře a sestry na operačním sále se snahou zachovat profesionálního osobního přístupu, prostředí důvěry a zodpovědnosti k práci. Souhrnem uvedeného, vyplývá, že práce na operačním sále není práce, kde se mohou prosazovat jednotlivci, ale jedná se o práci týmovou, kde sestra tvoří partnera lékaři (1, 38, 47, 50, 64).

Na ortopedickém oddělení jsou dvě lůžkové standardní stanice s 44 lůžky, jednotka intenzivní péče, která má 6 lůžek intenzivní péče a 6 lůžek intermediální péče. Operuje se celkem na čtyřech operačních sálech. Tři sály jsou aseptické a jeden sál septický, operuje se každý den. Nedílnou součástí ortopedického oddělení jsou ambulance. Ambulance jsou k dispozici pacientům denně kromě víkendu, kdy funguje pohotovostní ambulance. Jedna ambulance slouží jako příjmová. Součástí ambulance je zákrokový sálek, kde se jednou týdně provádí ambulantní výkony. Celkem za rok bývá provedeno 71 ambulantních výkonů (40).

Náročnost a kvalitu práce ambulantní sestry významně ovlivňuje její komunikační dovednost. Při příchodu pacienta na ambulanci jde o první kontakt pacienta s oddělením. Je pravdou, že prvním kontaktem si pacient vytvoří dojem o celém oddělení. K vyšetření na ambulanci se pacienti mohou objednávat telefonicky. Personál zabezpečující chod oddělení tvoří 12 lékařů včetně primáře, 42 zdravotnických pracovníků včetně vrchní sestry, 11 nižších zdravotnických zaměstnanců a 1 administrativní pracovnice (1, 40).

1.1.4 Spektrum péče poskytované na Ortopedickém oddělení Č. Budějovice a.s.

Do spektra poskytované péče ortopedického oddělení patří jednak operační výkony prováděné na pracovišti, dále péče poskytovaná v ambulancích, konziliární vyšetření pacientů. Spektrum operativy je značně bohaté. Největší část operací zaujímá endoprotetika, artroskopická operativa, operace končetin. Endoprotetické operace jsou zákroky, při nichž se provádí náhrada postiženého kloubu endoprotézou. Provádí se náhrady kyčelních, kolenních, ramenních, hlezenních, loketních kloubů. Nejčastější indikací k těmto operacím je artróza postiženého kloubu, stavy po úrazech, stavy po zánětlivých onemocněních. Operační léčba je indikována, byly-li vyčerpány veškeré možnosti dostupné konzervativní léčby. Na pracovišti se řeší všechny komplikace včetně infekčních. Pro úplnost jsou uvedeny počty operačních výkonů za loňský rok 2009. Totálních endoprotéz kyčelního kloubu bylo provedeno celkem 291, totálních endoprotéz kolenního kloubu bylo provedeno celkem 215, totálních endoprotéz ramenního kloubu bylo provedeno celkem 7 a totální náhrady hlezenného kloubu byly provedeny celkem 3. Vzhledem k narůstajícímu počtu primárních operací, stoupá i počet reoperací, které jsou náročnější pro pacienta, ale i pro operátora. Za loňský rok jich bylo provedeno celkem 66. Nezanedbatelná je i podstatně vyšší cena revizních implantátů. Z toho důvodu je velice důležitý pečlivý výběr implantátu operátorem při primární operaci. Kloubní náhrada je kontraindikována při jakékoli infekci v organismu, při nespolupráci pacienta, u obézních pacientů, u vážných interních chorob. Z pohledu ortopedické sestry jsou reoperace operační výkony náročné na ošetrovatelskou péči. Pacient je v některých případech upoután na lůžko 4 – 6 týdnů a jeho schopnost sebezpěče je narušena. Z imobilizace pacienta vyvstává i spousta dalších aktuálních problémů, ale i potencionálních. Ošetřovaný pacient může být ohrožen rizikem vzniku dekubitů, infekcí a dalšími problémy, které by sestra měla včas odhalit a pomoci pacientovi řešit. Sestra musí věnovat velkou péči výživě pacienta, přísunu dostatečného množství bílkovin a vitamínů ve stravě, který je důležitý pro realimentaci organismu. Dále je nutné dodržovat pitný režim, dbát na prevenci dekubitů. Sestra na operačním sále, jelikož se jedná o výkony několika hodinové, musí být zdatná technicky, neboť se

používá velké množství technicky náročných implantátů, ale i velký počet instrumentária (13, 53, 58).

Další velkou skupinu operačních výkonů zauímají artroskopické operace. Artroskopická ortopedie je oborem, který se věnuje chirurgii kloubů endoskopickou metodou, kdy vlastní operační výkon je prováděn prostřednictvím optiky a nástrojů, které jsou do kloubu zaváděny z minimálních operačních ran. Artroskopická operativa neodmyslitelně patří do spektra výkonů ortopedických oddělení. Uvedená metoda snižuje invazivitu operačního výkonu, výkon je tudíž provázen s menší pooperační bolestivostí, kratší dobou hospitalizace a rekonvalescencí. Na pracovišti se provádí artroskopické výkony kolenního, ramenního, loketního kloubu, zápěstí a hlezenného kloubu. Artroskopické operace tvoří velkou skupinu operačních výkonů. Předpokládá se, že ortopedická sestra dokáže poskytnout pacientovi komplexní ošetrovatelskou péči zahrnující kompletní předoperační přípravu, pooperační péči, spolupráci s fyzioterapeuty. Dokáže zhodnotit zdravotní stav pacienta a naplánovat vhodné intervence k dosažení žádoucího výsledku. Nezbytným předpokladem jsou teoretické vědomosti a praktické dovednosti o ortopedické problematice (40, 47, 49).

Dětská ortopedie je oblastí zabývající se prevencí, konzervativní a operační léčbou ortopedických onemocnění pohybového aparátu v dětském věku. Na pracovišti má již tento obor dlouholetou tradici. Ultrazvukové vyšetření dětských kyčlí se provádí jako screeningové vyšetření. Již řadu let je v provozu skoliotická poradna pro pacienty s touto vadou páteře. V rámci dětské ortopedie se zabýváme diagnostikou a léčbou postižení skeletu při dětské mozkové obrně a ostatních neurologických onemocnění. Při léčbě je navázána spolupráce s dětským neurologem a nestátním zdravotnickým zařízením Arpida, kde je zajištěna velmi kvalitní navazující rehabilitační péče předoperační i pooperační. Ortopedická sestra má své nezastupitelné místo především v rámci primární prevence. V jejím rámci se snaží prostřednictvím edukace, zdravotní výchovy zlepšit informovanost, konkrétně v tomto případě matek o vrozených vývojových vadách kyčelních. To ovšem vyžaduje dostatek vědomostí a znalostí z dětské ortopedie. V rámci sesterských seminářů je problematika dětské ortopedie pravidelně a často zařazována. (13, 31, 40).

Septická ortopedie se zabývá diagnostikou a léčbou infekčních onemocnění pohybového aparátu kromě postižení páteře. Ústavní léčba probíhá za velmi úzké spolupráce s infekčním oddělením, kde jsou pacienti hospitalizováni a každý den kontrolováni lékařem ortopedem. Infekční oddělení má specifický režim, se kterým jsou pacienti před plánovaným výkonem seznámeni. Na ortopedickém pracovišti se k operačním výkonům pacientů hospitalizovaných na infekčním oddělení používá septický sál s individuálním režimem. Část výkonů je prováděna ve spolupráci s plastickým chirurgem (40).

Hlavní náplní práce v ortopedii dolní končetiny je operační řešení ortopedických onemocnění a deformit v oblasti nohy a hlezenního kloubu. Operace přednoží řeší deformity, jejichž příčinou je časté nošení nevhodně tvarované obuvi. V této oblasti ortopedie sestra nejvíce využívá dovednosti vztahující se k obvazové technice a sádrování (40)

Operace ruky jsou nejčastěji indikovány k řešení pouřazových změn, při revmatologických deformitách, při diagnostice a léčbě degenerativních onemocnění, kdy nedílnou součástí ošetrovatelské péče je dokonalé zvládnutí obvazové techniky, základní vědomosti o revmatických onemocněních a s ním spojená problematika hojení ran. Je důležité, aby si sestra dokázala uvědomit transdisciplinárnost oboru a důležitost spolupráce s ostatními pracovišti. Dokázala vhodným způsobem a efektivně využít vědomosti i z jiných ošetrovatelských odvětví (16, 40).

Ročně se v ambulantní části průměrně ošetří 12 146 pacientů. Pacienti se do ambulance objednávají telefonicky a průměrná čekací doba na vyšetření je 3 měsíce. Objednávání do jednotlivých ambulancí se provádí dle specializací jednotlivých lékařů (40).

1.1.5 Ošetrovatelská péče a její specifika na ortopedickém oddělení

Základním požadavkem současného ošetrovatelství je kvalitní a profesionální ošetrovatelská péče, která vychází z individuálních potřeb každého pacienta, a je založena na holistickém přístupu k pacientovi. Holistické ošetrovatelství chápe člověka

jako bio–psycho–socio–spirituální bytost, která je ošetřována šetrnými metodami (34, 42, 60).

Poskytování profesionální péče vyžaduje speciální dovednosti, vědomosti a postoje kvalifikované sestry. Profese sestry s sebou nese určitý systém rolí. Role sester ovlivňují vždy změny ve společnosti, nové poznatky, technologie, systém zdravotní péče. V souvislosti s tím dochází ke změnám role sestry, na což reaguje i vzdělávání sester a ošetrovatelská praxe. Povinnost sestry je historicky podmíněná a charakterizují ji určité znaky. Sestra při své nelehké práci vychází z potřeb pacienta a pochopení jeho problémů. Má schopnost zajistit mu pocit jistoty, bezpečí, ochrany. V současné době plní sestra roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, ale i sestry manažerky, advokátky, edukátorky, výzkumnice. Sestra je nositelkou změn a její úloha je nezastupitelná i v oblasti vzdělávání, kde má svou nezastupitelnou roli především zkušená školicí sestra. Každý člen ošetrovatelské profese musí mít představu o svých povinnostech a kompetencích i povinnostech a pravomocích druhých. Z důvodu komplexnosti péče o pacienta se mohou v určitých situacích některé oblasti překrývat. Ošetrovatelství bylo Světovou zdravotnickou organizací identifikováno jako profese, která svojí činností výrazně humanizuje, zlevňuje a zefektivňuje péči o zdraví obyvatel. Posláním je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat jejich fyzické, psychické a sociální možnosti v kontextu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. Snaží se podpořit pozitivní vztah ke zdraví, maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, snižovat negativní vliv na celkový stav člověka a nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím. Sestra pracuje samostatně a při práci používá metodu ošetrovatelského procesu. Individualizovaná péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu je „šitá přímo na míru“ konkrétnímu pacientovi. Poskytovaná péče by měla být aktivní, vstřícná a nabízená, měla by být poskytována komplexně na základě vědeckých poznatků, měla by mít preventivní charakter. Důležité je, aby byla předávána týmově (16, 35, 51).

Ortopedické ošetrovatelství je ošetrovatelství zaměřené na prevenci a uspokojování potřeb pacientů s onemocněním pohybového aparátu. Ošetrovatelské problémy mohou být akutní, chronické související s problematikou pohybového

aparátu. Na ortopedickém oddělení jde o spolupráci řady nelékařských pracovníků sester, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů, protetických pracovníků, psychologů, sociálních pracovníků. Současné ošetrovatelství je tedy, jak z uvedeného jasně vyplývá, zaměřeno na zdraví člověka, zatímco medicína je převážně orientovaná na diagnostiku a léčení. V tom se také liší ošetrovatelské cíle od medicínských. Ošetrovatelství si vytvořilo vlastní pole působnosti, kde sestra pracuje samostatně a má vysoké kompetence. Filozofie ošetrovatelství se uplatňuje ve všech oborech a disciplínách (26, 31, 59).

Nástup do náročného zaměstnání po několikaletém studiu se stává pro každého absolventa další etapou jeho profesního života. Z hlediska vedoucího manažera je důležité věnovat zvýšenou péči absolventům, podporovat jejich profesní růst a rozvoj. Absolventka musí mít stále na paměti, že po zapracování bude jako sestra pracující bez odborného dohledu nést plnou zodpovědnost za ošetrovatelské činnosti, které bude provádět. Plán zapracování slouží nově nastupujícím sestřím jako průvodce během jejich zapracování na oddělení. Cílem plánu zapracování je poznat, prověřit, zhodnotit, doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti, znalosti a dovednosti sester při uplatňování teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi. Správné vedení a řízení plánu zapracování zajistí jeho efektivitu. Každá sestra je s ním seznámena při nástupu na pracoviště a je jí přidělena školící sestra. Většinou to bývá staniční sestra. Pokud je třeba nějakou činnost zvládnout prakticky, je nutné mít a vycházet z teoretických základů (14, 36, 62).

Ortopedie je rozmanitý obor a zajímavý i z pohledu ošetrovatelského. Cílem je uspokojování bio–psycho–sociálních potřeb pacienta. Jako jiná oddělení mají své zvláštnosti, odlišnosti, specifika v ošetrovatelské péči tak je tomu i u ortopedie. Pokud se má sestra orientovat v základních ortopedických pojmech, je důležité, aby se s nimi seznámila. Sestra musí všem pojmům rozumět. Nelze opomenout spolupráci s fyzioterapeuty, a proto základy rehabilitačního ošetrovatelství patří také k všeobecnému přehledu ortopedické sestry. Rehabilitační ošetrovatelství je součástí výuky všeobecných sester a v případě ortopedického oddělení má svoji nezastupitelnou roli. Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetrovatelství je každodenní spolupráce

ortopedické sestry s fyzioterapeuty. Sestra nemůže nahrazovat práci fyzioterapeuta, ale může poskytnout pacientovi s omezením pohybové aktivity pomoc při aktivitách denního života (25, 38).

Z předchozího textu vyplývá, že sestry, které pracují na ortopedickém oddělení, se řídí stejnými zásadami, které vychází z prvků moderního pojetí ošetrovatelství. Snaží se být pacientovi průvodkyní, oporou v řešení jejich problémů. Musí umět naslouchat, být empatické. Sestra, která nastoupí na ortopedické oddělení jako absolventka, by měla zvládnout specifika oboru v průběhu tří let. Ortopedie je chirurgický obor a základem je zvládnutí problematiky související se všemi chirurgickými obory a to je hygiena, hygienické zásady, dezinfekce, sterilizace, zásady bariérové ošetrovatelské péče. Na ortopedické oddělení jsou přijímáni pacienti většinou k plánovaným operačním výkonům. Pokud se jedná o specifika oboru z pohledu sesterského, měla by sestra mít základní vědomosti o anatomii a fyziologii pohybového aparátu, o vyšetřeních, která se provádí na ortopedii, o laboratorních vyšetřeních. Sestra by měla zvládnout základní odbornou terminologii poloh kloubů, operační názvosloví. Rozmanitost oboru nabízí sestřím možnosti pracovat na operačním sále, na jednotce intenzivní péče, na standardní lůžkové stanici nebo na ambulanci. Každá stanice má své určité zvláštnosti a specifika. Sestra instrumentářka, dvě obyčejná slova, a přece má každé jiný význam, jiná je její náplň práce. Jedno je ale všem sestřím společné pomáhat lidem, přispět k úsilí navrátit nemocnému člověku to nejcennější co má, a to je zdraví. Instrumentářka je ta, jež podává lékařům nástroje, stará se o sterilitu instrumentaria, připravuje operační sál a materiál potřebný k operačnímu výkonu. Očekává se od ní velká dávka sebeovládání, klidné a vlídné vystupování, rychlé a přesné plnění úkolů. Práce instrumentářky je náročná i po stránce fyzické, zvláště na ortopedických sálech, kdy k jedné operaci je potřebná celá řada instrumentarií. Vyžaduje od sestry manuální dovednosti a určitou dávku zručnosti. Hlavním předpokladem dobré spolupráce celého operačního týmu je vzájemný respekt, úcta a vědomí nezastupitelnosti každého v sehraném operačním týmu. Nedílnou součástí specifík ošetrovatelské péče je poskytovat péči pacientům po různých operačních výkonech. Nejčastěji se jedná o operační výkony, jako jsou náhrady kloubů, operace u pacientů se septickými komplikacemi, operace u dětských pacientů.

S těmito operačními výkony samozřejmě souvisí ošetrovatelská péče po provedených zákrocích. Největší část operativy však zaujmají náhrady postižených kloubů. Pacienti po operačních zákrocích jsou uloženi na jednotce intenzivní péče. Náplň práce sestry na jednotce intenzivní péče je do jisté míry odlišná od náplně práce sestry na standardní stanici. Specializační vzdělávání sester v intenzivní péči je možné získat absolvováním vzdělávacích programů. Tyto programy jsou akreditovány ministerstvem zdravotnictví. Vzdělání sestry v intenzivní péči je koncipováno modulovým způsobem, který umožňuje dosažení požadované úrovně znalostí a dovedností. V modulovém systému vzdělávání se rozlišují tři úrovně modulů. Jsou to základní moduly, odborné moduly a speciální moduly. Speciální moduly jsou zaměřeny na odbornou, úzce specializovanou problematiku daného oboru například sestry v intenzivní péči. Problematika ortopedických specifik ošetrovatelské péče na JIP souvisí s aktuálním stavem pacienta po operaci. Monitoring fyziologických funkcí je součástí práce sestry na jednotce intenzivní péče na všech odděleních. Na ortopedické jednotce intenzivní péče přicházejí v úvahu důležité prvky specifik ošetrovatelské péče související přímo s pooperačním režimem, velkými krevními ztrátami. Uložení operované končetiny ve speciální antirotací botě, umožní správnou polohu končetiny. U pacientů po náhradě kyčelního kloubu jsou to především informace týkající se pooperačního rehabilitačního režimu. Je celá řada ošetrovatelských činností, které by měla sestra zvládnout, aby mohla pacientům poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra má obvykle s pacientem daleko bližší vztah než lékař. Důležité je, aby sestra dokonale znala všechny potřeby pacienta, trpělivě mu naslouchala, byla empatická. Měla by vždy podporovat co nejvíce jeho soběstačnost a zároveň plně saturovat jeho potřeby. K nejčastějším potřebám pacienta na ortopedické intenzivní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost. Na standardním oddělení je opět, co se týká specifik ošetrovatelské péče, řada činností odlišných od sálových a intenzivních specifik. Například pooperační ošetrovatelská péče po artroskopických výkonech, technika sádrování, asistence u punkcí, u malých chirurgických zákroků, základy rehabilitačního ošetrovatelství. Ambulantní část se soustřeďuje na konzervativní léčbu v ortopedii, přikládání sádrových obvazů, asistence u aplikací léků

do kloubu, přikládání speciálních obvazů po operaci nohy, ruky. Vzájemná spolupráce, návaznost a propojenost jednotlivých stanic a jednotlivých specifických ošetrovatelských činností zaručuje poskytování kvalitní ošetrovatelské péče v kontextu s moderními požadavky současného ošetrovatelství. Spolupráce s ostatními ošetrovatelskými týmy je velice důležitá a z toho vyplývající dostatek vědomostí a znalostí z ostatních oborů medicíny. Významná je spolupráce s dětským oddělením, s infekčním oddělením, s rehabilitačním oddělením. Prvky rehabilitačního ošetrovatelství souvisí i se znalostmi ortopedické protetiky. Dále nelze opomenout problematiku dětské ortopedie a s ní související ošetrovatelské činnosti, ošetrovatelská péče o pacienta s vrozenou vývojovou vadou kyčlí. Je toho opravdu spousta, a proto sestra pracující na ortopedickém oddělení by měla mít znalosti a vědomosti o všech souvisejících problémech, které se mohou vyskytnout u pacienta na ortopedickém oddělení. Sestra poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, spolupracuje s rodinami, komunitami, ale i s ostatními zdravotnickými pracovníky. Sestra se musí neustále vzdělávat, aby mohla poskytovat co nejkvalitnější péči v souladu s novými poznatky vztahující se k oboru ortopedie. Na oddělení jsou pravidelně pořádány odborné semináře. Semináře se vztahují k ortopedické problematice ošetrovatelské péče. Jsou rozděleny do dvou částí semináře specializované pro práci sestry na ortopedickém operačním sále. Na seminářích jsou sálové sestry seznamovány s novými operačními technikami, s metodami nových používaných materiálů. Témata bývají pestrá a jsou zaměřena na část odbornou, lékařskou, kterou většinou přednáší lékaři a část cíleně zaměřenou na oblast práce perioperační sestry. Tuto část semináře již vede sestra, která se musí s danou problematikou pečlivě seznámit a nastudované informace předat svým kolegyním. Druhá část seminářů je určena všem ortopedickým sestřím. Témata se ve velké míře vztahují k problematice ošetrovatelské péče o ortopedického pacienta. Na zmíněných seminářích se podílí samy sestry, které si danou problematiku zpracují a své zkušenosti a vědomosti předávají svým spolupracovnicím. Je třeba si neustále rozšiřovat vědomosti o oboru, protože každý obor medicíny a ošetrovatelství se neustále rozvíjí. Proto je třeba si osvojovat nové poznatky z ortopedického oboru a převést je do praxe sester. Jednou

z možností, kde může ortopedická sestra čerpat nové poznatky z oboru, je členství v České asociaci sester (ČAS), v sekci sester pro traumatologii a ortopedii. ČAS je největší odborná profesní organizace sester a jiných odborných pracovníků. Je otevřena pro všechny sestry a ostatní nelékařské zdravotníky, kteří působí ve zdravotnictví. Cílem je podporovat aktivity zaměřené na realizaci národních mezinárodních programů, jejichž cílem je příprava sester, porodních asistentek a dalších pracovníků nelékařských oborů na své povolání. Tato organizace spolupracuje na změnách systémů zdravotních služeb České republiky, podílí se na vytváření účinných nástrojů k zajištění bezpečně a kvalitně poskytovaných služeb. Dnešní sestra pečující o pacienty na ortopedickém oddělení musí být odborně na výši a pro svůj profesní růst potřebuje mít přístup k novým uceleným informacím z oboru. K získání potřebných znalostí přispěje i členství v sekci sester pro traumatologii a ortopedii. Předávání důležitých informací se děje jednak prostřednictvím špičkových odborníků, ale i nás ostatních sester, které mají zájem příslušnou problematiku objasnit a předložit praxi. Vzájemným předáváním zkušeností na odborných seminářích, konferencích se snaží přispět k vysoce profesionální a vyrovnané ošetrovatelské péči v různých zařízeních. V současnosti je předsedkyní Sekce pro traumatologii a ortopedii Bc. Dagmar Škochová. Ve světě existuje podobná organizace sester, která se nazývá Národní asociace sester ortopedie (NAON). Je to nezisková profesní organizace, která vznikla v roce 1980, má více než 7000 členů. Jejím posláním je prosazovat kvalitu ošetrovatelské péče u pacientů s onemocněním pohybového aparátu. Má dobré výsledky i v oblasti výzkumu, vzdělávání ortopedických sester. Dobrá péče o nemocného je posláním sester, a nikdy nesmíme zapomínat, že pacient je především člověk, a musíme se snažit být ochránkyní jeho zájmů (7,9, 23, 38, 39, 59).

