



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Využití kvantifikace ošetrovatelské péče  
na gynekologicko-porodnickém oddělení**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Nela Helešicová

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Využití kvantifikace ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5.2017

.....

Nela Helešicová

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce a za její lidský přístup. Doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za její cenné rady a připomínky při zpracování empirické části a Mgr. Olze Dvořáčkové za statistické zpracování dat. Dále děkuji Mgr. Janě Somrové za schválení výzkumného šetření v Nemocnici Písek, a.s. a mé tetě Jaroslavě Helešicové za odborný překlad zdrojů z angličtiny.

# Využití kvantifikace ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení

## Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Využití kvantifikace ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení“ se zaměřuje na speciální ošetrovatelské výkony, které porodní asistentky na oddělení vykonávají.

Teoretická část bakalářské práce blíže specifikuje samotný obor gynekologie a porodnictví s členěním jeho částí a metodami poskytované péče. V kapitole ošetrovatelská péče o ženy s gynekologickými problémy je definováno ošetrovatelství a ošetrovatelský proces, který je s poskytováním péče velmi spjatý. Důkladně popisuje kompetence, vzdělání a způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického personálu, který se na oddělení nachází, ale také samotné manažerské rozvrstvení personálu.

Cílem práce bylo zmapovat speciální ošetrovatelské výkony, které se vyskytují na gynekologicko-porodnickém oddělení, zjistit jejich průměrnou časovou náročnost a určit u vybraných skupin pacientek časovou náročnost ošetrovatelské péče. Ke zmapování výkonů byla stanovena výzkumná otázka, která měla za cíl zjistit, jaký výkon se provádí na stanicích nejčastěji. První stanovená hypotéza předpokládala, že průměrné časové náročnosti jednotlivých výkonů se od sebe navzájem liší. Druhá hypotéza předpokládala, že průměrné časové náročnosti se u vybraných skupin pacientek liší.

Empirická část byla realizována kvantitativním výzkumným šetřením. Výzkumné šetření vycházelo z „Metodiky kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelské personálu“, kterou vytvořili v roce 1999 Pochylá a Pochylý. Ve výzkumné části byla využita metoda strukturovaného pozorování. V první části se inventarizovaly výkony na stanicích operativní gynekologie a šestinedělí u 15 pacientek v průběhu denní dvanáctihodinové směny a výzkumný soubor tvořily pacientky. Ve druhé části se zjišťovaly průměrné časové hodnoty 27 výkonů z 30 naměřených hodnot a výzkumným souborem byly časové hodnoty jednotlivých výkonů. Ve třetí části tvořily výzkumný soubor tři skupiny pacientek po fyziologickém porodu, císařském řezu a ženy s rizikovým těhotenstvím, které byly pozorovány v průběhu 24 hodin.

Důkladným výzkumným šetřením se inventarizací zmapovalo 27 výkonů, které se na stanicích zaregistrovaly. Nejfrekventovanějším výkonem bylo podávání léků per os a nejméně frekventovaným výkonem bylo cévkování močového měchýře a propuštění s dokumentací. Ve druhé části výzkumného šetření bylo zjištěno, že průměrná časová náročnost výkonů se od sebe navzájem liší a při porovnání dvou nejkratších výkonů se zjistilo, že aplikace léků subkutánně je rychlejší než podávání léků ústy. Ve třetí části byla zjištěna nejnáročnější celková ošetrovací doba u žen s rizikovým těhotenstvím, avšak rozdíl časové náročnosti mezi porovnávanými skupinami žen není statisticky významný.

Vzhledem ke inventarizaci výkonů a stanovení jejich průměrných časových hodnot, může bakalářská práce posloužit jako podklad pro novou metodiku, která bude stanovovat počet ošetrovatelského personálu na stanicích gynekologie a porodnictví. Lze se domnívat, že časové hodnoty budou přínosné i pro zdravotnické pracovníky a pacienty, kteří si mohou představit dobu trvání určitého výkonu.

### **Klíčová slova**

Ošetrovatelská péče; gynekologie; porodní asistentka; kompetence; kvantifikace

# **The use of nursing care quantification on the gynaecology-obstetrical ward**

## **Abstract**

The bachelor's thesis on “The use of nursing care quantification on the gynaecology-obstetrical ward” focuses on special nursing performances done by midwives in the department.