1.1.6 Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení

Českobudějovická nemocnice má snahu a zájem, aby péče, která je zde poskytovaná, byla na vysoké úrovni a jejím výsledkem byl spokojený pacient. Nemocnice nabízí a poskytuje pacientům kvalitní zdravotní péči, investuje do svého

rozvoje nákupem nejlepší zdravotnické techniky, aby zajistila pacientovi co nejlepší medicínskou péči. Stavbou nových pracovišť, jejichž vybavení odpovídá moderním trendům zdravotní péče, se snaží dosahovat úrovně špičkových pracovišť. Nemocnice věnuje pozornost ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíně s nezastupitelným postavením v péči o zdraví člověka. Prvořadým cílem sester pracujících v Nemocnici v Českých Budějovicích je zvyšování úrovně poskytované péče, dodržování všech norem a etických zásad. Stálou a nemalou snahou vedení nemocnice je, aby všichni pacienti byli spokojeni nejen s úrovní odborné péče, ale i s osobním přístupem veškerého personálu. Nezbytnou podmínkou pro spokojené pacienty je vstřícný, přívětivý zdravotnický personál s lidským přístupem. Nemocnice České Budějovice patří k největším zdravotnickým zařízením v České republice a poskytuje základní, specializovanou i vysoce specializovanou péči. V řadě oborů vyhledávají lékařskou péči pacienti z celé České republiky, mezi vyhledávané obory patří i ortopedie . Důvodem je specializovaná operační metoda prováděná na kyčelním kloubu. Jedná se o náhradu kyčelního kloubu miniinvazivní metodou. Ortopedické oddělení se plně ztotožňuje s krédem a filozofií managementu nemocnice, kterou je spokojenost pacientů s poskytovanou péčí na tomto oddělení. Mezi sledované indikátory kvality ošetrovatelské péče v nemocnici patří prevalence dekubitů, pády u pacientů, spokojenost pacientů s poskytovanou péčí u hospitalizovaných a ambulantních pacientů. Metodikou implementace, sledování a hodnocení indikátorů je tvorba standardů a provádění ošetrovatelských auditů. Bez efektivního využívání výsledků indikátorů kvality si dnes kvalitní ošetrovatelskou a lékařskou péči nelze představit (40).

1.2 Kvalita zdravotní péče - základní pojmy

V současném zdravotnictví jsme se ocitli na křižovatce tří cest - cesty bezpečnosti a kvality péče, cesty ekonomické efektivity a cesty uspokojování potřeb pacientů. Obzor se vyjasňuje a zdravotnický management začíná chápat, že jedinou cestou, je cesta kvality. Definovat kvalitu není lehké. Možná proto, že kvalita nepředstavuje pouze soubor metod, pracovních postupů a technik, ale v moderním kontextu je vnímána jako filozofie, která je úzce spojena s organizační strukturou.

Sledování kvality péče v České republice je legislativně podloženo Metodickým opatřením č. 5/1998 Sb., o akreditaci zdravotnických zařízení v platném znění. Dále Metodickým opatřením č.9/1998 Sb., o koncepci ošetrovatelství v platném znění, národní politikou podpory jakosti Usnesením vlády č. 458/ 2000, Příkazem ministerstva č. 22/ 2006 a dále v této oblasti působí Rada MZ ČR pro kvalitu ve zdravotnictví (33, 55, 57, 67).

1.2.1 Kvalita poskytované péče

Kvalita péče je dynamický pojem s mnoha rozměry. Člověk, který hodnotí kvalitu, ať už se jedná o pacienta nebo člena rodiny, lékaře, ředitele nemocnice, definuje rozdílné priority péče, způsoby péče, kterým dává přednost. Za kvalitní je považována taková ošetrovatelská péče, která uspokojuje individuální potřeby pacientů a je založena na holistickém přístupu k nemocnému a jeho rodině. Kritéria, podle nichž je kvalita péče posuzována, jsou různá a záleží na tom, kdo tato hodnocení poskytované péče provádí. Pacient kvalitu ošetrovatelské péče většinou posuzuje podle toho, do jaké míry je narušeno právě uspokojování jeho základních potřeb v době nemoci, podle toho, jak citlivě se sestry dokážou postavit k jeho problémům. Pacient dále subjektivně vnímá a hodnotí jednání a aktivity sestry s ním spojené. Pro pacienta je také důležité úprava zevnějšku sestry, kultivovaný verbální projev sestry. Hodnocení ošetrovatelské péče prováděné pacientem zohledňuje poněkud jiná kritéria, než je tomu u hodnocení, které provádějí zdravotníci. Pro organizaci je důležité, aby mohla nabídnout pacientům vysoce kvalitní zdravotní péči. K zajištění této kvalitní péče je nezbytné vysoké vzdělání a další kontinuální vzdělávání zaměstnanců. Samozřejmou a nezbytnou podmínkou je také technické vybavení, organizační zajištění péče, návaznost diagnostických a léčebných postupů. Zpětná vazba o správnosti je další důležitou podmínkou. Předmětem kvality se rozumí produkt dokumentace, léky, prádlo, jídlo, dále péče, služby, ošetrovatelská péče, lékařská péče a v neposlední řadě je to kvalifikace zaměstnanců vnější i vnitřní prostředí nemocnice. Snahou zdravotnických zařízení je získat akreditaci a definovat kvalitu zdravotní péče. Bezpečnost prostředí a poskytování zdravotní péče je stupeň, v němž jsou možná rizika omezena na

minimum nebo zcela vyloučena. Kompetence jsou znalosti a dovednosti každého jednotlivce v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky. Přijatelnost poskytované péče vymezuje, že veškerá péče a služby jsou přijatelné pro zákazníky, obce, plátce a odpovídají jejich požadavkům. Efektivnost vyjadřuje to, že veškerá péče, služby, zákroky a procedury dosahují očekávaných výsledků. Vhodnost je další dimenzí kvality, kdy veškerá péče a služby jsou vhodné a relevantní vůči potřebám pacientů a jsou založeny na standardech. (18, 20, 33, 43, 57).

Ekonomičnost péče znamená, že očekávaných výsledků je dosaženo s nejehospodárnějším využitím zdrojů. Dostupnost péče je založena na tom, že klient má možnost získat potřebné služby na správném místě, v pravý čas a skutečným odborníkem. Schopnost nabízet neustálé koordinované služby, které překračují bariéry programů, oddělení, lékařů a organizací, je další dimenzí kvality, která se nazývá kontinuita. Včasnost je stupeň, v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější. Přiměřenost znamená, že péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta. Úcta a vnímavost je stupeň zapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů, které se týkají jejich zdraví. Znamená to, jakým způsobem zdravotnický personál respektuje lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů (12, 18, 19).

1.2.2 Indikátory kvality poskytované péče

Indikátory kvality poskytované péče vypovídají o případných nedostatcích při poskytování péče a napomáhají managementu nemocnice reagovat na tyto výsledky, plánovat a uskutečnit nápravu nebo případné změny v organizaci při poskytování ošetrovatelské péče. Podle Longa je „indikátor odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze péče“ (19, str. 28). Předpokladem pro použití indikátorů k řízení kvality péče ve zdravotnickém zařízení je možnost jejich sledování současně na více úrovních v nemocnici, na odděleních, u jednotlivců. Při zavádění indikátorů kvality je důležitý výběr indikátoru, metodika sběru, vyhodnocení. Důležité a stěžejní je získané výsledky používat k řízení. Výběr indikátorů je důležitý, a proto je

mu nutno věnovat značnou pozornost. Kvalita má mnoho dimenzí, dostupnost, bezpečnost, účinnost, včasnost, ekvitu, efektivitu. Statisticky nelze monitorovat všechny procesy, proto je nutné vybírat nejrizikovější, nejdražší a nově zavedené je nutno měřit. Indikátory dělíme na měkké indikátory, to je například spokojenost pacienta s mírou edukace a s poskytováním informací, spokojenost léčeného pacienta s celkovou péčí, s léčbou bolesti, s ošetrovatelským personálem, spokojenost ošetrovatelského personálu. Mezi tzv. tvrdé indikátory řadíme celkový počet hodin ošetrovatelské péče, výskyt dekubitů, pádů, výskyt nozokomiálních nákaz, struktura ošetrovatelského personálu, výskyt nežádoucích událostí, změny soběstačnosti, management bolesti, pitný režim (19,36).

Indikátory mohou být užity k určení potencionálních problémů v těchto oblastech kvality: struktura, proces a výsledek. Rozdíl mezi indikátorem a standardem spočívá v tom, že indikátory jsou jednoduché nástroje pro určení oblastí, které potřebují hlubší přezkoumání. Klinickým indikátorem na ortopedickém oddělení může být například procentuální výskyt pooperačních infekcí z celkového počtu operací náhrady kyčelního kloubu, postup hojení operační rány, délka hospitalizace, čekací doba na operační zákrok. Mezi důležité vlastnosti indikátorů je, že pomáhají zvyšovat kvalitu a nutí nás k neustálému zlepšování (10, 18).

Indikátory kvality jsou kvantitativní údaje o kvalitě procesu. Indikátory četnosti jsou relativní čísla a jde o počet specifikovaných událostí, které se objevují v určitém definovaném prostředí. Strážním indikátorem jsou absolutní čísla. Je to indikátor závažných událostí, které jsou předmětem zájmu. Samozřejmě mohou být indikátory zaměřeny jak na pozitivní tak i na negativní jevy. Indikátory nejsou neomylné. Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní srovnávat. Předpokladem pro použití indikátorů k řízení kvality péče je možnost jejich sledování současně na více úrovních v celé nemocnici, na jednotlivých odděleních, na jednotlivcích. Indikátory se mohou týkat struktury, procesů, výstupů. Využití indikátorů kvality je možné při dlouhodobém sledování kvality poskytované zdravotní péče, ke srovnání zdravotníků, oddělení, nemocnic, národních zdravotních služeb (12, 19, 33).

1.2.3 Program kontinuálního zvyšování kvality

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti a pojišťovny očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Dále očekávají, že zdravotnická zařízení budou schopna kdykoliv předložit důkazy o kvalitě poskytované léčebné a ošetrovatelské péče. Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality. Narůstající fenomén globalizace však vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni. Mezi systémové modely kvality se řadí Mezinárodní organizace pro normalizaci – ISO, Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů – JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations), JCIA (Joint Commission International Accreditation), SAK (Spojená akreditační komise ČR. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, Modely excelence – světové ceny za kvalitu (6, 37).

Součástí transformačního procesu v našem zdravotnictví po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by eliminoval vysokou variabilitu mezi zdravotnickými zařízeními. Osvědčenou metodou takové standardizace jsou akreditace, které jsou dobrovolné. Spojená akreditační komise v České republice vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. V současné době je akreditačních standardů již sedmdesát čtyři. SAK (Spojená akreditační komise ČR) realizuje ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají tzv. „akreditační šetření“ s cílem zjistit zda, zdravotnická zařízení prokazují shodu s akreditačními standardy. Filozofie kontinuálního zvyšování kvality podporuje uspokojování potřeb pacientů a překonává jejich očekávání. Tato očekávání překonává s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje a s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty péče. Postup neustálého zvyšování kvality prostřednictvím metody PDCA (Deming) je základním modelem uplatňovaným v zlepšování kvality. Skládá se ze čtyř fází (Plan–Do–Check–Act), ve kterých by mělo probíhat zlepšování jakosti nebo provádění změn systému. Jedná se o stále se opakující cyklus. Plánuj, je fáze, kdy se stanoví cíle a identifikují se procesy nezbytné pro dosažení výsledků. Tyto výsledky by měly být ve

shodě s požadavky pacientů a politikou organizace. Další fází je Dělej, kdy probíhá realizace plánovaných činností. Kontroluj, je fáze monitorování a analýza dosažených výsledků. Jednej, je reakce na dosažené výsledky a provedení vhodné korekce procesu na základě předchozího kroku. Provádí se opatření pro neustálé zlepšování jednotlivých oblastí činnosti zdravotnického zařízení. Systém kvality můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti pacientů, o něž zdravotnické zařízení pečuje (15, 48, 57).

1.2.4 Akreditace zdravotnických zařízení

Akreditace by měly usnadnit zdravotnickému zařízení sledovat svůj výkon a kontinuálně jej zvyšovat. Akreditační řízení představuje proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sjednotit své aktivity s požadavky akreditačních standardů. V případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu. Zaměření akreditací se přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů. Důraz je kladen na bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. V rámci přípravy na akreditaci i po jejím získání se zdravotnické zařízení zavazuje ke zvyšování kvality poskytované péče, k zajištění bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, k systematické snaze o snižování rizik pro pacienty i zaměstnance. Akreditace, ale zejména příprava na ni má vzdělávací, organizační, standardizační a ověřovací charakter. Cílem je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotníky a zavedení efektivního systému kontinuálního zvyšování kvality. Historie akreditací ve světě je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy tato kvalita byla zaměřena především na kontrolu nákladů. V posledních letech se mění filozofie kvality z nepopulárního nástroje, který trestal za nekvalitu, v nástroj výuky a kontinuálního zvyšování kvality. Nové iniciativy v managementu kvality, které se začaly realizovat v oblastech průmyslu, tak inspirovaly i oblast zdravotnictví. V USA došlo k založení „Spojené komise pro akreditaci“ (The Joint Commission for Accreditation – JCA). Jmenovaná

komise v roce 1976 vytvořila první soubor akreditačních standardů. Na základě standardů JCA byly definovány Základní mezinárodní akreditační principy, které mají být rozpracovány do akreditačních standardů. Tematické oblasti akreditačních standardů představují oblast kvality, diagnostické postupy, péče o pacienta, kontinuita péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, standardy managementu, péče o zaměstnance, sběr a zpracování informací, protiepidemická opatření. Vlastní akreditační hodnocení je zajišťováno příslušnými akreditačními komisemi. Skupina členů akreditační komise je složena ze zkušených odborníků s dlouholetou praxí v oboru, se znalostmi o zásadách managementu a vysokým stupněm odborné a osobní prestiže. V České republice je akreditačním orgánem Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR), jejíž činnost začala v roce 1998. Ve Věstníku MZ ČR bylo zveřejněno metodické opatření s názvem Akreditace zdravotnických zařízení a seznam akreditovaných zdravotnických zařízení, která se stále rozšiřuje. Akreditací nemocnice je vlastně myšleno nastavení norem a procesů tak, aby pacient i jeho rodina mohli mít jistotu kvalitní péče. Minimalizuje riziko záměny či jiné nežádoucí události. Je třeba naplánovat praktické kroky, které vedou k naplnění akreditačních standardů. Podpora vrcholového managementu je předpokladem procesu úspěšné akreditace. Dále je třeba vytvořit koordinační tým a určit koordinátory za jednotlivá oddělení. Vytvoření harmonogramu realizace projektu kontinuálního zvyšování kvality je dalším krokem v plánování dosažení akreditačních standardů. Nedílnou součástí je i seznámení zaměstnanců s procesem akreditace, vypracování akreditačních standardů a jejich zavedení do praxe. Školení všech zaměstnanců v naplňování principů akreditace, o vydaných směrnících, o průběhu akreditačního procesu. Dalším předpokladem k naplnění cílů akreditace je vyškolení týmu interních auditorů a provádění interních auditů za účelem zjištění dodržování stanovených směrnic, postupů (6, 17, 36).

1.2.5 Standardizace ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské standardy mají velký význam pro zvyšování kvality péče, určují minimální úroveň. Zdravotnická zařízení jsou povinna dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, které vychází

z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví nebo doporučení Spojené akreditační komise (5, 10).

Zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a systém kontroly se stávají nedílnou součástí každodenní práce sester. Standardy nám definují přiměřenou úroveň péče, jsou návodem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Tam, kde není standard dodržován, stává se ošetrovatelská péče rizikovou. Standardy se dělí na centrální, které vydává ministerstvo zdravotnictví jako zákonné a podzákonné normy a určují základní cíle oboru, strukturální a procesní kritéria pro jeho realizaci. Ministerstvo zdravotnictví může vydávat i rámcové standardy jako doporučené podklady pro tvorbu lokálních standardů. Centrální standardy jsou rámcové a stanovují například typy a kompetence ošetrovatelských pracovníků, jejich vzdělávání, pracovní náplně, ošetrovatelský proces jako základní normu pro poskytování ošetrovatelské péče (18).

Lokální standardy jsou obvykle zpracované konkrétním zdravotnickým zařízením, případně na konkrétním pracovišti. Vychází z rámcových standardů a každý pracovník by měl být s nimi seznámen a podpisem stvrdit v rámci pracovní smlouvy jejich dodržování. Lokální standardy by neměly být v rozporu s centrálními. Do jejich vytváření by měly být zapojeny především sestry z jednotlivých stanic. Dochází k profesionálnímu rozvoji sestry, ale zároveň se sestry v praxi musí těmito standardy řídit. Správně vytvořený standard ošetrovatelské péče by měl obsahovat tyto části. Zaměření ošetrovatelského standardu, kde je jasně vymezeno jaké oblasti ošetrovatelství nebo ošetrovatelské péče se týká. Měl by obsahovat kompetence, pro koho je učen a kdo je povinen se jím řídit. Cíl standardu má být jasný, srozumitelný a vyjadřovat požadovanou výslednou kvalitu. K zajištění cíle standardu, který je rozdělen na kritéria jednak strukturální, tím se rozumí, co vše sestra potřebuje k provedení daného výkonu, dále pak procesuální kritérium, což je vytýčený postup, komplikace, které mohou nastat během výkonu a pomůcky, které jsou nutné k provedení výkonu. Výsledkové kritérium se zabývá výslednou kvalitou. Neodmyslitelnou součástí standardu je kontrolní mechanismus, četnost kontrol, kdo standard schválil a kdo je odborným garantem. Standard musí obsahovat zdroje

literatury a autora standardu. Typy ošetrovatelských standardů jsou standardy výkonu ošetrovatelské profese, které určují kategorie ošetrovatelského personálu a podmínky opravňující k výkonu povolání. Standardy ošetrovatelské péče jsou zaměřeny na vlastní realizaci ošetrovatelského procesu na daném pracovišti. Ošetrovatelské standardy vypracovává a upravuje tým pro kvalitu práce. Na ortopedickém oddělení postupujeme a řídíme se standardy, které jsou vytvářené v rámci naší nemocnice. Na vytváření standardů se podílí i ortopedické sestry a to jak v oblasti předoperační, peroperační i pooperační. Standardy ošetrovatelské dokumentace určují základní typy ošetrovatelské dokumentace, kterou je třeba vést z důvodu udržení kvality, a dalším důvodem je ochrana sester. Používané tiskopisy musí být schválené managementem nemocnice a užívají je všechna oddělení k zaznamenávání ošetrovatelské péče. Nejvhodnější metodou se jeví, přesně definované formuláře autorizované členy managementu a zveřejněné formou příloh, směrnic či ošetrovatelského standardu. K rysům moderního ošetrovatelství patří nejen zavádění ošetrovatelského procesu, který zaručuje poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale i zavádění ošetrovatelské dokumentace. Účelem dokumentace není jen záznam o poskytované péči, ale především výpověď o fyzickém, emocionálním i sociálním stavu pacienta, jeho reakci na lékařské a ošetrovatelské intervence a zajištění kontinuity péče. Standardy vybavení pracoviště slouží jako norma pro vybavení z hlediska dosažení optimální kvality ošetrovatelské péče. Standardy personálního obsazení různých typů pracovišť jsou dalším typem standardů. Standardy pracovních postupů při různých ošetrovatelských výkonech se označují jako manuály. Standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků jsou dány legislativními normami. Povinností každého zdravotnického zařízení je písemné vypracování a přijetí vlastních ošetrovatelských standardů, které vychází z doporučených rámcových standardů oddělení ošetrovatelské péče Ministerstva zdravotnictví a respektují podmínky jednotlivých pracovišť. Pro sledování kvality ošetrovatelské péče jsou stanoveny ošetrovatelské standardy. Pro sledování kvality léčebné péče jsou stanoveny medicínské standardy a pro sledování kvality laboratorní praxe jsou stanoveny standardy správné laboratorní praxe (12, 15, 28).

Ošetrovatelské standardy vymezují závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči, umožňují objektivní hodnocení poskytované péče, poskytují pocit jistoty a bezpečí nemocným. Chrání sestry před neoprávněným postihem, protože mohou prokázat, že postupovaly podle příslušného standardu (12).

1.2.6 Audit ošetrovatelské péče

Na standardy navazuje audit a prostřednictvím auditu vedení nemocnice dostává zpětnou vazbu o tom, zda zdravotničtí pracovníci nejenom standardy znají, ale i v praxi používají. Audity představují jeden z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality. Audity lze provádět pouze tehdy, když je kvalita jasně formulována. Kvalita je v praxi definována standardy, směrnicemi, příkazy ředitele a platnými zákony. Ošetrovatelský audit slouží k vyhodnocení ošetrovatelské péče s cílem zlepšit kvalitu péče. Cílem ošetrovatelského auditu není vyhodnocení výkonu sestry hledáním chyb, ale jde o nalezení „slabých“ míst a zajištění co nejrychlejší nápravy. Je nutné si uvědomit, že pro oddělení, které nechce, nebo neumí pružně reagovat na neshodu identifikovanou v průběhu ošetrovatelského auditu, nemá tento audit velkou hodnotu. Schopnost a ochota reagovat na potřebné změny je jednou z hlavních podmínek ošetrovatelského auditu. V průběhu ošetrovatelského auditu se hodnotí probíhající péče, ale provádí se i zpětné hodnocení a to na základě prostudování ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů. Ošetrovatelský audit se musí řídit určitými postupy, které jsou dané. Audit je partnerský postup. Auditory jmenuje hlavní sestra. Většinou jde o vrchní, staniční sestry nebo jiné specialisty. Auditóři musí absolvovat speciální kurz pro interní auditory. Auditory jsou osoby s odbornou způsobilostí k provádění auditu. V případě potřeby mohou být podpořeni technickými odborníky. Především však to jsou základní činitele úspěchu či neúspěchu auditu. Auditor by měl disponovat vlastnostmi jako je spravedlivost, upřímnost, pravdivost, čestnost, rozvážnost. Měl by být přístupný názorům druhých, ochotný zvažovat alternativní myšlenky, měl by být diplomatický, taktní, všímavý, všestranný, samostatný, komunikativní. Na začátku se stanoví předmět a čas auditu. Předmět auditu musí být vždy předem oznámen. Ošetrovatelský audit zahrnuje porovnání poskytované

ošetřovatelské péče s přijatými standardy, vyhodnocuje, zda současná ošetřovatelská praxe využívá efektivně všech dostupných zdrojů. Na všech opatřeních vedoucích k nápravě zjištěné neshody pracuje celý tým oddělení. Výsledkem auditu jsou fakta, která byla auditem zjištěna a uznána auditovanými pracovníky. Výsledky nejsou nikde veřejně prezentovány. Informováno je vždy pracoviště, kde audit probíhal. Dokumentace související s auditem obsahuje kontrolní list, ve kterém jsou určena hodnotící kritéria vycházející ze standardů, směrnic. A neměl by chybět ani popis metody sledování. Formulace kontrolních kritérií musí být jasná, srozumitelná a musí na ně být jednoznačná odpověď. Kritéria se musí vždy vztahovat k cíli. Stanovené hodnocení musí být dodržováno všemi, kteří audit provádějí. V souvislosti s hodnocením výsledků auditu je třeba získat co nejvíce údajů. Po ukončení auditu se do protokolu vypracuje záznam o provedeném auditu. Je důležité stanovit si termín, do kdy budou nedostatky odstraněny a kdo bude konkrétně odpovídat za jejich řešení. Při interpretaci výsledků auditu není vhodné podřízené kárat, ale je třeba navrhnout vhodná opatření k řešení nedostatku, aby byl včas odstraněn. A v neposlední řadě jedním z nejdůležitějších kroků je zpětná vazba. Vždy je třeba si ověřit, zda skutečně došlo k odstranění nedostatků ve stanoveném termínu, zda navržená opatření jsou efektivní a zda jsou personál i pacienti spokojeni. Audity mají povahu interní, ty jsou prováděné na oddělení většinou kolegy, a externí ty jsou vyhodnocovány různými kontrolními orgány. V případě, že interní audity pokrývají širokou řadu výkonů nebo práce a jsou uskutečňovány systematicky, potom není třeba, aby docházelo k opakovaným externím auditům. Vzhledem k značným požadavkům dnešní doby na kvalitu je možno očekávat, že i externí audity budou realizovány častěji (17, 48, 53, 57, 63).

1.3 Spokojenost pacientů

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Vedle posuzování kvality podle klinických ukazatelů je dnes spokojenost pacientů standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita také posuzuje (30).

1.3.1 Spokojenost pacientů jako kritérium kvality péče

Zájem o názory pacientů je vyjádřením hlavní myšlenky managementu zdravotnictví posledních dvaceti let, a to je orientace na pacienta. Pacient je dnes nazýván klientem. Toto označení podtrhuje novou orientaci zdravotnických služeb, která se snaží vyhovět přáním a potřebám pacientů a docílit tak jejich spokojenosti. Uspokojování nebo nedostatečná saturace potřeb pacienta se odráží v jejich vědomí a pacient vyjadřuje svou spokojenost popřípadě nespokojenost v jednotlivých oblastech péče, slouží jako zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče. Znat názor ošetřovaného pacienta na úroveň kvality poskytované péče je důležité pro management zdravotnického zařízení a je také zpětnou vazbou pro lékaře a ošetřující personál. Tyto znalosti jsou v dnešní době důležitou součástí marketingové strategie jednotlivých zdravotnických zařízení, a proto by měly být soustavně monitorovány a vyhodnocovány. Validním měřítkem z pohledu pacienta jsou kritéria charakterizující přístup pacienta k zdravotní péči její dostupnost. Dostupností prostorovou se rozumí dostatečná síť zdravotnických zařízení, dále se jedná o dostupnost časovou, to jsou pohotovostní služby, urgentní medicína, ale samozřejmě nemalou a významnou roli hraje cena zdravotní služby. V podstatě se jedná o odpověď na otázku, zda pacienti mají zajištěnou zdravotní péči z veřejných zdrojů. V některých případech je úroveň příjmů u některých jedinců na takové výši, že si lidé mohou potřebnou péči uhradit sami. Ekonomická dostupnost zdravotní péče se mění v závislosti na sociálně ekonomickém postavení každého jedince. Na úrovni mikrosystému se mohou pacienti kvalifikovaně vyjádřit ke struktuře péče, procesu zdravotní péče, k výsledkům léčebně preventivní péče. Pacienti jsou schopni validně posoudit některé stránky kvality péče a to zejména kvalitu prostředí a úroveň čekáren ordinací. Mohou se vyjádřit k podmínkám pro osobní hygienu ve zdravotnických zařízeních, k vybavení a hygieně v lůžkových zdravotnických zařízeních. Mohou posoudit včasnost zásahů v případě akutních případů. Jsou schopni posoudit chování a úroveň komunikace zdravotnického personálu. Čekací doby na ošetření a vyšetření, informovanost o jejich zdravotním stavu a případných léčebných postupech jsou také kritériem, které mohou pacienti posoudit. Existuje osm jednoduchých kroků ke spokojenosti pacientů. Prvním krokem je

představení se pacientovi, každý zdravotník by se měl při prvním setkání s pacientem představit a pozdravit. Stejně tak důležité je představit pacienta svým spolupacientům na pokoji. Druhým krokem je vhodná komunikace, kdy pacienta oslovujeme příjmením a spontánně s ním mluvíme, komunikujeme. Třetím krokem je dostatečná informovanost pacienta o tom, kde se nachází nemocnice, oddělení, jaké je číslo jeho pokoje, kdo je jeho ošetřující lékař. Seznámíme ho s nemocničním řádem, právy pacientů a návštěvními hodinami. Dále pacienta průběžně poučujeme o všem, co ho čeká a co se od něj očekává. Čtvrtým krokem je zodpovědnost, pokud pacientovi něco slíbíme, je třeba slib dodržet, nemůžeme-li žádosti pacienta vyhovět, musíme ho o této skutečnosti informovat a vysvětlit mu důvody. Pátým krokem je čas, naslouchat pacientovi, dát mu prostor pro jeho dotazy, vysvětlit mu vše, čemu nerozumí a co ho zajímá, vyzývat pacienta k otázkám a zpětnou vazbou se ujistit, že všemu rozumí. Šestým krokem je srozumitelnost. Snažíme se mluvit srozumitelně bez odborných výrazů. Sedmým krokem je respekt, který musíme mít ke každému pacientovi bez ohledu na jeho sociální postavení. Posledním osmým krokem, ne však méně důležitým, je empatie a podpora pacienta, snaha mu pomoci. Z těchto výše jmenovaných kroků vyplývá, že ke spokojenosti pacienta je důležitá nejen správná komunikace, ale i atmosféra pracoviště (3, 10, 19, 57).

1.3.2 Metody sledování spokojenosti

Názory pacientů na úroveň poskytované zdravotní péče se sledují pomocí různých kvalitativních a kvantitativních metod. Při použití jakékoli výzkumné techniky je třeba respektovat určité metodické zásady. Dodržování zásad je nezbytnou podmínkou pro získání validních výsledků (2).

Nejčastěji používané metody jsou rozhovor a dotazníkové šetření. Komunikace může probíhat jako rozhovor individuální nebo skupinový. Při individuálním rozhovoru proti sobě stojí tazatel a respondent. Rozhovor individuální může být tzv. volný (nestrukturovaný), průběh dialogu je závislý na vývoji komunikace mezi respondentem a tazatelem. Dále může rozhovor probíhat podle předem stanoveného a daného schématu, jedná se o tzv. standardizovaný (strukturovaný) rozhovor. Při rozhovoru je

obsah otázek a jejich posloupnost předem připravena. Důležité je neodklonit se od připraveného schématu. Individuální rozhovor může mít dvě formy osobní dotazování, kde jde o metodu založenou na přímé komunikaci tazatele s respondentem tzv. face to face, pochází z anglické metody, někdy značené ve formě F2F. Vědecký postup má dlouholetou tradici a jeho výhoda spočívá v přímém kontaktu mezi respondentem a tazatelem, což umožňuje motivovat respondenta k odpovědím a získat jeho bezprostřední reakce. Nevýhodou jsou však vysoké náklady při sběru dat, přesto u nás patří k nejvýznamnější dotazovací technice. Telefonické dotazování je metoda, kdy tazatel pro kontakt s respondentem používá telefon. Výhodou je, že dotazovaný reaguje bezprostředně na otázky tazatele. V zahraničí je rozhovor prostřednictvím telefonu běžně užívaná metoda, u nás se nepoužívá tak často. Příčinou jsou finanční důvody, které nás omezují, ale dalším důvodem je, že značná část starších lidí nevládní telefony. Specifickou metodou je metoda CATI (Computer aided Telephone Interview), která využívá k rozhovoru počítač. U skupinového rozhovoru jsou aktéry hovoru tazatelé a skupina respondentů. U skupinové komunikace buď probíhá s cíleně vybranou skupinou respondentů, osoby musí splňovat určitá kritéria, tzv. technika „focus groups“, nebo s náhodně vybranou skupinou lidí. Technika „focus groups“ se používá především v marketingu, ale i ve zdravotnictví, pokud jde o cílený rozhovor s pacienty z daných oddělení, nebo některé diagnózy, které nás nejvíce zajímají. Údaje se shromažďují na základě skupinové interakce při rozhovoru na tazatelem určené téma. Jedná se o kvalitativní techniku, která nezjišťuje číselné údaje, ale názory, stanoviska, postoje. Diskuse obvykle trvá 2-3 hodiny a je přítomno 6-12 osob. Moderátor musí být seznámen s danou problematikou a musí umět rozhovor vést, usměrňovat a bránit případným konfliktům mezi účastníky. Materiálem je audio nebo videozáznam pořízený při diskusi. Touto technikou bylo v České republice zpracováno například téma: Spokojenost zaměstnanců s prací ve zdravotnických zařízeních. Použití metody rozhovoru je finančně i časově náročné. Z etických důvodů je důležité získat od pacienta souhlas k rozhovoru, použití audio a video záznamu. Pokud souhlas nezískáme, musíme přání respektovat (3).

Dotazníkové šetření je metoda, která se pro sledování spokojenosti pacientů používá nejčastěji. Základem dotazníkového šetření je dotazník, který musí mít určité vlastnosti, obsahové zaměření, formu položek a rozsah. Mezi vlastnosti dotazníku patří splnění kritérií validity a reliability. Validita neboli platnost, pravdivost, udává, v jaké míře skutečně dotazník měří to, co měřit má. Reliabilita udává spolehlivost měření. Důležité je věnovat pozornost obsahové stránce dotazníku, protože tak můžeme získat potřebné informace. Položky jsou formulovány jako otázky na které je možno v některých případech odpovědět pomocí posuzovacích škál. Škála je forma otázky, kterou respondenta žádáme, aby zkoumaný problém zařadil do určité stupnice. Používáme buďto verbální, číselné nebo grafické škály. V dotazníku používáme otázky uzavřené, kdy si respondent vybere z možných nabízených odpovědí tu, která se nejvíce blíží jeho názoru. Otevřené neboli volné, zde je na dotazovaném, jak sám odpoví. Polozavřené jsou kombinací uzavřené a volné otázky, respondent doplňuje jinou odpověď. Filtrační odliší respondenty, kteří nemohou odpovědět na následující otázku. Projekční dotazovanému předkládáme k posouzení názory jiných lidí a kontrolní otázky používáme tam, kde potřebujeme ověřit pravdivost výpovědí. Všechny dotazy musí být jasné, stručné, srozumitelné, výstižné, neměly by být sugestivní. Optimální délka dotazníku je do 30 položek, je-li delší, přestává být pro pacienty přitažlivý. Tím klesá návratnost a šance získat dostatečný počet respondentů (3, 4, 28).

Názory lidí na úroveň zdravotní péče by měly být pravidelně monitorovány a vyhodnocovány. Dojem a subjektivní pocity, které v pacientovi zanechal kontakt se zdravotnickým zařízením, je minimálně stejně důležitý jako objektivně měřitelné výstupy. Opakované zjišťování spokojenosti pacientů nám umožňuje zhodnotit kvalitu jednotlivých pracovníků oddělení. Poskytuje podklady pro změny poskytování péče, udává informace o vybavenosti oddělení a kvalitě poskytovaných služeb. Přináší odůvodnění pro organizační změny, které lze zavádět k zlepšení pohody pacientů ve zdravotnickém zařízení. Sleduje efektivitu provedených změn na kvalitu péče z pohledu pacientů a přináší podklady pro porovnání subjektivní kvality péče v různých zdravotnických zařízeních (3, 28).

1.4 Spokojenost zdravotnických pracovníků s pracovními podmínkami

Dnes již chápeme práci nejen jako prostředek k uspokojení základních fyziologických potřeb, ale jejím prostřednictvím usilujeme o společenské ocenění, pocit úcty nebo důležitosti (14).

V současnosti se ošetrovatelství celosvětově potýká s krizí pracovních sil, která je charakterizována stále větším nedostatkem sester. Management zdravotnických zařízení stojí před závažným problémem, a tím je získávání a udržení motivovaných pracovníků, zejména sester. Nedostatek sester se začíná v České republice projevovat v celé řadě zařízení a není omezen pouze na pracoviště s vysokou pracovní zátěží. K příčinám nedostatku sester lze přiřadit okolnosti jako je pracovní stres způsobený zcela jistě pracovním vytížením a velkou odpovědností. Zdravotní a bezpečnostní rizika spojená s pracovním výkonem, nerovnováha mezi kvalifikačními nároky profese, pracovním úsilím a platem. Nevýhody plynoucí z noční práce ve směnném provozu, z přesčasů, relativně nízká společenská prestiž profese. Povolání sestry už dnes neznamena celoživotní volbu, ale objevují se nové možnosti uplatnění na trhu práce ve sféře sociálních služeb a v jiných zařízeních. Komplikace přinesly i změny týkající se vzdělávání. A proto by všechny uvedené okolnosti měly zmobilizovat veškeré úsilí i snahu managementu a věnovat pozornost nejen spokojenosti pacientů, ale spokojenosti i sester (14, 53).

Pracovní spokojeností se rozumí příjemný pocit, který se váže jednak k vykonané práci, k finančnímu ohodnocení za práci, k užitečnosti výsledků pracovní činnosti. Spokojenost je spojena i se sociálním a technickým prostředím, ve kterém je práce realizována. Pracovní spokojenost hraje důležitou roli v životě jednotlivce i celé společnosti. Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím, nebude motivována k tomu, aby se snažila v oblasti kvality a produktivity. Bude sice vykonávat svou práci, ale bez zájmu, nadšení a její výkon bude pouze na úrovni, která neohrozí její pozici. Takový postoj se projeví nejen na kvalitě její práce, ale i ve vztahu k pacientům, které má svěřené do péče (5, 28, 30).

1.4.1 Motivace ošetrovatelského personálu

Úspěšné vykonávání pracovní činnosti vyžaduje optimum motivace. Motivem lidského chování je především naplňování, uspokojování potřeb. Motivace integruje psychickou a fyzickou aktivitu člověka směrem k vytýčenému cíli. Mohou to být ale i emoce, touhy, ambice, přání, návyky. V pracovním procesu se motivace komplexně projevuje ve vztahu člověka k práci. Motivace patří k pojmům, které jsou skloňovány v rámci nejrůznějších organizací téměř denně. Větší zájem o motivaci pracovníků je spojován s potřebou managementu dosahovat vyšších výkonů u zaměstnanců. Hledají se tedy vhodné nástroje a způsoby jak motivovat pracovníky. Názor manažerů na formu a obsah adekvátní motivace může být odlišný od představ zaměstnanců. Manažerská motivace souvisí s uměním vytvořit u spolupracovníků zájem, ochotu, chuť se aktivně účastnit činností, které jsou v souladu s cíli organizace. Je třeba rozlišit motivaci a manipulaci. Manipulací se rozumí snaha svým jednáním přímo ovlivňovat (zneužívat) podřízené. V praxi je velice obtížné rozlišit mezi motivací a manipulací. Manažerská motivace využívá všech dostupných teorií, postupů a je považována za kreativní činnost. Představa manažera o ideálním zaměstnanci je, že pilně pracuje, je orientován na důležité cíle a nemá výrazné výkyvy. Motivaci můžeme chápat jako určitý proces navazujících reakcí, a v tomto případě se hovoří o motivačním procesu. Existuje mnoho teorií motivace. Příčinou vzniku teorií je to, aby mohli manažeři lépe pochopit, proč se lidé chovají tak, jak se chovají. Můžeme je rozdělit na teorie zaměřené na obsah a teorie zaměřené na proces. Teorie motivace zaměřená na obsah se snaží rozpoznat to, co v jedinci nebo v pracovním prostředí vyvolává určité chování. Snahou je určit, co lidi motivuje, jaké jednotlivé zkušenosti je motivují. K těmto teoriím patří Maslowova hierarchie potřeb a Herzbergova dvoufaktorová analýza. Maslowova hierarchie potřeb je postavena na procesu motivace, a to tak, že každý z nás pociťuje určitým způsobem nedostatek něčeho, a naše potřeby závisí na tom, co už máme. Uspokojená potřeba není motivátorem. Naše potřeby jsou hierarchicky uspořádány podle významu. Pokud je jedna potřeba uspokojena, objevuje se další, která vyžaduje uspokojení. Hierarchické rozdělení dle uváděné teorie je následující. Fyziologické potřeby, které jsou primární nutností lidského těla, patří mezi základní. Je to například nezbytnost potravy, vody,

tepla. Mezi další řadíme potřeby jistoty a bezpečí. Nesoucím prostředkem je pak ochrana před tělesným poškozením, nemocí. Sociální potřeby se vztahují ke společenské povaze lidí a jejich potřebě navazovat kontakty, sdružovat se, touze po přátelství. Potřeba uznání obsahuje, jak potřebu vědomí významu pro ostatní lidi (sebeúcta), tak i potřebu reálného uznání od ostatních lidí. Pokud je tato potřeba uspokojena, vede k pocitu sebedůvěry a prestiže. Potřeba seberealizace spočívá v plném rozvinutí talentu a schopností. Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace je založena na studiu uspokojování potřeb a na motivačních efektech tohoto uspokojování. Autor dospěl k závěru, že některé okolnosti práce, v případě pokud nejsou primárně přítomny, způsobují spokojenost zaměstnanců. Mluví se o tzv. udržovacích faktorech, které jsou nezbytné k udržení přiměřené úrovně spokojenosti. Řadíme sem podnikavou politiku a správu, odborný dozor, vztahy s nadřízenými, plat, jistotu práce, osobní život, pracovní podmínky, postavení. Některé faktory práce však vyvolávají vysokou míru motivace a spokojenosti se zaměstnáním. Pokud však nejsou přítomny, nevyvolá to velkou nespokojenost. Herzberg popsal následující motivační faktory k dosažení cíle, uznání, povýšení, samostatná práce, možnosti osobního růstu, odpovědnosti. Motivační činitelé se přímo vztahují k činnosti samotné, individuálnímu výkonu, pracovní odpovědnosti a rozvoji i uznání člověka v souvislosti s prací. Udržovací faktory se více vztahují k vnějším podmínkám, k externímu prostředí práce. Tato teorie nám poskytuje odpověď na otázku, proč nelze řešit motivaci pouze větším množstvím peněz, širším sortimentem zaměstnaneckých výhod a lepšími pracovními podmínkami. Výsledek opatření se mívá účinkem, pokud bychom chtěli, aby pracovníci pracovali pilněji. Jestliže se manažeři zaměří pouze na udržovací faktory, k motivaci nedojde. Ke zlepšení motivace je třeba zabudovat motivátory přímo do práce. Teorie motivace zaměřená na proces se snaží vysvětlit a popsat proces toho, jak je chování vyvoláváno, řízeno, udržováno a nakonec ukončeno. Pokouší se definovat hlavní proměnné nezbytné pro vysvětlení volby, úsilí a vytrvalosti. Mezi soustavu poznatků se zahrnuje Vroomova teorie, expektační teorie a stimulační teorie. Vroomova expektační teorie vidí motivaci jako proces řídicí volbu. Podle výkladu jsou jedinci při práci motivováni k tomu, aby si volili mezi různými způsoby chování. Pokud jedinec věří, že jeho pracovní úsilí bude

přiměřeně odměněno, bude motivován ke zvýšenému úsilí, jeho volbou bude pracovat tak, aby dostal žádoucí odměnu. Smysl uváděné teorie tkví v tom, že jedinec vynakládá pracovní úsilí k dosažení takového výkonu, který by měl za následek žádoucí odměnu. Mezi tři primární proměnné této teorie patří volba, očekávání, preference. Manažeři mohou ovlivňovat očekávání výběrem pracovníků se zvláštními schopnostmi a dovednostmi, vzděláváním lidí za účelem zlepšení jejich dovedností a schopností, poskytovat jim podporu, která směřuje k dosažení určité úrovně výkonu pracovníka. Může ovlivňovat účinnost tím, že bude ochotný pomoci, radit, bude realistický. Manažer může ovlivňovat preference tím, že bude vnímat potřeby zaměstnanců, poskytovat jim vhodné vybavení a pracovní podmínky potřebné k dosažení žádoucího výkonu. Myšlenka stimulační teorie spočívá v tom, že chování jednotlivců je výsledkem určitých vlivů, které vedou k předpokládaným důsledkům chování. Je orientováno na použití pozitivních a negativních stimulů k motivaci lidí nebo k vytváření motivujícího prostředí. V souvislosti s motivačními teoriemi je nutno zmínit i význam motivačních technik. Problematika motivace je složitá a záleží na jednotlivých specifických situacích. Existuje několik motivačních technik, které jsou obecným východiskem. Je vždy nutné zaměstnance informovat o smyslu práce. Dalším aspektem, který je nutno brát na zřetel, je najít vhodné hodnotící kritérium pro měření výkonu pracovníka a seznámit je s ním. Nadřazení by měli své zaměstnance chválit, je to vnímáno zaměstnancem jako projev uznání. Naslouchání je další motivační technikou. Je důležité zapojovat i ostatní zaměstnance do spolupráce, například při řešení problémů. Vést zaměstnance k samostatné činnosti. Pro odstranění jednotvárnosti práce je důležitá technika obohacování práce (12, 19,24, 48, 61).

Další formou využití motivační techniky je vytváření samostatných pracovních skupin s příslušnými pravomocemi. Při humanizaci se jedná o střídání pracoviště, aby se odstranila monotónnost práce. Motivovat sestry v prostředí současného zdravotnictví není lehké, ale je to možné. Důležitou roli v oblasti motivace oddělení hraje sestra manažerka. Je pravdou, pokud není sestra manažerka sama motivována, nemůže motivovat ostatní sestry na oddělení. Prostředí, ve kterém sestry pracují, by mělo

uspokojovat jejich základní lidské potřeby. Okolí a atmosféra by měly být takové, aby se v nich lidé cítili šťastni a mohli podat ten nejlepší výkon (14, 28, 57).