The theoretical part of the bachelor thesis specifies the subject of gynecology and obstetrics with the division of its parts and methods of provided care. The nursing care and nursing process for women with gynecological problems is defined in the chapter of nursing, which is very closely related to provided care. It thoroughly describes the competencies, education and qualification of non-medical health care staff in the department, as well as the managerial stratification of the staff.

The aim of the work was to map the special nursing performances occurred in the gynecological and obstetric department, to find out their average time difficulty and to determine the time demands of nursing care in selected groups of patients. A research question had been asked to map the performance, which aims to find out what is the most common performance at stations. The first determined hypothesis presumed that average time demands of each performance differ from one another. The second hypothesis presumed that average time demands differ at selected group of patients.

The empirical part was worked out through a quantitative research survey. The research was done in accordance with the Methodology of Nursing Care Quantification for the Enumeration of Nursing Staff, created in 1999 by Pochylá and Pochylý. In the research part, the method of structured observation was used. In the first part, performances at surgical gynecology and puerperium departments were recorded at 15 patients during the 12-hour day shift and the patients formed the study. In the second part, the average time values of 27 outputs from 30 measured values were determined and the performances served as the research body. In the third part, the research group consisted of three groups of patients after physiological delivery, caesarean section and women at risk of pregnancy observed within 24 hours.

Through a robust research survey were by inventories mapped 27 performances recorded at the stations. The most used performance was drug administration per os, but the least frequent one was bladder catheterization and discharge with documentation. In the second part of the research, it was found that the average time consuming performance varied from one another, and when comparing the two shortest performances it was found that drug administration was subcutaneously faster than oral medication. In the third part, the most demanding overall length of treatment was found at women with risk pregnancy, but the time difference between the comparative groups of women is not statistically significant.

Due to the inventory of performances and the determination of their average time values, can this bachelor thesis serve as a basis for a new methodology that will determine the number of nursing staff at gynecology and obstetrics. It can be assumed that time values will be beneficial to healthcare professionals and patients too who can imagine the duration of a certain performance.

## **Keywords**

Nursing care; gynaecology; midwife; competence; quantification

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Vymezení oboru gynekologie a porodnictví.....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Formy zdravotní péče v gynekologii a porodnictví .....	12
1.1.1.1 Ambulantní část .....	12
1.1.1.2 Lůžková část.....	13
<b>1.2 Metody poskytované péče.....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Ošetrovatelský proces .....	17
1.2.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	18
1.2.2 Interdisciplinární spolupráce.....	18
<b>1.3 Ošetrovatelská péče o ženy s gynekologickými problémy .....</b>	<b>20</b>
1.3.1 Vymezení ošetrovatelské péče.....	20
1.3.2 Dělení ošetrovatelské péče.....	21
1.3.3 Organizace práce porodní asistentky .....	22
<b>1.4 Personální zabezpečení gynekologicko-porodnických oddělení .....</b>	<b>24</b>
1.4.1 Hierarchie v ošetrovatelském týmu .....	24
1.4.2 Osobnost porodní asistentky a všeobecné sestry .....	27
<b>1.5 Kompetence nelékařských zdravotnických oborů v oblasti gynekologie a porodnictví.....</b>	<b>29</b>
1.5.1 Vymezení pojmu kompetence .....	29
1.5.2 Kompetence porodních asistentek .....	30
<b>1.6 Vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů v oblasti gynekologie a porodnictví.....</b>	<b>32</b>
1.6.1 Vymezení pojmu vzdělávání .....	32
1.6.2 Formy vzdělávání .....	32
<b>1.7 Způsobilost nelékařských zdravotnických oborů v oblasti gynekologie a porodnictví.....</b>	<b>34</b>
1.7.1 Způsobilost k výkonu porodní asistentky .....	35
1.7.2 Způsobilost k výkonu všeobecné sestry.....	35
1.7.3 Způsobilost k výkonu nutričního terapeuta .....	35
1.7.4 Způsobilost k výkonu ošetrovatele .....	36
1.7.5 Způsobilost k výkonu sanitáře .....	36
<b>2 CÍL PRÁCE .....</b>	<b>37</b>