Osobnost sestry manažerky v motivaci personálu má svou nezastupitelnou roli. Sestra manažerka se podílí na řízení a organizaci zdravotnického zařízení a také se podílí na personální činnosti. Úcta k lidem dává každému pocit, že jsou pro organizaci důležití a že má instituce o ně zájem. Motivace napomáhá k výborným výsledkům a dobré výsledky jsou často tím nejlepším motivátorem. Motivaci ovlivňují vnitřní faktory dané člověkem a vnější faktory dané okolím (společnost, normy, morální kodex). Východiskem procesu motivace je neuspokojená potřeba. Neuspokojená potřeba způsobuje u člověka napětí (fyzické nebo psychické) a vede člověka ke krokům směřujícím k uspokojení požadavku, a tím i ke snížení napětí. Dosažení cíle uspokojí potřebu a proces motivace je kompletní. Všechny jmenované faktory ovlivňují a podporují lidskou touhu stát se specialistou, profesionální špičkou ve svém oboru. Zaměstnanci chtějí být nejlepšími většinou tehdy, když vědí, že to někdo ocení. Při motivaci zaměstnanců je zásadní formulace cílů, které budou působit motivačně, nebo budou hladinu motivace udržovat a posilovat (20, 33, 63).

Cíle by se měly vyznačovat těmito charakteristikami: schopnost stimulace, dosažitelnost, relevance, atraktivnost, měřitelnost. Pokud chceme, aby cíle byly pro spolupracovníky motivační, musí být vypracovány v rámci dialogu mezi vedoucím a jeho podřízeným. Cíle pak musí být bezpodmínečně splněny. Zhodnocení práce druhých znamená v zásadě, že lidem řekneme svůj názor na jejich konání. Zpětná vazba je důležitá, protože lidem ukazuje jejich silné stránky a oblasti, které musí ještě vylepšit. Kladná odezva by měla být konkrétní pochvala určité vykonané práce. Záporná odezva neznamená kritiku, ale nutnost lidem říci, že se chovají nepatřičně, nebo že jejich práce neodpovídá požadované normě. Dalším druhem pozitivní motivace je uznání. V současnosti si vedení nemocnic uvědomuje, jakou roli hraje uznání a pochvala při motivování lidí. Mezi možné způsoby, jak formálně a neformálně hodnotit a chválit své spolupracovníky, patří jistě osobní zájem, poděkování, hmotná odměna nebo zveřejnění úspěchu (19, 48, 57, 62).

1.5 Organizační kultura

Současné pojetí organizační kultury můžeme chápat jako soubor základních předpokladů, hodnot, postojů a norem chování, které jsou sdíleny v rámci organizace. Uvedené předpoklady, hodnoty, postoje, normy chování se projevují v myšlení, chování členů organizace a ve výtvorech materiální a nemateriální povahy. K artefaktům materiální povahy patří architektura budov, materiální vybavení, produkty vytvářené organizací, propagační materiál firem. K artefaktům nemateriální povahy pak můžeme zařadit jazyk, historiky, mýty, firemní hrdiny, zvyky, rituály.

Organizační kultura má bezpochyby i ve zdravotnictví své nezastupitelné místo. Bez zdravé organizační vyspělosti nelze úspěšně zavádět program kontinuálního zvyšování kvality. Kultura organizace je odrazem myšlení a chování lidí v instituci, je produktem minulých činností a omezujícím faktorem činností budoucích. Proces utváření žádoucí organizační kultury je jednou z mimořádně obtížných manažerských úloh. Nejdůležitější faktory, které mají vliv na úspěch oddělení nebo celé nemocnice, které jsou důležité pro realizaci změn, jsou hodnoty a předvídavost ředitele a hlavní sestry nemocnice. Dále je to jasný, definovaný směr, schopnost předvídat, strategický plán zdravotnického zařízení. Samozřejmě nelze opomenout finanční zázemí a zdravou organizační kulturu zdravotnického zařízení a jednotlivých oddělení nemocnice (18, 32, 57).

Každé oddělení nemocnice má svou unikátní organizační kulturu. Organizační kulturou je míněn způsob, jakým se na oddělení pracuje. Představuje tedy specifické způsoby chování a postojů členů zdravotnického zařízení nebo oddělení, jejich pracovní slang, způsob oblékání, gesta, tabu, tradice, rituály i způsoby, jakým se realizují cíle. Organizační kultura je komplexní záležitost, nelze ji snadno vytvořit a měnit. Kulturu v organizaci může ovlivnit vrcholový management, ale častěji mají zájem na zdravé kultuře střední manažeři. Organizační kultura může ovlivnit kolektiv sester v pozitivním i v negativním slova smyslu. Je to tmel, který drží oddělení pohromadě během krizových situací, ale může být i klínem, který ji rozdělí. Organizační kultura je pokládána za důležitý podpůrný faktor, který má vliv na výkon oddělení. Tato kultura má větší vliv i na bezpečnost péče, díky které lze zvýšit

zabezpečení léčebné a ošetrovatelské péče. Je to činnost rozvíjena jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta od újmy na zdraví v důsledku selhání systému péče. Smyslem bezpečnostní kultury na oddělení je vytvoření prostředí důvěry, klima, které neobviňuje. Prostředí, které podporuje společné úsilí k nápravě. Hlavní prioritou není odhalení viníků, ale především zjištění kořenů omylů a pochybení. Pokud zdravotnické zařízení chce změnit organizační kulturu, potřebuje začlenit filozofii bezpečnostní kultury do hodnot zdravotnického zařízení. Můžeme identifikovat faktory, které mají negativní vliv na zdraví organizační kultury. Mezi ně se řadí neexistující jasná představa o tom, co je úspěch a jak jej dosáhnout. Odkládání důležitých rozhodnutí, narůstající stupeň vyčerpání, problémy s morálkou, sporné otázky politického charakteru, unikající příležitosti, komunikační problémy s managementem. Projev nezájmu managementu o problémy sester ovlivňuje negativně zdraví organizační kultury oddělení. K vyhodnocování organizační kultury napomáhají pohovory se zaměstnanci. Organizační kulturu vyhodnocujeme podle způsobu, jakým se na oddělení práce vykonává. Je tím míněno, jakým způsobem se dosahuje úspěchu, kdo určuje priority. Dalším hlediskem vyhodnocování organizační kultury je způsob, jakým se projevuje uznání, jaká práce je nejčastěji oceněna, jaký druh činnosti je přehlížen, kdo rozhoduje o uznání, podle jakých pravidel se realizuje uznání. Motivace je dalším hlediskem k vyhodnocování organizační kultury, co motivuje zaměstnance k vyšší produktivitě nebo kvalitě, kdo motivuje zaměstnance a jaké jsou nástroje motivace. Do vyhodnocování organizační kultury zasahuje i to, kdo motivuje sestry, manažerka oddělení nebo jiné sestry. Důležité je i hledisko, kdo je skutečným vůdcem oddělení, jaké hodnoty vedoucí představitel uznává, jaký má charakter, co se od něj mohou naučit ostatní členové kolektivu. V neposlední řadě i to, kdo jsou „hrdinové“ našich sester, jaké mají vlastnosti, má vliv na vyhodnocování organizační kultury. Dalším kritériem vyhodnocování je způsob, jakým se snažíme současnou kulturu změnit, jaké užíváme postupy ke změně organizační kultury. Sestry by měly být seznámeny s cíli a hodnotami svého oddělení, jak se na oddělení komunikuje. Zda verbální komunikace probíhá formou monologu nebo zda je vedena vzájemným dialogem (15, 33).

Zdravotnické zařízení i oddělení je „živý“ systém, který má své potřeby, svůj životní styl a prochází určitými životními cykly. Zdraví organizační kultury se projeví otevřeností, poctivostí, čestností, oddaností zaměstnanců, jejich vysokou produktivitou, kreativitou, aktivností a radostným přístupem k práci (57).

1.6 Personální management

Personální management je důležitou součástí práce každé organizace. Na kvalitě zaměstnanců totiž značnou měrou závisí její úspěšnost a atraktivita. Pro organizaci je výběr správných lidí a následná práce s nimi důležitá, zejména z důvodů plnění nároků veřejnosti na efektivním poskytování služeb a jejich kvalitě. Každá instituce potřebuje ke svému chodu a rozvoji určitý počet způsobilých, motivovaných pracovníků. Neobejde se bez schopného personálu, způsobilého plnit zadané úkoly a pracovní povinnosti. Zaměstnanci, kteří jsou ochotni pracovat sami na sobě a rozvíjet své schopnosti. Lidské zdroje jsou svébytným a nepostradatelným tvůrcem organizace a nejdůležitějším potenciálem, jelikož determinují a uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje. K úlohám personálního managementu patří vyhodnocení práce každého pracovníka, vytvoření standardů na jednotlivých úsecích práce, samozřejmě řešení problémů zaměstnanosti, řešení pracovních sporů na základě znalostí právní problematiky. Hlavním cílem personálního managementu je řídit a rozvíjet lidský potenciál v organizacích. Zabývá se nábořem vhodných pracovníků z externích nebo interních zdrojů, jejich výběrem podle předem stanovených metod, přijímáním a zařazováním pracovníků na dané pracoviště, hodnocením pracovníků a jejich výkonů podle předem stanovených kritérií, a nelze opomenout odměňování zaměstnanců. Při plánování počtu a struktury ošetrovatelského personálu musí manažer akceptovat ekonomická hlediska- rozpočet, personální strategii organizace, filozofii ošetrovatelské péče, standardy a profesní podmínky možnosti sester, platová stupnice (18, 33, 43).

Při práci s lidmi se přikládá velký význam k hodnocení pracovníků. Hodnocení pracovníků pomáhá manažerovi poznat pracovníky z pracovní i mimopracovní stránky, pomáhá manažerovi vést je k vyšší pracovní morálce. Hodnocení by mělo mít tyto základní funkce poznávací, v ošetrovatelství má význam především pro sledování

pracovní výkonnosti sestry a jejího jednání. Funkci srovnávací, která umožňuje diferencovat jednotlivé sestry, funkce regulační, která poskytuje možnost uplatnění principu změn v kolektivu, což je důležité při práci v ošetrovatelském týmu. Hodnocení má i funkci kauzální, která dovoluje sledovat příčiny změn v pracovní činnosti, stimulační funkce napomáhá objektivně vyhledávat a plánovat postup schopných pracovníků. Při vyhodnocování pracovního výkonu zjišťujeme plnění pracovních úloh a při hodnocení pracovníka posuzujeme jeho osobnost. Schopnost dobře hodnotit předpokládá vypracovat a postupovat podle jasných a odpovídajících kritérií. V ošetrovatelské praxi to znamená, že vrchní sestra a staniční sestra musí dobře znát sestry na svém oddělení, jejich přístup k práci, postoje, vztah k pacientům a spolupracovníkům (15, 36).

1.6.1 Kvantifikace ošetrovatelského personálu

Optimální počet ošetrovatelského personálu je jednou z podmínek zkvalitnění ošetrovatelské péče. Další výhodou optimalizace počtu personálu jsou i příznivější podmínky pro práci sester. Otázka adekvátního počtu zaměstnanců nikdy nebyla vážněji zvažována než v současné době ve fázi reformy zdravotnictví. Rozhodování o množství personálu vyžaduje úsudek, jak rozdělit personál v rámci organizace, oddělení. To se děje v procesu personálního zajištění oddělení neboli určením správného počtu a složení ošetrovatelských pracovníků potřebných k dodržení správně poskytnuté ošetrovatelské péče na oddělení. Pracovní vytížení je zaměřeno na dva prvky počet pacientů a míru práce. Obvykle se pracovní vytížení ošetrovatelského personálu určuje tím, že se využije klasifikační systém pacientů. Zmiňovaný řád vlastně dokumentuje náročnost pacientů a požadovanou úroveň péče i nástrojů, které odhadují požadavky na nepřímou práci a vykonávanou práci na jednotce. Účelem systému je předpověď správného personálního plánu. Personální plán je doporučené složení zdravotnických pracovníků potřebných k zajištění bezpečné a adekvátní ošetrovatelské péče. Složení zdravotnických pracovníků odpovídá typu, počtu poměru personálu, který je nezbytný k vykonávání dané práce. Je sem třeba zařadit optimální poměr sester profesionálek k pomocnému personálu. Složení pracovníků se může lišit a měnit oddělení od

oddělení. Ovšem obecně určující faktory složení personálu jsou průměrná denní obloženost a fluktuace, klasifikace pacientů, průměrná délka pobytu, vzorec rozdělení personálu pro určitou zdravotnickou instituci, typ poskytované zdravotní péče. Samozřejmě personální plány ve zdravotnických institucích jsou a budou neustále ovlivňovány současnými politickými i ekonomickými problémy. Můžeme sem zahrnout způsob proplácení péče, nové zdravotnické struktury, časně propouštění pacientů z nemocnice a nová pracovní síla s měnícími se pracovními hodnotami a očekáváními. Cílem personálního vzorce je zajištění, aby ošetrovatelská péče byla bezpečná, reagovala na potřeby pacientů a byla vědecky technologicky podložená a správná. Pro vypracování personálního plánu, který obsahuje i přijatelné složení zdravotnických pracovníků, se vytvoří plán služeb. Úlohou managementu je vybrat určitý personální plán a vyhodnotit jeho efektivitu. Při výběru příslušného personálního modelu je nutné mít na paměti podmínky prostředí, organizace a profesní pracovní podmínky. Obsazování pracovních míst je prostředek k zajištění práce organizace. Plánování počtu ošetrovatelského personálu řeší vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se stanoví sazebník výkonů s bodovými hodnotami a Metoda pro stanovení počtu kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště autorky K. Pochylé. (36, 44).

1.6.2 Vzdělávání sester

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Vynucuje si to nejen rozvoj a pokrok v medicíně, ale i v ošetrovatelství. Současné ošetrovatelství od sestry očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení, ale je i na určité úrovni vzdělání. Je tedy nutné, aby si sestry udržovaly vysokou úroveň odbornosti celoživotně, aby se dále vzdělávaly. Vzdělávání ve zdravotnictví je dnes chápáno jako celoživotní proces neustálého, osobnostního, sociálního a profesionálního rozvoje. Veškeré vzdělávání probíhá podle potřebné legislativy. Legislativní úpravy jsou ve prospěch profese a zajišťují jak úroveň péče, tak její kontrolu (52, 55).

Zásadní změna ve vzdělávání sester u nás nastala přijetím zákona č.96/2004 Sb., novelizace 1. 7. 2008 o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušných vyhlášek a nařízení vlády. Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester. Toto studium trvá nejméně tři roky a zahrnuje 4600 hodin odborné výuky, která je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Postkvalifikační studium se aktivuje jako vysokoškolské magisterské studium ve studijním programu ošetrovatelství, anebo se může aktivovat jako specializační studium, nebo certifikovaný kurz. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotní pracovníky a plnění této povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému. Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání může směřovat k vlastní osobě. Cílem je potřeba poznat sebe sama, rozvíjet a rozšiřovat si odborný přehled, potřeba být vzdělaný, udržet krok se změnami doby, získat sebedůvěru, sebeúctu. Přístup k celoživotnímu vzdělávání může ovlivnit ještě celá řada dalších faktorů, například možnost osobního růstu, pracovní postup, získání funkčního místa, pracovní prostředí a podmínky, vztahy se spolupracovníky. Kreditní systém slouží pro zápočet k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Výši kreditních bodů za konkrétní vzdělávací aktivitu stanovuje vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Osvědčení vydává Ministerstvo zdravotnictví zpravidla na dobu od 4 – 6 let. Specializační vzdělávání je koncipováno modulově a je rozděleno do tří období. V první době je nutné absolvovat modul základní, ve druhé době modul odborný a do třetí doby spadá modul speciální. Celková délka vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti je stanovena minimálně na 36 měsíců, z čehož 12 měsíců po zařazení do studia pracuje studující v úseku práce, ve kterém se specializuje (65, 67).

Ošetrovatelská praxe prochází změnami, které jsou výsledkem transformace zdravotnictví a profesionální přípravy. Sestry se nacházejí na důležité historické křižovatce. Na jedné straně stojí zmatek, chaos a na druhé straně nesmírné příležitosti i možností pro sestry. Nové století bude patřit sestře špičkové úrovni, která umí kriticky

myslet, má všestranný přehled, dokáže stmelit pracovní kolektiv tak, aby odváděl precizní práci na všech úsecích. Porozumí pacientům po všech stránkách a dovede se vžít do psychiky pacientů. Ovládne své osobní emoce, bude do své práce přenášet stále nové a modernější prvky své specializace, neustále se vzdělávat a dokáže aktivně plánovat svou budoucnost. Skutečně vyškolit kvalitní sestry, které půjdou ruku v ruce s lékařem a vrchní sestrou, budou nejen zvyšovat prestiž na pracovišti, ale budou vyhledávány samotnými pacienty, o které nám jde především, je tedy úkol nelehký a složitý. Na druhé straně je otázka vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení, jak se chopí své role a budou se snažit všemi dostupnými prostředky vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj sester (57).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Hlavním záměrem našeho výzkumného šetření bylo zmapovat kvalitu ošetrovatelské péče ve vybraných oblastech na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. V souladu s hlavním záměrem šetření jsme si stanovili tyto dílčí cíle:

Cíl 1: Vyhodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče ve vybraných oblastech pomocí indikátorů kvality na jednotlivých stanicích ortopedického oddělení.

Cíl 2: Stanovit optimální počet ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení na základě doporučení ČAS.

Cíl 3: Vyhodnotit spokojenost ambulantních pacientů s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení.

Cíl 4: Vyhodnotit spokojenost hospitalizovaných pacientů s ošetrovatelskou péčí na ortopedickém oddělení.

Cíl 5: Vyhodnotit spokojenost sester s pracovními podmínkami.

2.2 Hypotézy práce

H 1: Ošetrovatelský personál dodržuje hygienický režim na operačních sálech ortopedického oddělení.

H 2: Setry na jednotce intenzivní péče postupují při péči o epidurální katétr správným způsobem.

H 3: Sestry na standardních jednotkách ortopedického oddělení znají specifika ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení.

H 4: Na standardních jednotkách ortopedického oddělení pracuje optimální počet ošetrovatelského personálu.

H 5: Pacienti jsou spokojeni s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení.

H 6: Hospitalizovaní pacienti jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

H 7: Ošetrovatelský personál je spokojen s pracovními podmínkami.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Byl zvolen kvantitativní způsob výzkumného šetření, metodou dotazování a pozorování, technikou dotazník, audit a anketa. Šetření k diplomové práci probíhalo od října 2009 do března 2010. Primář oddělení byl seznámen s cílem diplomové práce a udělil souhlas k provádění výzkumného šetření. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči byla informována o prováděném výzkumu kvality ošetrovatelské péče na ortopedickém oddělení. S jejím souhlasem byly ve výzkumu použity výsledky ankety spokojenosti hospitalizovaných pacientů na ortopedickém oddělení za rok 2009. Tato anketa je součástí standardu ošetrovatelské péče č. 050 „Kvalita poskytované péče z pohledu pacientů“ (Příloha 7). Anketa spokojenosti ambulantních pacientů byla vyhodnocena pomocí statistického programu SPSS 16. Anketa obsahovala celkem 10 otázek, z čehož první tři otázky byly identifikační, další dvě byly otázky uzavřené a dalších pět otázek se hodnotilo podle hodnotící škály (1 – velmi spokojen, 2 – spokojen, 3 – průměrně spokojen, 4 – spíše nespokojen, 5 – velmi nespokojen) [Příloha 6.].

Kvalitu ošetrovatelské péče na operačních sálech jsme vyhodnotili pomocí auditů hygienických režimů. Podkladem pro audity byly standardy: „Dezinfekce a sterilizace“, „Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči“, „Nozokomiální nákazy“, „Zásady bariérové ošetrovací techniky“, „Nakládání s odpadem“, „Manipulace s prádlem“. V auditech byly použity metody dotazování a pozorování. (Přílohy 1, 2, 3). Audit byl proveden u všech zaměstnanců operačních sálů. Na jednotce intenzivní péče jsme vytvořili standard „Péče o nemocné s epidurálním katétrem“ (Příloha 4). Sestavili jsme audit k příslušnému standardu a kontrolní kritéria k auditu. Audit byl proveden u všech nelékařských zdravotnických pracovníků na jednotce intenzivní péče. Na standardních stanicích sestry vyplňovaly test znalostí ortopedických specifik. Test obsahoval 21 otázek pouze s jednou správnou variantou odpovědi (Příloha 5). Výsledky testu znalostí byly vyhodnoceny v programu Microsoft Office Excel.

Stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu jsme prováděli na základě „Metody pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště“. Autorkou této metody, kterou doporučuje ČAS, je Karla Pochylá.

Spokojenost sester s pracovními podmínkami jsme vyhodnotili pomocí dotazníku (Příloha 8). Dotazník byl rozdělen do tří oblastí otázky 1-6 se týkaly pracovního prostředí, otázky 7- 14 se týkaly organizační kultury, celkovou spokojenost popisovaly otázky 15- 17. Sestry měly možnost výběru na hodnotící škále (ano – spíše ano – těžko rozhodnout – spíše ne – ne). Na konci dotazníku měly sestry možnost doplnit případné připomínky, komentáře.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1 Výzkumný soubor pro audity

Výzkumný vzorek pro audity „Hygienický režim na operačních sálech“ tvořilo 13 pracovníků operačních sálů Výzkumný vzorek pro audit „Ošetřování pacienta s epidurálním katétrem“ tvořilo 12 sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

3.2.2 Výzkumný soubor testu „Znalosti specifik ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedii“

Test byl proveden celkem u 11 sester s praxí do pěti let a u sester v plánu zapracování na ortopedickém standardním oddělení.

3.2.3 Výzkumný vzorek pro stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení

Výzkumný soubor pro stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách tvořil ošetrovatelský personál, který pracuje na ortopedickém oddělení stanice A, B. Jde o 16 sester a 5 pracovníků bez maturity, nižší zdravotničtí pracovníci.

K výpočtu „*Celkové pracovní doby ošetrovatelského personálu (CPDO) na ošetrovací jednotce za 24 hod (1 den)*“ jsme použili vzorec:

$$CDPO = \frac{M * n}{60} = \frac{M * L * O}{60}$$

CPDO	[h/den]
M	počet minut ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin (podle tabulky)
n	počet pacientů
60	počet minut na hodiny
L	počet lůžek
O	obložnost $O = n/L$

K výpočtu „*Počtu pracovních úvazků ošetrovatelského personálu (PPÚ)*“ jsme použili

vzorec:
$$PPÚ = \frac{M * L * O * 365}{60 * RPF}$$

M	počet minut ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin (podle tabulky)
L	počet lůžek
O	průměrná obložnost (jako desetinné číslo) $O = n/L$
365	počet dnů v roce
60	přepočítání minut na hodiny
RPF	reálný pracovní fond cca 1540 h/rok na 1 pracovníka
n	průměrný počet pacientů

Hodnoty ošetrovatelské péče v minutách podle standardu a podle vyhlášky MZ 493/2005 Sb.

Lůžkové zařízení	Interní obory min/pac. 24 h	Chirurgické obory min/pac. 24 h	Gyn.por. obory min/pac. 24 h
Fakultní nemocnice	150	155	120
Ostatní nemocnice	140	145	110
Vyhláška MZ 493/2005	114,2	119,5	119,5

Hodnoty „min/pacienta 24 h“ pro propočty podle vyhláška č. 493/2005 Sb. byly stanoveny pro jednotku s 30 lůžky a 100% obložeností.

Hodnoty ošetrovatelské péče „min/ pac. 24 hod“ byly stanoveny výzkumem NCONZO v Brně a pro tyto tabulky byly mírně zaokrouhleny.

Hodnoty byly zprůměrovány vždy z celého týdne, to znamená včetně sobot a nedělí.“

K výpočtu „Rozdělení pracovních úvazků podle kvalifikace“ jsme použili vzorec:

$$PPÚa = \frac{PPÚ * a}{100}$$

$$PPÚb = \frac{PPÚ * b}{100}$$

a) Zdravotnický pracovník bez odborného dohledu + specialista, zdravotnický pracovník pod odborným dohledem (ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD)

b) Zdravotnický pod odborným dohledem bez maturity (ZPOD bez maturity)

Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na standardních odděleních

Lůžkové zařízení	Rozvrstvení ošetrovatelských pracovníků	Chirurgické obory				
		ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD vč. staniční sestry		ZPOD bez maturity		celkem
		%	počet	%	počet	počet
Fakultní nemocnice	% podle standardu	64,1	11,8	35,9	6,6	18,4
Ostatní nemocnice	% podle standardu	62,2	10,7	37,8	6,5	17,2
Vyhláška MZ 493/2005		69,4	9,9	30,6	4,3	14,2

Zdroj: POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*

3.2.4 Výzkumný soubor pro anketu

V rámci ankety, která sledovala spokojenost ambulantních pacientů, bylo rozdáno 160 anketních lístků. Návratnost byla 100%, pro neúplnost nebyl vyřazen žádný anketní lístek. Výzkumný vzorek tvořilo 160 pacientů ortopedického oddělení. Výzkumný soubor pro anketu spokojenosti hospitalizovaných pacientů tvořilo 85 pacientů. Celkem bylo rozdáno 85 anketních lístků, z důvodu neúplnosti nemusel být vyřazen žádný anketní lístek, návratnost byla 100%.

3.2.5 Výzkumný soubor pro spokojenost sester s pracovními podmínkami

Celkem bylo rozdáno 41 dotazníků, návratnost byla 100%, žádný z dotazníků se nemusel vyřadit. Výzkumný vzorek tvořilo 41 sester ortopedického oddělení.

3.2.6 Statistické zpracování dat

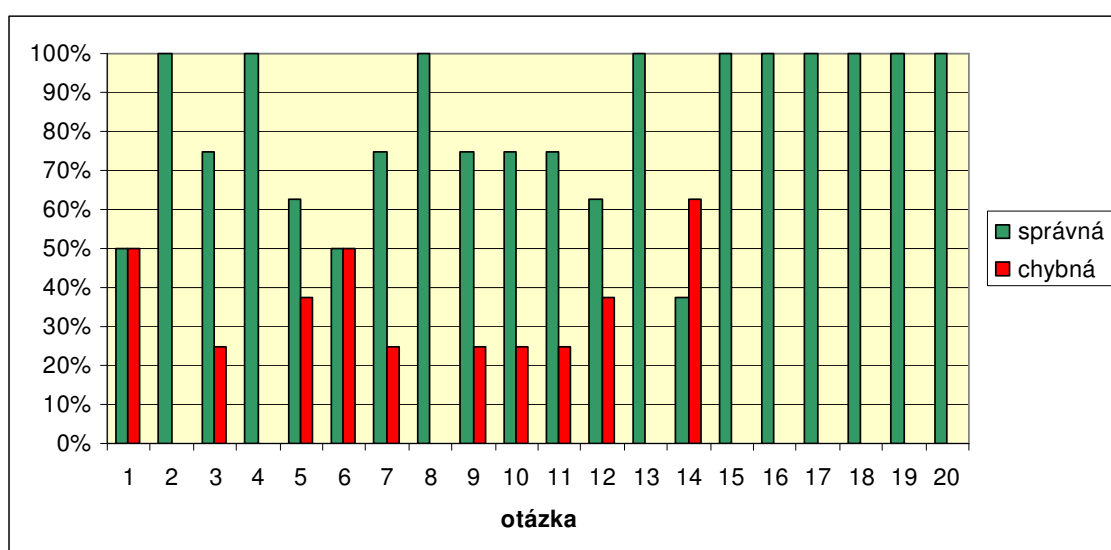
V programu SPSS 16.0 byla data zpracována frekvenčními statistickými ukazateli. Dále byly použity kontingenční tabulky, které jsme užili ke zjištění vztahu dvou kategorizovaných proměnných. Hraniční hodnota hladiny významnosti byla vždy 5 % (0,05). Pokud byla hodnota menší než 5 %, nulová hypotéza nebyla zamítnuta, vztah se neprokázal.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky auditů

4.1.1 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ - sestry

Graf 1 Hygienický režim na operačních sálech

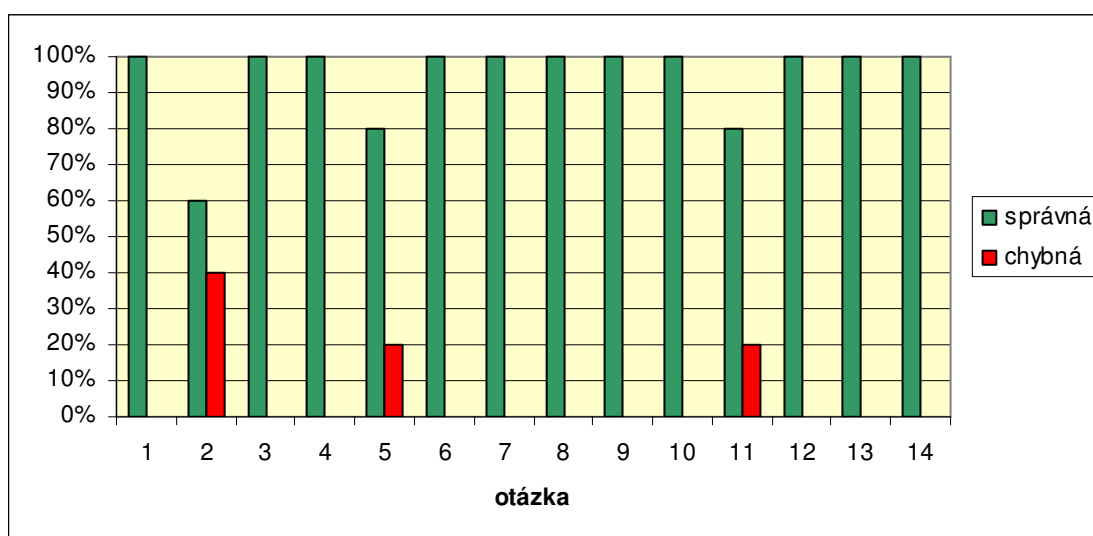


Na operačním sále prošlo auditem celkem 8 (100 %) sester. U kritérií 1 „Víte, které standardy oš. péče souvisí s hygienickým režimem na operačním sále?“ a u kritéria 6 „Jaká je nutná doba expozice DP po nanesení na ruce?“ správně odpověděly 4 sestry (50 %). U kritérií č. 3 „Jaké znáte brány vstupu nozokomiálních nákaz?“, u kritéria 7 „Vyjmenuj tři prostředky k dezinfekci rukou?“, u kritéria 9 „Co se řadí mezi nebezpečný odpad, vyjmenuj alespoň tři druhy?“, u kritéria 10 „Jaké znáte typy sterilizace?“ a u kritéria 11 „Co je povinností pracovníka manipulujícího s použitým prádlem?“ odpovědělo správně 6 sester (75 %). U kritéria 5 „Jaký typ DP je nutné použít před čištěním nástroje kontaminovaného krví?“ a u kritéria 12 „Jak často se připravují dezinfekční roztoky?“ odpovědělo správně 5 sester (63 %). U kritéria 14 „Jak

dlouho se archivuje sterilizační deník?“ správně odpověděly 3 sestry (38 %). Ostatní kritéria byla splněna na 100 %. **Celková úspěšnost sester v auditu byla 74 %.**

4.1.2 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ - NZP

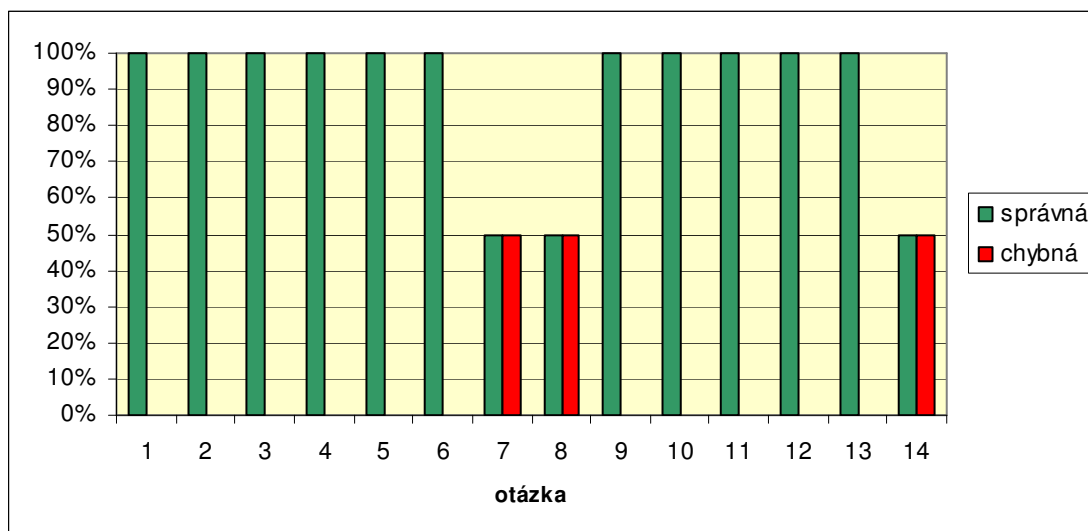
Graf 2 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ NZP



Na operačním sále prošlo auditem celkem 6 sanitářů a sanitárek (100 %). U kritéria 2 „Co je sterilizace?“ odpověděli správně 3 sanitáři, sanitárky (60 %). U kritérií 5 „Co je povinností pracovníka manipulujícího s použitým prádlem?“ a u kritéria 11 „Jaký dezinfekční prostředek používáte k dezinfekci povrchů?“ odpověděli správně 4 sanitáři, sanitárky (67 %). Ostatní kritéria byla splněna na 100%. **Celková úspěšnost NZP v auditu byla 90 %.**

4.1.3 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ PZP

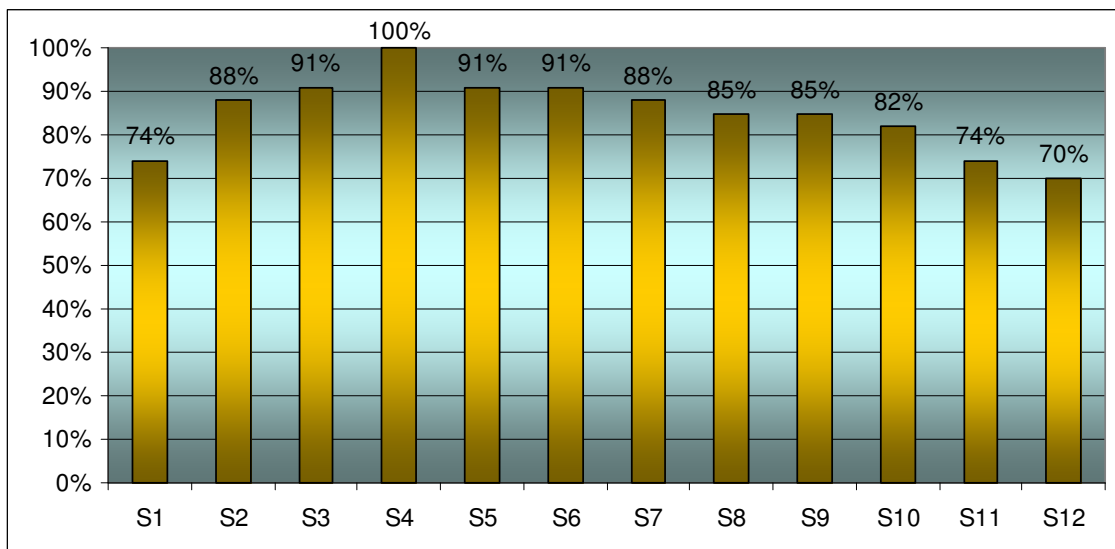
Graf 3 Výsledky auditu „Hygienický režim na operačních sálech“ PZP



Na operačním sále prošly auditem dvě pracovnice úklidu (100 %). U kritéria 7 „Jak často měníte dezinfekční prostředky na sále?“, u kritéria 8 „Jak se provádí dezinfekce sálové obuvi?“ a u kritéria 14 „Jak má být správně označen infekční materiál?“ odpověděla správně jedna pracovnice úklidu (50 %). Ostatní kritéria byla splněna na 100%. **Celková úspěšnost PZP v auditu byla 89 %.**

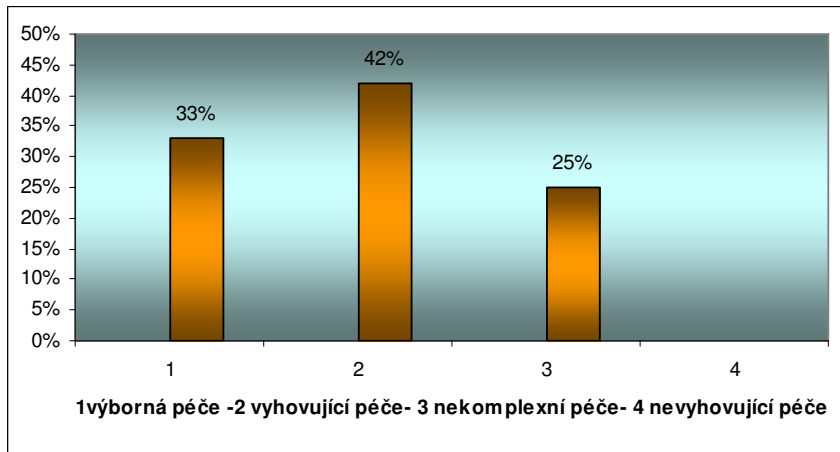
4.1.4 Výsledky auditu „Ošetrovatelská péče o pacienta s epidurálním katétrem“

Graf 4 Výsledky auditu „Ošetrovatelská péče o pacienta s epidurálním katétrem“



Z celkového počtu 34 otázek (100 %) dvě sestry (S1 a S11) odpověděly na 25 otázek správně (74 %). Dvě sestry (S2 a S7) odpověděly z celkového počtu 34 otázek (100 %) správně na 30 otázek (88 %). Tři sestry (S3, S5, S6) odpověděly na 31 otázek správně (91 %). Jedna sestra (S4) byla úspěšná ve všech 34 otázkách (100 %). Dvě sestry (S8, S9) odpověděly na 29 otázek správně (85 %). Jedna sestra (S10) odpověděla na 28 otázek správně (82 %). Jedna sestra (S12) odpověděla na 24 otázek správně (70 %). **Celková úspěšnost odpovědí byla 85 % správných odpovědí.**

Graf 5 Vyhodnocení auditu „Oš. péče o pacienta s epidurálním katétrem“



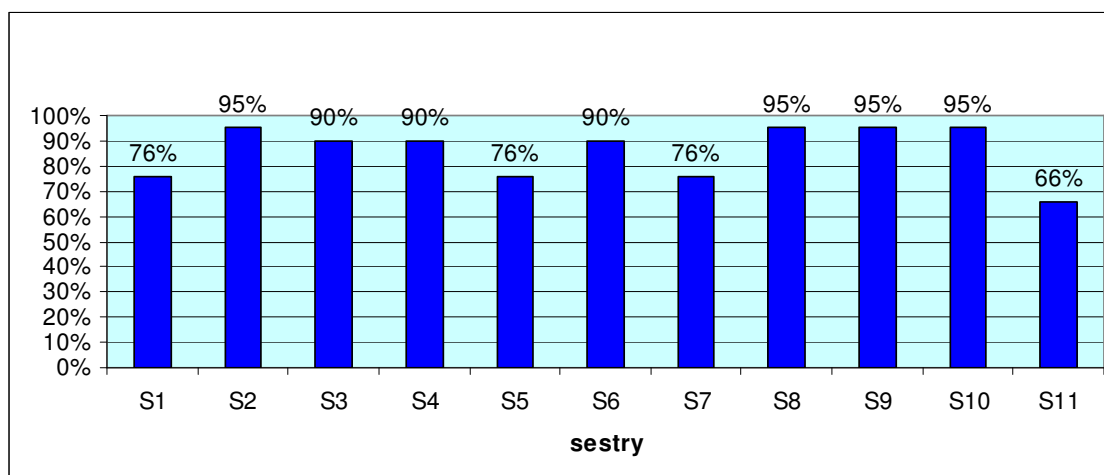
Úroveň ošetrovatelské péče o pacienta s epidurálním katétrem byla dle správných odpovědí auditovaných sester rozdělena do čtyř kategorií: 100–90% úspěšnost v auditu znamenala výbornou péči, 89–80% úspěšnost v auditu znamenala vyhovující péči a 79–70 % úspěšnost v auditu znamenala nekomplexní péči a méně než 69 % úspěšnost v auditu znamenala nevyhovující péči.

Z celkového počtu 12 auditovaných sester (100 %) 4 sestry (33 %) dosáhly výborné péče, 5 sester (42 %) dosáhlo vyhovující péči, 3 sestry (25 %) dosáhly nekomplexní péče. U žádné ze sester nebylo dosaženo nevyhovující péče.

4.2 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení

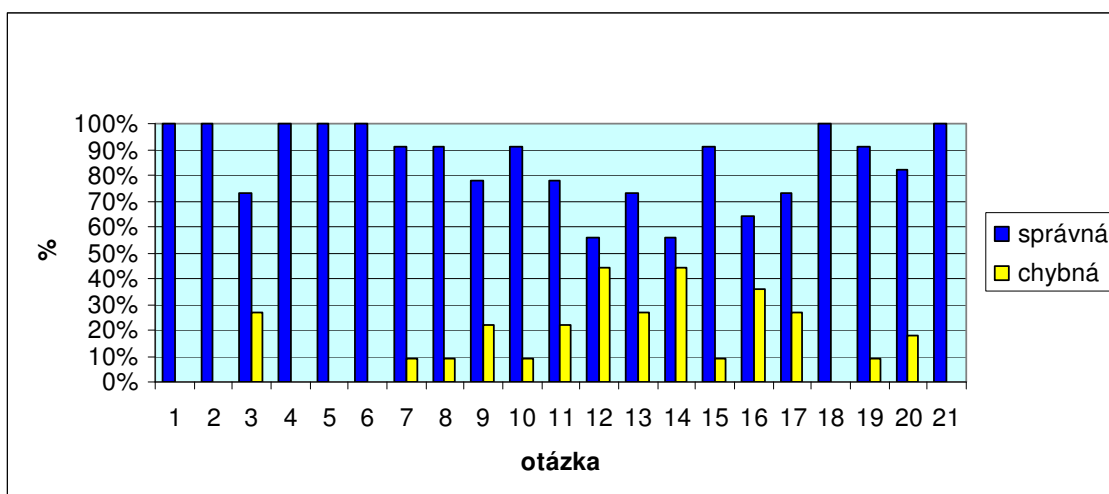
4.2.1 Výsledky testu znalostí specifík ošetrovatelské péče

Graf 6 Vyhodnocení testu znalostí



Z celkového počtu 21 otázek (100 %) tři sestry (S1, S5, S11) odpověděly na 16 otázek správně (76 %). Čtyři sestry (S2, S8, S9, S10) odpověděly z celkového počtu 21 otázek (100 %) správně na 20 (95 %) otázek. Tři sestry (S3, S4, S6) odpověděly na 19 otázek správně (90 %). Jedna sestra (S11) odpověděla na 13 otázek správně (66 %). **Celková úspěšnost odpovědí byla 86 % správných odpovědí.**

Graf 7 Vyhodnocení testu znalostí



Test absolvovalo celkem 11 sester (100 %). U kritérií 3 „K čemu se používá sádrová spika?“, u kritéria 13 „Pavlíkovy těmeny se používají při léčbě?“, u kritéria 17 „Pacient užívající Warfarin se musí ve stravě vyvarovat?“ odpovědělo správně 8 sester (78 %). U kritérií 7 „Mezi opiáty se řadí?“, u kritéria 8 „Mezi nesteroidní analgetika patří?“, u kritéria 10 „Hallux valgus je deformita?“, u kritéria 15 „Flexe znamená?“, u kritéria 19 „Maligní kostní nádor je?“ odpovědělo správně 10 sester (91%). U kritéria 9 „Acetabulum je“ a kritéria 11 „TEP omi je náhrada“ odpovědělo správně 9 sester (82 %). U kritérií 12 „UZ vyšetření u dětí se provádí nejdříve ve?“, u kritéria 14 „Sádra se namáčí?“ odpovědělo správně 6 (55 %) sester. Ostatní kritéria byla splněna na 100 %. **Celková úspěšnost testu byla 85%.**

4.3 Stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu na standardním ortopedickém oddělení

Tabulka 1 Kvalifikační zastoupení oš. personálu na ortopedickém oddělení

Ortopedické oddělení	Počet pracovních úvazků oš.personálu	Kvalifikační zastoupení oš.personálu	
		ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD vč. staniční sestry	ZPOD bez maturity
Vyhláška č.493/2005 Sb.	15,28	10,60	4,68
Metodika K.Pochylé	18,55	11,54	7,01
Realita	21	16	5

Na ortopedickém oddělení je celkový počet pracovních úvazků oš. personálu 21, dle vyhlášky je stanoven počet pracovních úvazků na 15,28 a dle metodiky na 18,55 pracovních úvazků oš. personálu. Kvalifikační zastoupení oš. personálu v kategorii ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD vč. staniční sestry je celkem 16 pracovníků na ortopedickém oddělení (zkratky viz. kapitola 3.2.3). Vyhláškou je stanoveno kvalifikační zastoupení oš. personálu na 10,60 a dle metodiky na 11,54. V kategorii ZPOD bez maturity je kvalifikační zastoupení oš. personálu celkem 5 pracovníků (zkratky viz. kapitola 3.2.3), z čehož kvalifikační zastoupení oš. personálu dané vyhláškou je 4,68 a kvalifikační zastoupení oš. personálů dle metodiky je 7,01.

Tabulka 2 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin (CPDO)

Ortopedické oddělení	Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu/24 hod.
Vyhláška č.493/2005 Sb.	54 /24 hod.
Metodika K. Pochylé	65 /24 hod.

V tabulce je zobrazena průměrná celková pracovní doba ošetrovatelské personálu za 24 hodin na standardních stanicích ortopedického oddělení při průměrné obloženosti 79, ve sledovaném období (kalendářní rok 2009). Celková pracovní doba oš. personálu za 24 hod vypočtena dle vyhlášky je celkem 54 hodin a celková pracovní doba oš. personálu za 24 hod dle metodiky je 65 hod.