2.1	Cíl práce .....	37
2.2	Výzkumné otázky .....	37
2.3	Hypotézy.....	37
3	OPERACIONALIZACE POJMŮ .....	38
4	METODIKA.....	39
4.1	Výzkumný soubor .....	40
5	VÝSLEDKY .....	41
5.1	Inventarizace výkonů.....	41
5.2	Vyhodnocení časové náročnosti ošetrovatelských výkonů .....	44
5.3	Časová náročnost u vybraných skupin pacientek.....	49
5.4	Statistické vyhodnocení hypotéz .....	50
6	DISKUSE.....	52
7	ZÁVĚR .....	58
8	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
9	PŘÍLOHY.....	66
9.1	Seznam příloh .....	66
10	SEZNAM ZKRATEK .....	74

## ÚVOD

Ošetrovatelská péče ve zdravotnictví se neustále vyvíjí. Tím jsou kladeny na porodní asistentky stále větší nároky, co se týče vzdělávání a zvyšování jejich kompetencí. Porodní asistentky musí být vzdělané v oboru a orientovat se v poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Aby porodní asistentka mohla poskytovat ženám kvalitní a odbornou péči na vysoké úrovni, základním předpokladem je adekvátní vzdělání a způsobilost k výkonu povolání. Jedním z důležitých předpokladů k výkonu povolání je také osobnost budoucí porodní asistentky. Porodní asistentka musí být empatická, zodpovědná, sebekritická a komunikativní. Komunikace je jednou ze základních činností, které porodní asistentka musí při poskytování ošetrovatelské péče provádět. V oboru gynekologie a porodnictví se porodní asistentka setkává se ženami s různými potížemi v oblasti reprodukčních orgánů a mnohdy musí řešit témata, která jsou velmi citlivá. Proto je vhodné, aby porodní asistentka uměla se ženou správně komunikovat a znala rozsah svých kompetencí.

Porodní asistentky na oddělení provádějí mnoho speciálních ošetrovatelských výkonů a málokdo má představu o tom, kolik času věnují pacientkám poskytováním přímé ošetrovatelské péče. Proto mě zaujalo téma „Využití kvantifikace ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení“, které se zabývá inventarizací speciálních ošetrovatelských výkonů, jejich průměrnými časovými náměry a náročností péče u vybraných skupin pacientek.

Cílem této bakalářské práce je inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči poskytovanou na gynekologicko-porodnickém oddělení, stanovit průměrnou časovou dotaci speciálních ošetrovatelských výkonů a zjistit u vybraných skupin pacientek časovou náročnost ošetrovatelské péče. Bakalářská práce vychází z „Metodiky kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“ od Pochylé a Pochylého z roku 1999. Tato práce poslouží jako podklad pro připravovanou novou metodiku kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu, ale také bude přínosem pro upřesnění představy časové dotace jednotlivých ošetrovatelských výkonů pro čtenáře.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Vymezení oboru gynekologie a porodnictví

Gynekologie a porodnictví patří mezi zdravotnické obory (Chang, 2016). Podílí se na kvalitních životních podmínkách žen tím, že pečuje o jejich reprodukční zdraví po celý jejich život (Archarya a Westgren, 2016). Péče zahrnuje podle Chang (2016), Janíkové a Zeleníkové (2013) péči o ženské pohlavní orgány, prevenci, diagnostiku a léčbu onemocnění, které postihují ženské pohlavní orgány. Gynekologie a porodnictví provází ženy v průběhu jejich reprodukční fyziologie, plánování rodiny a antikoncepce (Chang, 2016). Tento zdravotnický obor klade velký důraz na včasné zahájení účinné léčby žen, na rehabilitaci a na zdravotní výchovu (Slezáková et al., 2011). Gynekologie a porodnictví je interdisciplinární obor, který velmi často spolupracuje s lékařskými obory, jako je chirurgie, endokrinologie, imunologie, pediatrie, genetika, onkologie a radiodiagnostika (Roztočil et al., 2011).