4.4 Spokojenost pacientů

4.4.1 Spokojenost pacientů s poskytnutými službami na ambulanci

Tabulka 3 Pohlaví

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Žena	85	53,1	53,1	53,1
Muž	75	46,9	46,9	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se pohlaví respondentů. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) bylo 85 žen (53,1 %) a 75 (46,9 %) mužů.

Tabulka 4 Věková kategorie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
41-60	66	41,2	41,2	41,2
21-40	48	30,0	30,0	71,2
61 a více	30	18,8	18,8	90,0
15-20	16	10,0	10,0	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se věkové kategorie respondentů. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) bylo 66 respondentů (41,2 %) ve věku 41-60 let, 48 respondentů (30,0 %) bylo ve věku 21-40 let, 30 respondentů (18,8 %) bylo ve věku 61 a více let a 16 respondentů (10,0 %) bylo ve věkové hranici 15-20 let.

Tabulka 5 Vzdělání

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Středoškolské	73	45,6	45,6	45,6
Vyučen	44	27,5	27,5	73,1
Vysokoškolské	33	20,6	20,6	93,8
Základní	10	6,3	6,3	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující vzdělání respondentů. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) mělo 73 respondentů (45,6 %) vzdělání středoškolské, 44 respondentů (27,5 %) bylo vyučeno, 33 respondentů (20,6 %) mělo vysokoškolské vzdělání a 10 respondentů (6,2 %) mělo pouze základní vzdělání.

Tabulka 6 Návštěva ortopedické ambulance

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Opakovaně	119	74,4	74,4	74,4
Poprvé	41	25,6	25,6	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující návštěvy na ortopedické ambulanci. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) navštívilo ortopedickou ambulanci 119 respondentů (74,4 %) opakovaně a 41 respondentů (25,6 %) poprvé.

Tabulka 7 Způsob objednání pacientů na ortopedickou ambulanci

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Předem objednán	146	91,2	91,2	91,2
Ošetřen bez objednání	14	8,8	8,8	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data o způsobu objednání na ortopedickou ambulanci. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) bylo 146 respondentů (91,2 %) předem objednáno a 14 respondentů (8,8 %) ošetřeno bez objednání.

Tabulka 8 Čas objednání dodržen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	79	49,4	49,4	49,4
o 10 min později	24	15,0	15,0	64,4
o 20 min později	24	15,0	15,0	79,4
o 40 min později	17	10,6	10,6	90,0
o 30 min později	16	10,0	10,0	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data o dodržení času objednání. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) byl čas dodržen u 79 respondentů (49,4 %) u 24 respondentů (15,0 %) bylo zpoždění o 10 min, u 24 respondentů (15,0 %) bylo zpoždění

o 20 min, u 17 respondentů (10,6 %) bylo zpoždění o 40 min a u 16 respondentů (10,0 %) bylo zpoždění o 30 min.

Tabulka 9 Čekací doba na ošetření bez objednání

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
50 min a více	68	42,5	42,5	42,5
40 min	35	21,9	21,9	64,4
30 min	28	17,5	17,5	81,9
20 min	18	11,2	11,2	93,1
10 min	11	6,9	6,9	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující čekací dobu na ošetření bez objednání. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) byla čekací doba na ošetření bez objednání u 68 respondentů (42,5 %) 50 min a více, u 35 respondentů (21,9 %) byla čekací doba na ošetření bez objednání 40 min, u 28 respondentů (17,5 %) byla čekací doba na ošetření bez objednání 30 min, u 18 respondentů (11,2 %) byla čekací doba na ošetření bez objednání 20min a u 11 respondentů (6,9 %) byla čekací doba na ošetření bez objednání 10 min.

**Tabulka 10 Spokojenost s chováním a vystupováním
sester na ambulanci**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Velmi spokojen	103	64,4	64,4	64,4
Spokojen	41	25,6	25,6	90,0
Průměrně spokojen	13	8,1	8,1	98,1
Spíše nespokojen	2	1,2	1,2	99,4
Velmi nespokojen	1	0,7	0,7	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracovaná data zobrazující spokojenost s chováním sester na ambulanci. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) odpovědělo 103 respondentů (64,4 %) velmi spokojen, 41 respondentů (25,6 %) odpovědělo spokojen, 13 respondentů (8,1 %) odpovědělo průměrně spokojen, 2 respondenti (1,2 %) odpověděli spíše nespokojen a 1 respondent (0,7 %) odpověděl velmi nespokojen.

Tabulka 11 Respektování soukromí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	90	56,2	56,2	56,2
Spíše ano	37	23,1	23,1	79,4
Těžko rozhodnout	18	11,2	11,2	90,6
Spíše ne	13	8,2	8,2	98,8
Ne	2	1,3	1,3	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující respektování soukromí. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) odpovědělo 90 respondentů (56,2 %) ano, 37 respondentů (23,1 %) odpovědělo spíše ano, 18 respondentů (11,2 %) odpovědělo těžko rozhodnout, 13 respondentů (8,2 %) odpovědělo spíše ne a 2 respondenti (1,3 %) odpověděli ne.

Tabulka 12 Spokojenost s celkovými službami na ortopedické ambulanci

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Velmi dobrá	91	56,9	56,9	56,9
Dobrá	60	37,5	37,5	94,4
Průměrná	9	5,6	5,6	100,0
Celkem	160	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující spokojenost s celkovými službami na ortopedické ambulanci. Z celkového počtu 160 respondentů (100 %) odpovědělo 91 respondentů (56,9 %) velmi dobrá, 60 respondentů (37,5 %) odpovědělo dobrá, 9 respondentů (5,6 %) odpovědělo průměrná.

4.4.1.1 Statistické testy

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H₀: Spokojenost pacientů s celkovými službami je nezávislá na první či opakované návštěvě ortopedické ambulance.

H_A: Spokojenost pacientů s celkovými službami je závislá na první či opakované návštěvě ortopedické ambulance.

Kontingenční tabulka 1 Návštěva ambulance*spokojen s celkovými službami

		spokojen	průměrně spokojen	nespokojen	
Návštěva ambulance	poprvé	20	17	4	41
	opakovaně	71	43	5	119
Total		91	60	9	160

V tabulce jsou zpracována data týkající se spokojenosti pacientů s celkovými službami na ortopedické ambulanci ve vztahu k první či opakované návštěvě ambulance. Z celkového počtu 160 respondentů 41 respondentů navštívilo ambulanci poprvé a 119 respondentů navštívilo ambulanci opakovaně. Z počtu 41 respondentů, kteří navštívili ambulanci poprvé, uvedlo 20 respondentů odpověď spokojen, 17 respondentů průměrně spokojen a 4 respondenti odpověď nespokojen. Z počtu 119 respondentů, kteří navštívili ambulanci, opakovaně uvedlo 91 respondentů odpověď spokojen, 60 respondentů odpovědělo průměrně spokojen a 9 respondentů nespokojen.

Chi-Square Tests 1

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,538 ^a	2	0,281
Likelihood Ratio	2,371	2	0,306
Linear-by-Linear Association	2,260	1	0,133
N of Valid Cases	160		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi – Square testu 0,281 (28,1 %), která je větší než 5 % nezamítáme na 95% dosažené hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že spokojenost pacientů s celkovými službami je nezávislá na první či opakované návštěvě ortopedické ambulance. Lze říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

Pro testování nezávislosti dvou proměnných jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H₀: Četnost návštěv je nezávislá na věku.

H_A: Četnost návštěv je závislá na věku.

Kontingenční tabulka 2 Věk * Návštěva ambulance

		Návštěva ambulance		Total
		poprvé	opakovaně	
Věk	15-20 let	2	14	16
	21-40 let	14	34	48
	41-60 let	20	46	66
	61 a více let	5	25	30
Celkem		41	119	160

V tabulce jsou zpracována data týkající se četnosti návštěv ve vztahu k věku respondenta. Z celkového počtu 160 respondentů 16 respondentů bylo ve věku 15-20 let, 48 respondentů bylo ve věku 21-40 let, 66 respondentů bylo ve věku 41-60 let a 30 respondentů ve věku 61 a více let. Z počtu 41 respondentů navštívili ambulanci poprvé 2 respondenti ve věku 15-20 let, 14 respondentů ve věku 21-40 let, 20 respondentů ve věku 41-60 let a 5 respondentů ve věku 61 a více let. Z počtu 119 respondentů, kteří navštívili ambulanci opakovaně, bylo 14 respondentů ve věku 15-20 let, 34 respondentů ve věku 21-40 let, 46 respondentů ve věku 41-60 let a 25 respondentů ve věku 61 a více let.

Chi-Square Tests 2

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,783 ^a	3	0,286
Likelihood Ratio	4,102	3	0,251
Linear-by-Linear Association	,001	1	0,970
N of Valid Cases	160		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,10.

Na základě hodnoty signifikance Pearson Chi – Square testu 0,286 (28,6 %), která je větší než 5 % nezamítáme na 95% dosažené hladině spolehlivosti nulovou hypotézu, že věk a četnost návštěv pacientů je nezávislé. Lze říci, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

4.4.2 Spokojenost hospitalizovaných pacientů

Tabulka 13 Pohlaví

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Žena	56	65,9	65,9	65,9
Muž	29	34,1	34,1	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

Z celkového počtu 85 respondentů (100 %) bylo 56 žen (65,9 %) a 29 mužů (34,1 %).

Tabulka 14 Věková kategorie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
61 a více	27	31,8	31,8	31,8
21-40	22	25,9	25,9	57,6
41 - 60	22	25,9	25,9	83,5
15 -20	14	16,4	16,4	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

Z celkového počtu 85 respondentů (100 %) bylo 14 respondentů (16,4 %) ve věku 15 – 20 let, ve věku 41-60 let bylo 22 respondentů (25,9 %), ve věku 21-40 bylo 22 respondentů (25,9 %) a ve věku 61 a více bylo 27 respondentů (31,8 %).

Tabulka 15 Spokojenost s informacemi od lékaře

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	70	82,3	82,3	82,4
Velmi dobře	13	15,3	15,3	97,6
Dobře	2	2,4	2,4	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Informoval Vás lékař dostatečně o Vaší nemoci a léčbě?“ Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 70 respondentů (82,3 %) oklasifikovala známkou výborně, 13 respondentů (15,3 %) známkou velmi dobře a 2 respondenti (2,4 %) klasifikovali známkou dobře.

Tabulka 16 Spokojenost s informacemi od lékaře o tom, jak se chovat po propuštění

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	68	80,0	80,0	80,0
Velmi dobře	15	17,6	17,6	97,6
Dobře	2	2,4	2,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Jak jste byl/a spokojen/a s informacemi získanými od lékaře o tom, jak se chovat po propuštění z nemocnice?“ Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 68 respondentů (80,0 %) oklasifikovalo známkou výborně, 15 respondentů (17,6 %) známkou velmi dobře a 2 respondenti (2 %) klasifikovali známkou dobře.

Tabulka 17 Dostatek času pohovořit s lékařem o své nemoci

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	58	68,2	68,2	68,2
Velmi dobře	20	23,5	23,5	91,8
Dobře	5	5,9	5,9	97,6
Dostatečně	1	1,2	1,2	98,8
Nedostatečně	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Měl/a jste dostatek času pohovořit si s lékařem podrobněji o svém onemocnění?“ Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 58 respondentů (68,2 %) oklasifikovalo známkou výborně, 20 respondentů (23,5 %) známkou velmi dobře, 5 respondentů (5,9 %) klasifikovali známkou dobře 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou dostatečně a 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou nedostatečně.

Tabulka 18 Pocit jistoty a důvěry při pobytu v nemocnici

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	76	89,4	89,4	89,4
Velmi dobře	7	8,2	8,2	97,6
Dobře	1	1,2	1,2	98,8
Dostatečně	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Jaký jste získal/a pocit jistoty a důvěry při pobytu v naší nemocnici?“. Celkem odpovídalo 85 respondentů (100%). 76 respondentů (89,4 %) oklasifikovalo známkou výborně, 7 respondentů (8,2 %) známkou velmi dobře a 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou dobře a 1 respondent (1,2 %) klasifikoval známkou dostatečnou.

Tabulka 19 Spokojenost s chováním a vystupováním sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	76	89,4	89,4	89,4
Velmi dobře	7	8,2	8,2	97,6
Dobře	1	1,2	1,2	98,8
Dostatečně	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Bylo jednání a vystupování sester vlídné a ochotné?“. Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 76 respondentů (89,4 %) oklasifikovalo známkou výborně, 7 respondentů (8,2 %) známkou

velmi dobře, 1 respondent (1,2 %) klasifikoval známkou dobře a 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou dostatečnou.

Tabulka 20 Spokojenost s informacemi o denním režimu oddělení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	61	71,8	71,8	71,8
Velmi dobře	20	23,5	23,5	95,3
Dobře	3	3,5	3,5	98,8
Nedostatečně	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se odpovědi na otázku. „Byl/a jste od sestry informován/a o denním režimu oddělení?“. Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 61 respondentů (71,8 %) oklasifikovalo známkou výborně, 20 respondentů (23,5 %) klasifikovalo známkou velmi dobře, 3 respondenti (3,5 %) klasifikovali známkou dobře a 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou nedostatečně.

Tabulka 21 Spokojenost s dodržováním nočního klidu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	71	83,5	83,5	83,5
Velmi dobře	13	15,3	15,3	98,8
Dobře	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se odpovědi na otázku „Byl na oddělení dodržován noční klid (mimo akutní příjmy), tzn. od 21,00 do 6,00 hodin?“

Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 71 respondentů (83,5 %) oklasifikovalo známkou výborně, 13 respondentů (15,3 %) hodnotilo známkou velmi dobře a 1 respondent (1 %) hodnotil známkou dobře.

Tabulka 22 Spokojenost se zájmem a porozuměním sester k obtížím a problémům pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	74	87,1	87,1	87,1
Velmi dobře	9	10,5	10,5	97,6
Dobře	1	1,2	1,2	98,8
Nedostatečně	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se odpovědi na otázku „Pociťoval/a jste zájem a porozumění sester k Vaším obtížím a problémům?“ Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 74 respondentů (87,1 %) oklasifikovalo známkou výborně, 9 respondentů (10,5 %) hodnotilo známkou velmi dobře, 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou dobře a 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou nedostatečně.

Tabulka 23 Spokojenost s chováním a vystupováním lékařů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	70	82,4	82,4	82,4
Velmi dobře	12	14,1	14,1	96,5
Dobře	3	3,5	3,5	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Bylo jednání a vystupování lékařů vlídné a ochotné?“ Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 70 respondentů (82,4 %) oklasifikovalo známkou výborně, 12 respondentů (14,1 %) hodnotilo známkou velmi dobře a 3 respondenti (3,5 %) hodnotili známkou dobře.

Tabulka 24 Spokojenost s celkovou péčí v nemocnici

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Výborně	73	85,9	85,9	85,9
Velmi dobře	11	12,9	12,9	98,8
Dobře	1	1,2	1,2	100,0
Celkem	85	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data týkající se otázky „Jak hodnotíte z Vašeho pohledu celkovou péči, která Vám byla poskytnuta?“ Celkem odpovídalo 85 respondentů (100 %). 73 respondentů (85,9 %) oklasifikovalo známkou výborně, 11 respondentů (12,9 %) známkou velmi dobře a 1 respondent (1,2 %) hodnotil známkou dobře.

4.5 Spokojenost sester s pracovními podmínkami

Tabulka 25 Vyhovující pracovní prostředí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Spíše ano	19	46,3	46,3	46,3
Ano	17	41,5	41,5	87,8
Těžko rozhodnout	3	7,3	7,3	95,1
Spíše ne	2	4,9	4,9	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující vyhovující pracovní prostředí. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Je pracovní prostředí, ve kterém pracujete vyhovující?“ byla „spíše ano“ volilo ji 19 respondentů (46,3 %), možnost „ano“ volilo 17 respondentů (41,5 %), „těžko rozhodnout“ volili 3 respondenti (7,3 %) a odpověď „spíše ne“ vybrali 2 respondenti (4,9 %). Odpověď „ne“ nezaškrtnul žádný respondent.

Tabulka 26 Směnný provoz

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ne	28	68,4	68,4	68,3
Spíše ne	11	26,8	26,8	95,1
Spíše ano	1	2,4	2,4	97,6
Těžko rozhodnout	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující potíže se směnným provozem. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Máte potíže se směnným provozem?“ byla „ne“ volilo ji 28 respondentů (68,4 %), možnost „spíše ne“ volilo 11 respondentů (26,8 %). Možnost „spíše ano“ a „těžko rozhodnout“ vybral 1 respondent (2,4 %). Kategorii „ano“ nevolil žádný z respondentů.

Tabulka 27 Psychická zátěž

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Spíše ne	11	26,8	26,8	27,5
Ano	9	22,0	22,0	50,0
Spíše ano	9	22,0	22,0	72,5
Ne	6	14,6	14,6	87,5
Těžko rozhodnout	5	14,6	14,6	100,0
Total	41	100	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující psychické vypětí. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Přináší Vám Vaše povolání psychické vypětí?“ byla „spíše ne“ volilo ji 11 respondentů (26,8 %), možnost „ano“ a

„spíše ano“ volilo 9 respondentů (22,0 %). Možnost „ne“ vybralo 6 respondentů (14,6 %) a odpověď „těžko rozhodnout“ vybralo 5 respondentů (14,6 %).

Tabulka 28 Fyzická námaha při práci

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Spíše ne	12	29,3	29,3	29,3
Spíše ano	10	24,4	24,4	53,7
Ne	10	24,4	24,4	78,0
Ano	7	17,1	17,1	95,1
Těžko rozhodnout	2	4,8	4,8	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující fyzickou námahu při práci. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Zatěžuje Vás fyzická námaha při práci?“ byla „spíše ne“ volilo ji 12 respondentů (29,3 %), možnost „spíše ano“ a „ne“ volilo 10 respondentů (24,4 %). Možnost „ano“ vybralo 7 respondentů (17,1 %) a odpověď „těžko rozhodnout“ vybrali 2 respondenti (4,8 %).

Tabulka 29 Ohrožení rizikem infekce na ortopedickém oddělení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	20	48,8	48,8	48,8
Spíše ne	11	26,8	26,8	75,6
Spíše ano	7	17,1	17,1	92,7
Těžko rozhodnout	2	4,9	4,9	97,6
Ne	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující ohrožení rizikem infekce na ortopedickém oddělení. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Jste ohrožena rizikem infekce na svém oddělení?“ byla „ano“ volilo ji 20 respondentů (48,8 %), možnost „spíše ne“ vybralo 11 respondentů (26,8 %), odpověď „spíše ano“ volilo 7 respondentů (17,1 %). Možnost „těžko rozhodnout“ vybrali 2 respondenti (4,9 %) a odpověď „ne“ vybral 1 respondent (2,4 %).

Tabulka 30 Dostatečná vybavenost oddělení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Spíše ano	20	48,8	48,8	48,8
Ne	10	24,4	24,4	73,2
Ano	5	12,2	12,2	85,4
Těžko rozhodnout	5	12,2	12,2	97,6
Spíše ne	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující dostatečnou vybavenost ortopedického oddělení. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Je prostředí, ve kterém pracujete dostatečně vybavené?“ byla „spíše ano“ volilo ji 20 respondentů (48,8 %), možnost „ne“ vybralo 10 respondentů (24,4 %), odpověď „ano“ a „těžko rozhodnout“ volilo 5 respondentů (12,2 %). Možnost „spíše ne“ uvedl 1 respondent (2,4 %).

Tabulka 31 Dobrý kolektiv na oddělení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	26	63,4	63,4	63,4
Spíše ano	12	29,3	29,3	92,7
Spíše ne	2	4,9	4,9	97,6
Těžko rozhodnout	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující dobrý kolektiv na oddělení. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Je na stanici, kde pracujete, dobrý kolektiv?“ byla „ano“ volilo ji 26 respondentů (63,4 %), možnost „spíše ano“ uvedlo 12 respondentů (29,3 %), odpověď „spíše ne“ volili 2 respondenti (4,9 %) a „těžko rozhodnout“ volil 1 respondent (2,4 %). U této otázky žádný z respondentů neuvedl možnost „ne“.

Tabulka 32 Vztahy mezi lékaři a sestrami

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Spíše ano	26	63,4	63,4	63,4
Ano	10	24,4	24,4	87,8
Těžko rozhodnout	2	4,9	4,9	92,7
Spíše ne	2	4,9	4,9	97,6
Ne	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující vztahy mezi lékaři a sestrami. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Jsou vztahy mezi sestrami a lékaři přátelské?“ byla „spíše ano“ volilo ji 26 respondentů (63,4 %), možnost „ano“ uvedlo 10 respondentů (24,4 %), odpověď „těžko rozhodnout“ a „spíše ne“ volili 2 respondenti (4,9 %) a odpověď „ne“ volil 1 respondent (2,4 %).

Tabulka 33 Spokojenost s finančním ohodnocením

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Těžko rozhodnout	15	36,6	36,6	36,6
Ne	9	22,0	22,0	58,5
Spíše ne	8	19,5	19,5	78,0
Spíše ano	5	12,2	12,2	90,2
Ano	4	9,8	9,8	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Jste spokojena s finančním ohodnocením své práce?“ byla „těžko rozhodnout“ volilo ji 15 respondentů

(36,6 %), možnost „ne“ uvedlo 9 respondentů (22,0 %), odpověď „spíše ne“ volilo 8 respondentů (19,5 %). Možnost „spíše ano“ volilo 5 respondentů (12,2 %) a odpověď „ano“ volili 4 respondenti (9,8 %).

Tabulka 34 Bezproblémová komunikace mezi Vámi a Vaší přímou nadřízenou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	24	58,5	58,5	58,5
Spíše ano	8	19,5	19,5	78,0
Těžko rozhodnout	6	14,6	14,6	92,7
Spíše ne	2	4,9	4,9	97,6
Ne	1	2,5	2,5	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující bezproblémovou komunikaci mezi Vámi a Vaší přímou nadřízenou. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Je komunikace mezi Vámi a Vaší přímou nadřízenou bezproblémová?“ byla „ano“ volilo ji 24 respondentů (58,5 %), možnost „spíše ano“ uvedlo 8 respondentů (19,5 %), odpověď „těžko rozhodnout“ volilo 6 respondentů (14,6 %). Možnost „spíše ne“ uvedli 2 respondenti (4,9 %) a odpověď „ne“ volil 1 respondent (2 %).

Tabulka 35 Pochvala od nadřízeného

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	19	46,3	46,3	46,3
Spíše ano	13	31,7	31,7	78,0
Spíše ne	4	9,8	9,8	87,8
Těžko rozhodnout	3	7,3	7,3	95,1
Ne	2	4,9	4,9	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující pochvalu od nadřízeného. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Jste chválena od nadřízeného za dobře odvedenou práci?“ byla „ano“ volilo ji 19 respondentů (46,3 %), možnost „spíše ano“ uvedlo 13 respondentů (32 %), odpověď „spíše ne“ volili 4 respondenti (9,8 %). Možnost „těžko rozhodnout“ uvedli 3 respondenti (7,3 %) a odpověď „ne“ volili 2 respondenti (4,9 %).