Gynekologie a porodnictví spolupracuje se specialisty z jiných zdravotnických oborů, a tudíž má široké zaměření na různé potíže provázející pohlavní orgány žen (Acharya a Westgren, 2016). Obor se tedy zaměřuje na ženy v oblasti onkologie, urogynekologie, dětské a dorostové gynekologie a dle toho je v následujících odstavcích můžeme podrobněji charakterizovat (Archarya a Westgren, 2016).

Onkologická gynekologie poskytuje péči ženám v rámci prevence, diagnostiky a dispenzarizace. V tomto případě je velmi důležitá spolupráce gynekologa s onkologem, radioterapeutem či klinickým psychologem (Slezáková et al., 2011).

Urogynekologie se zaměřuje na poruchy močového ústrojí, které souvisejí s pohlavními orgány ženy, zejména se zabývají problémem inkontinence moči. Gynekolog v tomto případě úzce spolupracuje s urologem (Schneiderová, 2014).

Sikorová (2012) se Slezákovou et al. (2011) uvádějí, že dětská a dorostová gynekologie se zabývá nemocemi, které by v budoucnu mohly ohrozit fertilitu ženy. Na mysli máme nemoci, jako jsou záněty a poruchy cyklu. Dětská a dorostová gynekologie sleduje zdravý vývoj reprodukčních orgánů a také funkci pohlavních orgánů v dětství a dospívání, kdy první preventivní prohlídka dívky na gynekologii začíná přibližně okolo patnáctého roku (Sikorová, 2012).

### ***1.1.1 Formy zdravotní péče v gynekologii a porodnictví***

Formy zdravotní péče v oboru gynekologie a porodnictví lze rozdělit dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) na ambulantní část a lůžkovou část. V následujících kapitolách je blíže uvedena každá část zdravotní péče.

#### ***1.1.1.1 Ambulantní část***

Ambulantní část poskytuje péči ženám, které přicházejí v akutních stavech a jejich zdravotní stav vyžaduje okamžité ošetření, nebo ženy, které přímo odesílá s doporučením na vyšetření jejich obvodní gynekolog (Roztočil et al., 2011). O pacientky na ambulanci pečují obvykle ambulantní porodní asistentka, všeobecná sestra a lékař, kteří jako první členové zdravotnického personálu navazují se ženou úplně první kontakt. Lékař na gynekologické ambulanci by měl podle tvrzení Roztočila et al. (2011) vyšetřit ženu nejdéle do 15 minut po příchodu do ambulance a měl by ženě věnovat dostatek potřebného času. Do ambulantní části gynekologicko-porodnického oddělení mohou přicházet ženy s akutními problémy v oblasti urogynekologie, klimakteria nebo ženy s patologickým těhotenstvím, které vyžadují zvýšenou pravidelnou kontrolu v prenatální péči (Slezáková et al., 2011).

Obecně ambulance poskytují ženám podle Kudlové (2015) zejména zmiňovanou prevenci, tudíž v rámci gynekologicko-porodnického oddělení je ženám poskytována prevence zaměřená na pohlavní orgány. Ambulanci gynekologického oddělení nemusí navštěvovat pouze ženy se záměrem prevence pohlavních orgánů, ale mohou sem docházet ženy onkologicky nemocné, které už absolvovaly léčbu a docházejí do gynekologické ambulance v rámci dispenzarizace, která je po onkologické léčbě pohlavních orgánů zvláště důležitá a spadá do terciální prevence pacientek (Slezáková et al., 2011). Zdravotnický personál pracující na ambulanci se setkává se ženami, které přicházejí za účelem konziliárního vyšetření, dále s dívkami, které mají potíže v oblasti gynekologie a v neposlední řadě se ženami, které ambulantní částí musí projít kvůli následné hospitalizaci na lůžkové části gynekologického oddělení (Slezáková et al., 2011).

Vyhláška č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče uvádí, že ambulantní úsek gynekologie a porodnictví se rozděluje na část, kde se nacházejí vyšetřovny, kdy obvykle

lékař vyšetřuje ženu za asistence porodní asistentky nebo všeobecné sestry. Dále je důležitý zákrokový sál, kde jsou prováděny operační zákroky, nebo endoskopické výkony. U ambulance je nezbytná čekárna, která slouží pro ženy, které do ambulance přicházejí na vyšetření či konzultaci. Výše uvedená vyhláška Ministerstva zdravotnictví uvádí, že ambulantní úsek gynekologického oddělení musí být vybaven toaletami, které slouží pro pacientky.