Tabulka 36 Spokojenost se staniční sestrou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	18	43,9	43,9	43,9
Těžko rozhodnout	10	24,4	24,4	68,3
Spíše ano	7	17,1	17,1	85,4
Spíše ne	4	9,8	9,8	95,1
Ne	2	4,8	4,8	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující spokojenost se staniční sestrou. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Je staniční sestra člověk na svém místě?“ byla „ano“ uvedlo ji 18 respondentů (43,9 %), možnost „těžko rozhodnout“ volilo 10 respondentů (24,4 %), odpověď „spíše ano“ volilo 7 respondentů (17,1 %). Možnost „spíše ne“ uvedli 4 respondenti (9,8 %) a odpověď „ne“ volili 2 respondenti (4,8 %).

Tabulka 37 Podpora od vrchní sestry v případě problému

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	22	53,7	53,7	53,7
Spíše ano	12	29,3	29,3	82,9
Ne	6	14,6	14,6	97,6
Těžko rozhodnout	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující podporu od vrchní sestry v případě problému. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na

otázku „Je vrchní sestra člověk, na kterého se můžete v případě problému obrátit?“ byla „ano“ uvedlo ji 22 respondentů (53,7 %), možnost „spíše ano“ volilo 12 respondentů (29,3 %), odpověď „ne“ uvedlo 6 respondentů (14,6 %). Možnost „těžko rozhodnout“ uvedl 1 respondent (2,4 %). U této otázky žádný z respondentů neuvedl možnost „spíše ne“.

Tabulka 38 Dobré podmínky pro vzdělání

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	20	48,8	48,8	48,8
Spíše ano	11	26,8	26,8	75,6
Těžko rozhodnout	5	12,2	12,2	87,8
Ne	5	12,2	12,2	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující dobré podmínky pro vzdělání. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Poskytují Vám vedoucí pracovníci dobré podmínky pro vzdělávání?“ byla „ano“ uvedlo ji 20 respondentů (48,8 %), možnost „spíše ano“ volilo 11 respondentů (26,8 %), odpověď „těžko rozhodnout“ a „ne“ uvedlo 5 respondentů (12,2 %). U této otázky žádný z respondentů neuvedl možnost „spíše ne“.

Tabulka 39 Spokojenost s profesí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	34	82,9	82,9	82,9
Spíše ano	5	12,2	12,2	95,1
Těžko rozhodnout	2	4,9	4,9	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující spokojenost s profesí. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Jste se svou profesí spokojena?“ byla „ano“ uvedlo ji 34 respondentů (82,9 %), možnost „spíše ano“ volilo 5 respondentů (12,2 %), odpověď „těžko rozhodnout“ uvedli 2 respondenti (4,9 %). U této otázky žádný z respondentů neuvedl možnost „spíše ne“ a „ne“.

Tabulka 40 Změna profese

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ne	16	39,0	39,0	39,0
Spíše ne	13	31,7	31,7	70,7
Ano	8	19,5	19,5	90,2
Spíše ano	2	4,9	4,9	95,1
Těžko rozhodnout	2	4,9	4,9	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující úvahu o změně profese. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Uvažovala jste někdy o jiném povolání?“ byla „ne“ uvedlo ji 16 respondentů (39,0 %), možnost „spíše ne“

volilo 13 respondentů (31,7 %), odpověď „ano“ uvedlo 8 respondentů (19,5 %).
Odpověď „spíše ano“ a „těžko rozhodnout“ vybrali 2 respondenti (4,9 %).

Tabulka 41 Spokojenost na ortopedickém oddělení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	30	73,2	73,2	73,2
Spíše ano	10	24,4	24,4	97,6
Těžko rozhodnout	1	2,4	2,4	100,0
Celkem	41	100,0	100,0	

V tabulce jsou statisticky zpracována data zobrazující spokojenost na ortopedickém oddělení. Celkem bylo 41 respondentů (100 %). Nejčastější odpověď na otázku „Jste na ortopedickém oddělení spokojena?“ byla „ano“ uvedlo ji 30 respondentů (73,2 %), možnost „spíše ano“ volilo 10 respondentů (24,4 %), odpověď „těžko rozhodnout“ uvedl 1 respondent (2,4 %). U této otázky žádný respondent neuvedl možnosti „spíše ne“ a „ne“.

5 DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na kvalitu ošetrovatelské péče na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., kde pracuji jako vrchní sestra. Výzkumné šetření jsem mohla provádět za podpory primáře oddělení a svých spolupracovníků. Na počátku výzkumného šetření jsem pracovníky oddělení seznámila s mým záměrem a požádala je o spolupráci. Na jednotlivých stanicích jsem si stanovila vybrané indikátory kvality a zahájila výzkum. V současné době kvalita ošetrovatelské péče, audity, akreditace jsou témata velice diskutovaná a právě proto jsem zvolila zmapování úrovně kvality ošetrovatelské péče na svém oddělení jako téma pro svou diplomovou práci. V rámci přípravy nemocnice na akreditaci mohou navíc některé výsledky výzkumného šetření přinést zajímavé poznatky.

5.1 Diskuze k výsledkům auditů na operačních sálech

Práce sester na operačním sále je rozmanitá a náročná. Do velké části jejich pracovní náplně spadají činnosti, jako je dodržování zásad hygienického režimu, dekontaminace operačních nástrojů a jejich ošetření, sterilizace použitých nástrojů, úklid použitého prádla, důsledný úklid sálu a dezinfekce všech povrchů. Zcela neopominutelnou činností je hygienické zabezpečení rukou, což je především na operačních sálech důležitý ukazatel dodržování zásad bariérové péče. Stanovili jsme si hypotézu 1 „*Ošetrovatelský personál dodržuje hygienický režim na operačních sálech ortopedického oddělení*“. Dodržování zásad hygienického režimu na operačních sálech jsem si ověřila auditem. Auditem „*Dodržování hygienického režimu na operačních sálech*“ prošlo celkem osm sester operačních sálů. Překvapivé bylo zjištění, že polovina sester operačních sálů nedokázala vyjmenovat jednotlivé standardy související s hygienickým režimem operačních sálů. Největší problém dělala sestrám odpověď na otázku „*Jak dlouho se archivuje sterilizační deník?*“ (Graf 1). Myslím, že jde o důsledek podcenění poctivého prostudování standardů ošetrovatelské péče.

Dále výzkumné šetření pokračovalo provedením auditu „*Dodržování hygienického režimu*“ celkem u šesti sanitářů a sanitárek a dvou pracovníků úklidu. U

sanitářů a sanitárek bylo zarážející, že i když pouze jeden z nich, přesto mě zarazilo, že neznal odpověď na otázku „Co je povinností pracovníka manipulujícího s použitým prádlem?“. V dalších odpovědích se chyby vyskytly ve třech případech. (Graf 2). Pracovnice úklidu v jednom případě odpověděla nesprávně na otázku „Jak často měníte dezinfekční prostředky na sále?“ a další chybná odpověď byla na otázku „Jak se provádí dezinfekce sálové obuvi?“ (Graf 3). Z výsledků je patrné, že školení pracovníků na operačních sálech nelze podceňovat, protože i oni jsou součástí operačního kolektivu a vědomosti o povinnostech pracovníka manipulujícího s použitým prádlem a znalost o frekvenci výměny dezinfekčních prostředků jsou zcela zásadní.

Metodou pozorování byla u všech pracovníků operačního sálu hodnocena kritéria dodržování správného postupu při vstupu na operační sál, používání ochranných pomůcek, nošení šperků. Výsledná zjištění jsou velmi potěšující. Všichni pracovníci tyto požadavky dodržují na 100 %. Na ortopedickém sále je aseptické prostředí nutností, protože jde o zvláště aseptické pracoviště. Podmínky pro provoz takového charakteru upravuje Vyhláška 195/2005 Sb., v platném znění o vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. V souladu s touto vyhláškou je nutné postupovat. Je nutné dodržovat řadu hygienických opatření, kterými lze pozitivně ovlivnit počet infekčních komplikací operačních ran. Záleží především na osobní zodpovědnosti každého kompetentního pracovníka, přístupu a hygienicky uvědoměném chování všech, kteří se na operačních sálech pohybují a pracují. Úspěšnost auditu „Dodržování hygienického režimu na operačních sálech“ byla potvrzena 76 % ve prospěch dodržování zásad hygienického režimu. Hypotéza „*Ošetrovatelský personál dodržuje hygienický režim na operačních sálech ortopedického oddělení*“ byla potvrzena.

5.2 Diskuze k výsledkům auditu na stanici JIP

Většina pacientů po náhradách kolenních kloubů, což je výkonem na ortopedickém oddělení zcela běžným, má zaveden epidurální katétr z důvodu kontinuálního podávání analgetik pro tlumení pooperační bolesti. Dalším důvodem pro zavedení epidurálního katétru je lepší zvládnutí pooperační rehabilitace. Pokusy

o vytvoření informačních letáků pro sestry vztahující se k péči o nemocného s epidurálním katétre jsou jistě vhodné, ale pokud chceme hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče podle současných a aktuálních norem, je nutné postupovat podle standardů ošetrovatelské péče. Tato skutečnost byla důvodem k vytvoření standardu „*Péče o nemocného s epidurálním katétre*“ a příslušného auditu, aby byla ověřitelná kvalita poskytované ošetrovatelské péče o pacienta s epidurálním katétre.

Pojem „standard“ podle Donabediana znamená „určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče (str. 31, 19)“. Na ošetrovatelský standard jako zpětná vazba navazuje příslušný audit, jak ve své publikaci uvádí Škrála. Audity patří k nejefektivnějším nástrojům programu neustálého zvyšování kvality. Standard ošetrovatelské péče „*Péče o pacienta s epidurálním katétre*“ byl na stanici JIP zaveden v listopadu 2009, audit byl proveden v únoru 2010. Stanovili jsme hypotézu 2 „*Sestry na jednotce intenzivní péče postupují při péči o epidurální katétre správným způsobem*“. Auditem prošlo celkem 12 sester stanice JIP (Graf 4). Úroveň ošetrovatelské péče o pacienta s epidurálním katétre byla hodnocena dle odpovědí sester a byla rozdělena do čtyř kategorií. 100% - 90% výborná péče, 89% - 80% vyhovující péče a 79% - 70% nekomplexní péče, méně než 69% nevyhovující péče (Graf 5). Potěšujícím zjištěním bylo, že žádná sestra nedosáhla výsledku nevyhovující péče, avšak tři z dotazovaných sester splnily kritéria pro poskytování nekomplexní péče. Rezervy je možné nalézt pouze v opakovaném provádění auditů, aby bylo dosaženo nápravy. Dalším způsobem, jak zkvalitnit péči o pacienty se zavedeným epidurálním katétre je, domnívám se, pořádání seminářů pro sestry, vztahujících se k této problematice.

Z výsledků dále vyplynulo, že největší problém sestrám dělala odpověď na otázku „Víš sestra, kdy se nejdříve smí odstranit epidurální katétre?“ Na tuto otázku odpovědělo chybně 5 dotazovaných sester (42 %). Domnívám se, že jejich nevědomost pramení z toho, že odstranění epidurálního katétre provádí lékař, tudíž sestry nevěnují této problematice zásadní význam. Celková úspěšnost správných odpovědí byla 85%. Výsledek auditu potvrzuje hypotézu 2 „*Sestry na jednotce intenzivní péče postupují při péči o epidurální katétre správným způsobem*.“

5.3 Diskuze k výsledkům testu specifik ošetrovatelské péče

Jako kritérium kvality na standardních jednotkách byl zvolen test specifik ošetrovatelské péče. Test byl určen sestřám v procesu plánu zapracování a sestřám do pěti let praxe pracujících na ortopedickém oddělení. Na začátku výzkumu byla stanovena hypotéza 3 „*Sestry na standardních jednotkách ortopedického oddělení znají specifika ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení*“. Výzkumným šetřením prošlo celkem 11 sester, které odpovídaly na 21 otázek souvisejících s problematikou specifik ošetrovatelské péče na ortopedických ošetrovacích jednotkách. Podkladem pro vytvoření testu byl Plán zapracování sester a jeho speciální část věnovaná specifikům ošetrovatelské péče daného oddělení. Po nástupu do pracovního poměru sestra v průběhu tří let aktivně pracuje s plánem zapracování. Je jí určena školitelka, která sestře pomáhá dosáhnout všech cílů, jež je potřeba zvládnout v průběhu těchto let. Je neoddiskutovatelné, že vzdělávání sester je důležitou nutností v rámci celoživotního vzdělávání. Definici celoživotního vzdělávání stanovuje i zákon č. 96 /2004Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů.

Při vyplňování otázek v testu byly sestry upozorněny na to, že pouze jedna odpověď v testu je správná. Výsledky testu byly poměrně překvapivé. Nejvíce sestry chybovaly v otázce č. 12 „*Ultrazvukové vyšetření u dětí se provádí nejdříve ve třech týdnech*.“ Domnívám se, že neznalost odpovědi na tuto otázku souvisí s problematikou nedostatečných znalostí o dětské ortopedii. Děti s ortopedickým onemocněním jsou sice hospitalizovány na dětské klinice, ale v souvislosti s plánem zapracování by se měly sestry na ortopedii s touto problematikou seznámit. Myslím, že více odborných seminářů a exkurze na dětském oddělení pro nově nastoupivší sestry přispějí k rozšíření vědomostí o dané problematice.

Další nejčastěji chybnou odpovědí byla odpověď na otázku č. 14 „*Sádra se namáčí do studené vody*“. Neznalost teploty vody při přípravě sádrového obvazu považuji za hrubý nedostatek u každé sestry pracující na ortopedickém oddělení. Jaká jiná oddělení, vyjma ortopedie a traumatologie, používají při své práci sádrové obvazy?

Sestra z ortopedického oddělení by měla být takovou odbornicí, že by měla umět poradit sestřám z jiných oddělení, jak sádrový obvaz přiložit. Celková úspěšnost odpovědí bylo 86% ve prospěch správných odpovědí, u 7 sester byla úspěšnost odpovědí dokonce 90-95% (Graf 6, 7). Na základě výše uvedených výsledků lze vyslovit závěr, že hypotéza 3 „*Sestry na standardních jednotkách ortopedického oddělení znají specifika ošetrovatelské péče o pacienta na ortopedickém oddělení*“ byla potvrzena.

5.4 Diskuze k optimálnímu počtu ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení

Stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu a kvalifikačního zastoupení na standardním ortopedickém oddělení bylo vypočítáno dle Vyhlášky MZ 493/ 2005 Sb., v platném znění a dle metodického pokynu Karly a Otakara Pochylých (2008). Na začátku byla stanovena hypotéza 4 „*Na standardních jednotkách ortopedického oddělení pracuje optimální počet ošetrovatelského personálu*“ Z výsledků vyplynulo, že reálný počet pracovníků v kategorii ZPBD se specializací, ZPBD, ZPBOD, včetně staničních sester převyšuje počty pracovníků doporučené jak vyhláškou, tak metodickým pokynem, avšak v kategorii ZPOD bez maturity byl naopak zjištěn počet pracovníků pod hranicí doporučeného počtu personálu. Reálný počet personálu byl však celkově vyšší, než je doporučeno ve jmenovaných dokumentech.

Výsledná zjištění vyznívají pro ortopedické oddělení sice příznivě, avšak v praxi počet 16 sester oproti 10,60 doporučovaných vyhláškou a 11,54 doporučovaných Pochylými, se nejeví nikterak nadhodnocený. Z tohoto důvodu se domnívám, že doporučované počty personálu jsou velmi přísné a to i vzhledem k poměrně nízkému doporučenému počtu pracovníků v kategorii zdravotnický pracovník bez maturity.

Další výzkum byl zaměřen na celkovou pracovní dobu ošetrovatelského personálu (dále CPDO) na standardních jednotkách ortopedického oddělení za 24 hodin (1 den). Výsledky byly stanoveny na základě výpočtu doporučeného Vyhláškou MZ 493/2005 Sb. a metodickým pokynem Karly a Otakara Pochylých (2008). Výsledná zjištění CPDO byla rovněž v souladu s výsledky týkajícími se stanovení optimálního

počtu ošetrovatelského personálu a kvalifikačního zastoupení na standardní jednotce. Dle vyhlášky jsme došli k výsledku 54 hodin/24 hod, dle metodického pokynu Pochylých bylo zjištěno 65hodin/24 hod. Na základě shora uvedených výsledků lze konstatovat, že hypotéza 4 „*Na standardních jednotkách ortopedického oddělení pracuje optimální počet ošetrovatelského personálu*“ byla potvrzena.

5.5 Diskuze k výsledkům spokojenosti pacientů

Většina nemocnic v posledních letech vyhodnocuje ankety spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí.. Možnosti, jak jejich spokojenost sledovat je několik. Například Škrála (2003) popisuje metodu „focus groups“, jak vhodně formulované dotazníky na rozdíl od cílených rozhovorů napomáhají získat převážně kvantitativní data. Cílem sledování však není jen poukázat na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, ale také na nedostatky, které by nás měly motivovat, aby spokojenějších pacientů přibývalo.

5.5.1 Diskuze k výsledkům spokojenosti pacientů s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení

Výsledná data ke spokojenosti pacientů s poskytnutými službami byla získána pomocí ankety. Výzkumným šetřením prošlo celkem 160 pacientů, kteří byli ošetřeni na ortopedické ambulanci. Na začátku jsme si stanovili hypotézu 5 „*Pacienti jsou spokojeni s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení*“ Největší zastoupení pacientů bylo ve věkové hranici 41-60 let. Celkem se jich zúčastnilo 66 (41,2 %) pacientů. Věková hranice 21-40 byla zastoupena 48 pacienty (30,0 %), pacientů ve věkové hranici 15-20 let se zúčastnilo 16 (10,0 %) [Tabulka 4]. Věková hranice pacientů s onemocněním pohybového aparátu se neustále snižuje a stále přibývá větší počet mladších pacientů. Zde je vhodné připomenout, že onemocnění pohybového aparátu jsou onemocnění řadící se mezi civilizační choroby. Způsobují lidem nejen potíže zdravotní, ale i sociální a ekonomické. Statisticky jsme testovali vliv věku na četnost návštěv na ortopedické ambulanci. Na základě statistického výpočtu dle Pearsonova testu – chí kvadrát jsme neprokázali statisticky významný vliv věku a četnosti návštěv na ortopedické ambulanci ($p=0,286$) [Kontingenční tabulka 2, Chi-

Square Tests 2]. Dále byla testována celková spokojenost pacientů s ambulantními službami v závislosti na první či opakované návštěvě ambulance [Kontingenční tabulka 1]. Na základě statistického výpočtu dle Pearsonova testu – chí kvadrát (Chi-Square Tests 1) nebyl prokázán statisticky významný vliv celkové spokojenosti na první či opakované návštěvě ortopedické ambulance ($p=0,281$).

Dodržování času objednání je úskalím všech odborných ambulancí, což ukazují i výsledky našeho výzkumného šetření. Zarážející je fakt, že jen u poloviny 79 dotazovaných respondentů (49,5 %) byl čas objednání dodržen (Tabulka 8). Určitě z tohoto zjištění plyne otázka k zamyšlení, co můžeme udělat jinak, abychom se tomuto problému vyvarovali?. Myslím, že nárůst pacientů v odborných ambulancích je mimo jiné i částečně způsoben nevědomostí praktických lékařů, a sice že mohou pacienty posílat i k jiným odborným specialistům na polikliniky a do soukromých ambulancí. Možná větší informovanost praktických lékařů po linii lékařské by stála za úvahu. V případě, že pacient přišel bez objednání, samozřejmě i takové případy se v praxi vyskytují, byla čekací doba na ošetření u 68 dotazovaných respondentů (42,5 %) 50 min a více.(Tabulka 9). Vzhledem k předchozímu rozboru bylo žádoucí najít řešení uvedeného stavu. Abychom předešli případným stížnostem, zřídili jsme pro takové případy urgentní ambulanci, což se velmi osvědčilo. Urgentní ambulance byla zřízena až po vyhodnocení výzkumného šetření. V dalších oblastech spokojenosti s chováním sester, respektováním soukromí a spokojeností s celkovými službami převažovaly téměř ve všech dotazovaných oblastech kladné odpovědi svědčící pro spokojenost pacientů se službami na ortopedické ambulanci (Tabulka 10, 11, 12). Na základě výsledků výzkumného šetření byla hypotéza 5. „*Pacienti jsou spokojeni s poskytnutými službami na ambulanci ortopedického oddělení*“ potvrzena.

5.5.2 Diskuze k výsledkům spokojenosti hospitalizovaných pacientů

Po dohodě s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči jsme mohli použít k vyhodnocení spokojenosti hospitalizovaných pacientů data z ankety spokojenosti s ošetrovatelskou péčí, která je realizovaná vedením nemocnice České Budějovice , a.s. Anketa probíhá na všech odděleních nemocnice v průběhu celého roku a je zpracována

ve standardu č. 050 „Kvalita poskytované péče z pohledu pacienta“. Údaje, které jsou v diplomové práci zpracovány, jsou získané z roku 2009. Stanovili jsme hypotézu 6 „*Hospitalizovaní pacienti jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.*“ Výsledky byly hodnoceny na základě škály školní stupnice, kde 1 znamená výborně a 5 nedostatečně. Odpovědi respondenti nejčastěji klasifikovali známkou výborně. Nejvíce byla zastoupena klasifikace známkou výborně v odpovědi na pocit jistoty a důvěry při pobytu v nemocnici celkem ji uvedlo 76 respondentů (89,4 %) [Tabulka 18], což jistě svědčí o vysoké úrovni poskytované péče. Pro image ortopedického oddělení jde určitě o pozitivní fakt, který může samozřejmě i motivovat pracovníky. Je dokázáno, že v pracovním procesu se motivace komplexně projevuje na vztahu člověka k práci. Grohar uvádí, že k nejsložitějším interakčním faktorům ovlivňujícím výkon lidí v pracovním prostředí patří motivace. Spokojenost s chováním a vystupováním sester byla další odpovědí, ve které bylo vysoké zastoupení známky výborně. Celkem 76 respondentů (89,4 %) [Tabulka 19]. Další vysoký počet respondentů klasifikovalo známkou výborně 74 (87,1 %) [Tabulka 22] v odpovědi na dotaz spokojenosti se zájmem a porozuměním sester k jeho obtížím a problémům. Ze získaných výsledků je patrné, že největší počet respondentů klasifikovalo známkou výborně v oblasti spokojenosti s chováním a vystupováním sester. Potěšující a důležitý fakt pro sestru manažerku. Sestry jsou schopny podat neuvěřitelné výkony uvádí Škrta pokud na oddělení vládne pozitivní prostředí a motivační vůdcovství.

Pozastavila bych se u problematiky, která je stěžejní pro zajištění spokojenosti pacientů na oddělení a kde spatřuji určité rezervy. Jedná se zejména o dostatek času pohovořit s lékařem o své nemoci. Tuto otázku celkem 20 dotazovaných respondentů (23,5 %) klasifikovalo známkou velmi dobře a 5 dotazovaných respondentů (5,9 %) známkou dobře (Tabulka 17). Čas je jistě velký nepřítel nás všech, ale pacient má právo dozvědět se o svém zdravotním stavu maximum a v takové časové dotaci, aby měl prostor na dotazy a měl čas pochopit vše, co se jeho zdravotního stavu týká. Proto patří k povinnostem lékaře udělat si na pacienta čas a případné dotazy pacientovi zodpovědět. V této oblasti jsou rezervy pro případné zlepšení spokojenosti pacientů zcela jistě značné.

V souvislosti s otázkou spokojenosti s informacemi poskytovanými o denním režimu můžeme konstatovat, že v této problematice existují také určité rezervy. U této otázky 20 dotazovaných respondentů (23,5 %) hodnotilo známkou velmi dobře a 3 dotazovaní respondenti (3,5 %) hodnotili známkou dobře. 1 dotazovaný respondent (1,2 %) klasifikoval známkou nedostatečně (Tabulka 20). Příčinu takového hodnocení spatřuji možná v nesrozumitelném vysvětlení o denním režimu. Pacienti na ortopedickém oddělení mají informace o denním režimu umístěny na pokojích v písemné podobě. Při příjmu by měla sestra pacienta s touto skutečností seznámit a vysvětlit, popřípadě zodpovědět jeho případné dotazy. Z vyhodnocených výsledků vyplývá, že hypotéza 6 „*Hospitalizovaní pacienti jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.*“ byla potvrzena. Dotazovaní respondenti klasifikovali známkou výborně v 80 % otázek, což svědčí pro spokojenost pacientů.

5.6 Diskuze k výsledkům spokojenosti ošetrovatelského personálu s pracovními podmínkami

Data ke spokojenosti sester s pracovními podmínkami jsem získala pomocí dotazníku, který byl určen pro sestry ortopedického oddělení. Byla stanovena hypotéza 7 „*Ošetrovatelský personál je spokojen s pracovními podmínkami*“. Dotazník byl rozčleněn do tří oblastí. K první oblasti se vztahovaly otázky pracovního prostředí. Na otázku, zda je pro sestry pracovní prostředí vyhovující odpovědělo (85,3 %) sester „spíše ano“ a „ano“ (Tabulka 25). To svědčí o značné spokojenosti sester s prostředím, ve kterém pracují, což je velice důležitý ukazatel vlivu na kvalitně odvedenou práci. Pokud sestra nepracuje ve vyrovnaném klidném prostředí, v příjemném kolektivu, pracuje-li pod nátlakem, ve stresu, její výkonnost práce klesá. Tento názor je podporován i tvrzením autorů Petra a Magdy Škrlových, kteří uvádějí, že způsob, jakým se na oddělení pracuje, je soubor postojů, hodnot a přesvědčení, které utváří chování sester.

Na otázku, zda mají sestry problémy se směnným provozem odpověděla více než polovina sester „ne“ (68,3 %) [Tabulka 26]. Lze předpokládat, že více sester preferuje směnný provoz, právě kvůli možnosti využití více volného času, například

v dopoledních hodinách. je rovněž psychická a fyzická zátěž sester. Zajímá nás názor na často diskutovanou problematiku psychické a fyzické zátěže sester. Na otázku psychického vypětí byla nejčastější odpověď „spíše ne“, uvedlo ji celkem 11 dotazovaných sester (26,8 %) [Tabulka 27]. Stejně tomu tak bylo v odpovědích na otázku fyzické námahy, kdy opět nejčastěji zazněla odpověď „spíše ne“ u 12 dotazovaných sester (29,3%) [Tabulka 28]. Ze zjištěných odpovědí lze usuzovat, že psychické a fyzické vypětí sestry na ortopedickém oddělení nevnímají jako nadměrně zatěžující, Závisí samozřejmě na mnoha faktorech, především na druhu oddělení, na kterém pracují, ale i na osobnostních předpokladech sestry, které mají vliv na psychiku, Vliv psychiky má jasný a prokázaný vliv i na syndrom vyhoření sester. Téma profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků je stále aktuálním a často diskutovaným tématem v české i zahraniční literatuře. Postihuje především ty, kteří pracují v úzkém kontaktu s lidmi, s nimiž navazují jakýsi emoční vztah, což práce zdravotní sestry je.

Otázka, zda se sestry cítí být ohroženy rizikem infekce na ortopedickém oddělení přinesla tyto závěry. Celkem 20 dotazovaných sester (48,8 %) [Tabulka 29] odpovědělo „ano“. Je dobře, že si sestry tuto skutečnost uvědomují, což vede k závěru, že se budou a chtějí ve všech směrech co nejvíce chránit. To znamená dodržovat všechny zásady bariérové ošetrovatelské péče a používání ochranných zdravotnických pomůcek.

Oblast otázek spokojenosti sester s pracovními podmínkami nás zavedla k organizační kultuře ortopedického oddělení. Dobré vztahy na pracovišti, komunikace se svými nadřízenými, pochvaly od svých nadřízených jsou témata, kterých se dotýkaly jednotlivé otázky. Ve všech těchto otázkách byla jednoznačně zastoupena odpověď „ano“. Práce sester je založena na týmové práci a nejbližšími spolupracovníky sester jsou určitě lékaři. Význam a podstatu týmové práce vysvětlují Petra a Magda Škrlovi ve své knize (2003). Týmová atmosféra a týmový přístup jsou jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče na oddělení. Práce sester je daleko úspěšnější a efektivnější, jestliže pracují společně jako tým.

Finanční ohodnocení patří k jednomu z důležitých prvků motivace. A proto nás zajímá názor sester na spokojenost s finančním ohodnocením. Výsledky byly

překvapující z toho důvodu, že 15 dotazovaných sester (36,6 %) [Tabulka 33] označilo odpověď „těžko rozhodnout“, čímž není jednoznačně řečeno, zda jsou spokojeny nebo nejsou spokojeny. Předpokládám, že tyto výsledky vyplývají z věkové různorodosti výzkumného souboru. Finanční ohodnocení sester s dlouholetou praxí se významně liší od sester absolventek. Výše finančního ohodnocení je jasně daná mzdovým předpisem nemocnice. Potěšujícím faktem je narůstající počet sester spokojených s finančním ohodnocením, 5 dotazovaných sester (12,2 %) uvedlo odpověď „ano“ a 4 dotazované sestry (9,8 %) uvedly odpověď „spíše ano“. Pokud budou sestry spokojené s finančním ohodnocením, budou i motivované, což se může projevit v oblasti kvality poskytované ošetrovatelské péče. Sestry měly prostor se samostatně vyjádřit a právě v této části diskuze považuji za důležité zmínit nejčastější připomínky sester. Připomínky se týkaly chování sanitářů a přebírání některých povinností za lékaře například provádění převazů. Nabízí se otázka, jak situaci řešit? Z pohledu vrchní sestry si myslím, že je nutné zamyslet se nad organizací práce na této stanici, protože bylo zjevné, že tyto připomínky napsaly sestry ze stejné stanice. Je důležité znovu zmínit roli staniční sestry, která by měla klima na stanici uklidňovat. Měla by mít dostatek, trpělivosti, ochoty vše s personálem probrat a řešit. Měla by být loajální vůči svým nadřízeným. Charakteristika manažerské práce, jak se uvádí v různých publikacích je závislá na manažerských dovednostech. A rozdíly mezi jednotlivými manažery jsou do jisté míry dány i osobností manažera, nejen jeho dovednostmi. Co má však u dobrého manažera ošetrovatelství převládat? Na tuto otázku se snaží odpovědět celá řada odborníků a to hlavně z toho důvodu, že míra úspěchu jednotlivých oddělení je závislá právě na osobnosti manažera.

Třetí zkoumaná oblast se vztahovala k celkové spokojenosti sester se svou profesí, zda uvažovaly o změně profese a zda jsou spokojené na ortopedickém oddělení. Odpovědi vztahující se ke spokojenosti s profesí sestry uvedlo 34 dotazovaných sester (82,9 %) [Tabulka 39] odpověď „ano“. Na otázku uvažovala-li sestra o změně profese odpovědělo 16 dotazovaných sester (39,0 %) „ne“ a 13 dotazovaných sester (31,7 %) [Tabulka 40] odpovědělo „spíše ne“. Z výsledků je patrné, že nadpoloviční většina sester neuvažovala o změně povolání. Myslím, že je to velice důležité zjištění, které

dává naději, že ještě stále je povolání sester prestižní a že sestry mají svou hrdost. Je potřeba, aby sestry o sobě smýšlely pozitivně, jak uvádí Škrla (2003), protože zdravá sebedůvěra a touha po profesionální image patří k základním podmínkám pozitivních změn. Pokud sestra věří ve svou profesi a vnímá sebe sama pozitivně potom její přístup k pacientům a k lidem vůbec může být také jen pozitivní. Svou spokojenost s prací na ortopedickém oddělení potvrdilo celkem 30 dotazovaných sester (73,2 %) [Tabulka 41], které volily odpověď „ano“. Myslím, že výše uvedené výsledky jsou dostatečně vypovídající o skutečnosti, že sestry na ortopedickém oddělení jsou spokojené. Navíc je toto zjištění velmi potěšující. pro mě jako vedoucího pracovníka i pro primáře oddělení. V kolektivu, kde převládá spokojenost pracovníků, je předpoklad i kvalitně odvedené práce. Myslím, že každé vedení oddělení nemocnice je potěšeno, když její tým odvádí kvalitní práci. Jejím důkazem je nejen spokojený pacient, ale i personál. Na základě výsledků výzkumu, kdy ve všech oblastech týkajících se pracovních podmínek sester převládala jejich spokojenost, lze hypotézu 7 „ *Ošetrovatelský personál je spokojen s pracovními podmínkami*“ potvrdit.

6 ZÁVĚR

Základním požadavkem současného ošetrovatelství je kvalitní ošetrovatelská péče, která vychází z individuálních potřeb každého pacienta a je založena na holistickém přístupu k pacientovi i jeho rodině. Kritéria, podle nichž je kvalita péče posuzována, jsou různá a záleží na tom, kdo hodnocení poskytované péče provádí. Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapování kvality ošetrovatelské péče na Ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Na základě hlavního výzkumného záměru jsme si stanovili následující cíle: vyhodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na základě vybraných indikátorů kvality na jednotlivých stanicích ortopedického oddělení, stanovit optimální počet ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách ortopedického oddělení na základě doporučení ČAS, vyhodnotit spokojenost ambulantních pacientů s poskytnutými službami na ambulanci, vyhodnotit spokojenost hospitalizovaných pacientů s ošetrovatelskou péčí na ortopedickém oddělení a vyhodnotit spokojenost sester s pracovními podmínkami. V souladu s těmito cíli jsme si stanovili sedm hypotéz. První hypotéza: Ošetrovatelský personál dodržuje hygienický režim na operačních sálech ortopedického oddělení. Tato hypotéza se nám potvrdila. Ošetrovatelský personál pracující na operačních sálech dodržuje zásady hygienického režimu v souladu se standardy ošetrovatelské péče. Druhá hypotéza zněla: Sestry na jednotce intenzivní péče postupují při péči o epidurální katétr správným způsobem. Na základě stanovení této hypotézy jsme si nejprve vytvořili standard ošetrovatelské péče o nemocného s epidurálním katétre a provedli audit. Na základě výsledků auditu jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče jsme hypotézu potvrdili. Třetí hypotéza byla stanovena na základě předpokladu: Sestry na standardních jednotkách ortopedického oddělení znají specifika ošetrovatelské péče o ortopedického pacienta. Tato hypotéza byla potvrzena, z výzkumného šetření vyplývá, že nadpoloviční většina sester zná specifika ošetrovatelské péče na ortopedii. V případě čtvrté hypotézy jsme předpokládali, že na standardních jednotkách ortopedického oddělení pracuje optimální počet ošetrovatelského personálu. Na základě výpočtu pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu jsme hypotézu potvrdili. Pátá hypotéza vycházela z předpokladu spokojenosti pacientů s poskytnutými

službami na ambulanci ortopedického oddělení. Tuto hypotézu jsme též potvrdili, jelikož nadpoloviční většina respondentů vyslovila spokojenost se službami poskytnutými na ortopedické ambulanci. Šestá hypotéza souvisela se spokojeností hospitalizovaných pacientů s ošetrovatelskou péčí. Hypotéza byla potvrzena, nadpoloviční většina respondentů vyhodnotila spokojenost ve sledovaných oblastech jako velmi dobrou. Poslední hypotézu jsme zaměřili na spokojenost sester s pracovními podmínkami. Hypotéza se nám potvrdila, v nadpoloviční většině jsou sestry s pracovními podmínkami spokojeny.

Výsledky získané tímto výzkumným šetřením mohou být využity v rámci přípravy nemocnice na akreditaci. S výsledky bude seznámen primář oddělení, který by měl být informován o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče na vlastním oddělení. Zjištěná skutečnost svědčí o dobré kvalitě poskytované ošetrovatelské péče a to je jistě pro vedoucího pracovníka potěšující fakt. Doporučením pro ostatní vedoucí pracovníky je na základě průběžných kontrol kvality ošetrovatelské péče provádět nápravná opatření a okamžitě řešit vzniklé problémy k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Stanovit jasné kompetence a odpovědnosti a směřovat ošetrovatelský personál k vlastní odpovědnosti, k hospodaření, k šetrnému zacházení s majetkem na svých odděleních. Efektivně plánovat rozvoj ošetrovatelství, pravidelně sledovat hospodaření jednotlivých stanic, úzce spolupracovat s ostatními odděleními. Je třeba změnit přístup k pacientovi, dbát na dobré jméno nemocnice a oddělení. Zaměřit se na příjemné prostředí pro pacienta, ale i pro zaměstnance. Především bych doporučila zapojit všechny pracovníky do zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality. První krůčky už máme za sebou, ale je třeba neustále pokračovat a vyvíjet snahu o zapojení všech pracovníků na každém pracovišti nemocnice. S danými výsledky a svým doporučením bych ráda seznámila hlavní sestru nemocnice a tým pro kvalitu péče. Součástí diplomové práce je vytvořený Standard ošetrovatelské péče o nemocného s epidurálním katétre, který bude předložen hlavní sestře k využití pro poskytování ošetrovatelské péče pacientům v českobudějovické nemocnici.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro sestry*. 1. Brno : NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
5. BÁRTLOVÁ, S. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 4, 166-169 s. ISSN 1213-6050.
6. BRABCOVÁ, I. Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In: *Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 48 – 51 s. ISBN 978-80-7040-992-3.
7. BUBÍNKOVÁ, H. Názor sester na registraci. In: *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 10, 19-20 s. ISSN 1210-0404.
8. ČECH, O. *Historie československé, české slovenské ortopedie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 179 s. ISBN 80-7262-629-8.
9. *Česká asociace sester* [online]. 2008, 2008 [cit. 2010-04-14]. Dostupné z WWW: <cnna.cz>.
10. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
11. ČIHÁK, R. *Anatomie 1,2* upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 497 s. ISBN 80-7169-970-5.
12. DONNELLY, J. H., GIBSON, J. L., IVANCEVICH, J. M. *Management*. Praha: Grada, 1997. 824 s. ISBN 80-716 –422-3.
13. DUNGL, P. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-05508.

14. EGGERT, M. *Motivace – Management do kapsy 3*. Praha: Portál, 2005. 102 s. ISBN 80-7367-010-0.
15. EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
16. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
17. FILKA, J. Akreditace pracovišť Nemocnice České Budějovice, a.s. In: *Akreditace nemocnice. Sborník přednášek II. Jihočeské konference nelékařských zdravotnických pracovníků*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2009. 119 – 123 s. ISBN 978-80-354-54 16-9.
18. GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
19. GLADKIJ, I. et al. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
20. GROHAR – MURRAY, M. E., DiCRORE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Přel. J. Heřmanová, V. Topilová. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80 – 247 – 0267 – 3.
21. HNÍZDIL, J., ŠAVLÍK, J., BERÁNKOVÁ, B., TÝKALOVÁ, J. *Artróza v psychosomatickém přístupu – artróza kyčelního kloubu*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 47 s. ISBN 80-7254-913-8.
22. CHOVANEC, K. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti*. Praha: Galén, 2004. 267 s. ISBN 80-7262-285-4.
23. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
24. KAREŠ, J. DRLÍKOVÁ, M. BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
25. KLUSOŇOVÁ, E. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: 2000. 103 s. ISBN 80-7013-319-8

26. KNEALE, D., DAVIS, S. *Orthopaedic and trauma nursig*. Churchill Livingstone. 2nd edition. [s.l.]: [s.n.], 2005. 546 s. ISBN 0443061823.
27. KOUDELA, K. a kol. *Ortopedická traumatologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 146 s. ISBN 80-246-0392-6.
28. KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, 15-16 s. ISSN 1210-0404
29. LARSEN, R. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 1345 s. ISBN 80-247-0476-5
30. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, 30-31 s. ISSN 1210-0404.
31. *LEMON 1. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
32. LUKÁŠOVÁ, R. NOVÝ, I.a kol. *Organizační kultura*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 176 s. ISBN 80-247-0648-2.
33. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80 – 247- 0585 – 0.
34. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-70132-277-9.
35. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: Systémový přístup I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
36. MATHIS, L., JACKSON, H. *Human resource management*. 4th edition. [s.l.]: Cengage learning, 2006. 199 s. ISBN 0324361785
37. MEZINÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE.1.vyd. Praha: Grada, 2008. 312 s. ISBN 978- 80-247-2436-2.
38. MÜLLER, I. *Ortopedie pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 108 s. ISBN 80-7013-154-3
39. *National Association of Orthopaedic Nurses* [online]. 2006. 2006 [cit. 2010-04-14]. Dostupné z WWW: <orthonurse.org/>.
40. Ortopedické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s. [online]. 2004. [cit. 2009 - 12- 05].

Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/department/49/Ortopedicke-oddeleni.html?detail=detail&id=5>>.

41. PACHL, J. a kol. *Základy anesteziologie a resuscitace dospělých i dětí*. Praha: Karolinum, 2003. 379 s. ISBN 80-246-0479-5.
42. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-2471-211-3.
43. PLAMÍNEK, J. *Vedení lidí, týmů a firem*. 2. vyd. Praha: Grada, 2005. 180 s. ISBN 80-247-1092-7.
44. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*. 1. vyd. Praha: Česká asociace sester, Galén, 2008. 20 s. ISBN 978-80-7262-550-5.
45. POKORNÝ, D. *Artróza*. 1. české vydání Praha: Nakladatelství Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-184-8.
46. Profesionální ošetrovatelské pojmy v ošetrovatelském povolání. *Sestra*. 2010. 39 s. ISSN 1210-0404.
47. PŘIKRYL, P., SADOVSKÝ, P. *Artrioskopie ramene*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 57 s. ISBN 80-7262-508-6.
48. ROBBINS, S., P., COULTER, M. *Management*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 600 s. ISBN 80-247-0495-1.
49. SADOVSKÝ, P., MUSIL, D. Rameno: Mezinárodní setkání ortopedů. *Nemocniční zpravodaj*. České Budějovice: 2007, roč. 17, č. 2, 43-44 s.
50. SADOVSKÝ, P. Německý operatér školil artroskopii: Mezinárodní setkání ortopedů. *Nemocniční zpravodaj*. České Budějovice : 2009, roč. 19, č. 2, 35 s.
51. SALVAGE, Jane . *Ošetrovatelství v akci*. 1. Světová zdravotnická organizace : [s.n.], 1993. 108 s. ISBN 9289013125.

52. STAŇKOVÁ, Marie. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. Praha : Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 8071842435.
53. SMITH, J. *Jak zvyšovat produktivitu týmu*. Překl. T. Hlaváč. 2. vyd. Praha: Computer Press, 2000. 112 s. Rozvoj osobnosti. Přel. Z: Empowering People. ISBN 80-7226-359-5.
54. SOSNA, A., KRBEČ, M., POKORNÝ, D., VAVŘÍK, P. a kol. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 168 s. ISBN 80-7254-202-8.
55. STAŇKOVÁ, M. Na mnohá zlepšení ošetrovatelské péče nepotřebujeme peníze. *Sestra*. Praha: 2002, roč. XII, č. 11, 6 s. ISSN 1210-0404.
56. ŠEVČÍK, P; a kol. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti*. 2008 Sborník článků a abstrakt XV. Národního kongresu ČSARIM. Praha: Galén 2008. 273 s. ISBN 978-80-7262-589-5.
57. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80-7172-841-1.
58. ŠKRLA, P. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
59. The evolution of orthopaedic nursing. *National Association of orthopaedic nurses : orthopaedic nursing* [online]. 2005, 5, 24, [cit. 2010-02-05]. Dostupný z WWW: <http://journals.lww.com/orthopaedicnursing/Abstract/2005/0900/The_evolution_of_Orthopaedic_Nursing_at_the.10.aspx>
60. TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., FOJTOVÁ, G. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.
62. VEBER, J. a kol. *Management základy, prosperita, globalizace*. 1. vyd.(dotisk) Praha: Management Press, 2004. 689 s. ISBN 80-7261-029-5.
63. VÖRÖSOVÁ, G. *Manažment v práci staničnej sestry*. Ošetrovatelství-teorie a praxe moderního ošetrovatelství, 2001, sv.3, č. 1-2, 14-15 s. ISSN: 1212-723X.

64. Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. (Autorský zákon), Sbíрка zákonů MZ ČR, 2005. Dostupné [on-line] 2005 [cit.2010-04-26] z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05195&cd=76&typ=r>
65. Vyhláška č. 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (Autorský zákon), Sbíрка zákonů MZ ČR, č.139, 2004. 8096-8099 s.
66. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Zdroj ASPI.
67. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Zdroj ASPI.
68. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie* 1. část. 1.vyd. Brno: 2002. s. 149. ISBN: 80-7013-374-0.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Indikátory kvality

Kvalita

Ortopedické oddělení

Ošetrovatelská péče

Sestra

Spokojenost

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Interní audit: Dodržování hygienického režimu - sestry

Příloha č. 2 - Interní audit: Dodržování hygienického režimu - NZP

Příloha č. 3 - Interní audit: Dodržování hygienického režimu - PZP

Příloha č. 4 - Standard ošetrovatelské péče

Příloha č. 5 - Test specifik ošetrovatelské péče pro sestry na ortopedii

Příloha č. 6 - Anketa spokojenosti ambulantních pacientů

Příloha č. 7 - Anketa spokojenosti hospitalizovaných pacientů

Příloha č. 8 - Dotazník pro sestry - spokojenost s pracovními podmínkami