Arnoldová (2012) s Plevovou et al. (2012) uvádějí, že ambulantní péče spadá do zdravotnické péče, při které není nutné hospitalizovat pacientku na lůžku ve zdravotnickém zařízení. Podle Arnoldové (2012) je ambulantní péče poskytována jako primární péče, která má za účel pečovat o ženy v rámci prevence, diagnostiky a léčby. Dále Arnoldová (2012) rozděluje tuto péči na léčebnou, posudkovou a konzultaci, kterou poskytuje pacientce registrující poskytovatel. Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) dodává, že tuto péči dále dělíme na specializovanou ambulantní péči, která pečuje o pacientky, které tuto péči potřebují. Kudlová (2015) předchází autorky doplňuje tvrzením, že ambulantní péči můžeme rozdělit na stacionární, jenž je poskytována pacientkám, které potřebují opakovanou denní ambulantní péči kvůli svému zdravotnímu stavu.

#### ***1.1.1.2 Lůžková část***

Lůžková část oddělení spadá do forem zdravotních služeb, kde zdravotnický personál poskytuje pacientkám lůžkovou péči (Prošková et al., 2014). Na lůžkovém úseku gynekologicko-porodnického oddělení se nacházejí ženy, které jsou hospitalizované kvůli onemocnění pohlavních orgánů, těhotenství či šestinedělí, u kterých je nutné provádět zvláštní ošetrovatelskou péči (Slezáková et al., 2011). Slezáková et al. (2011) uvádějí, že lékaři poskytují konzervativní nebo chirurgický způsob léčby, dle podmínek a okolností zdravotního stavu pacientky.

Lůžkovou část gynekologicko-porodnického oddělení rozdělujeme na pracoviště pro konzervativní léčbu a operační léčbu (Simočková, 2011). V lůžkovém úseku bychom našli ošetrovací jednotku, kterou dělíme dle druhu poskytované péče (Slezáková et al., 2011). Podle Slezákové et al. (2011) to znamená, že můžeme najít ošetrovací jednotku pro konzervativní gynekologii, ošetrovací jednotku operační gynekologie, jednotku intenzivní péče, ošetrovací jednotku pro patologické a rizikové těhotenství a samozřejmě i ošetrovací jednotku šestinedělí. Přimo na pokojích bývají

k dispozici toalety i s bidety, které nabízejí pacientkám větší komfort, a umožňují jim udržovat zvýšenou hygienu genitálu (Slezáková et al., 2011).

Lůžková péče patří podle Plevové et al. (2012) mezi zdravotní péči, kterou porodní asistentka poskytuje v rámci nepřetržitého provozu. Arnoldová (2012) v této souvislosti uvádí, že nezbytností k poskytování zdravotní péče je hospitalizace pacientky na oddělení. Tato forma péče se může vyskytovat také v rámci sociálních služeb, kde jsou pacientky hospitalizované delší dobu (Prošková et al., 2014). Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) rozděluje lůžkovou péči na akutní lůžkovou péči intenzivní, akutní lůžkovou péči standardní, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči.

Akutní lůžková péče standardní je poskytována pacientkám, kterým se náhle zhoršil zdravotní stav nebo se náhle zhoršil chronický průběh nemoci, který závažně ohrožuje jejich zdraví (Arnoldová, 2012). Autorka upozorňuje na to, že pacientkám při poskytování akutní lůžkové péče standardní nehrozí bezprostřední selhání základních životních funkcí. Pokud zdravotní stav pacientky vyžaduje provést určitý výkon, který nelze vykonat ambulantně, může se výkon provést v rámci akutní lůžkové péče standardní (Plevová et al., 2012). Arnoldová (2012) na závěr uvádí, že akutní lůžková péče může být poskytována také jako včasná léčebná rehabilitace pro pacientky.

Plevová et al. (2012), Prošková et al. (2014) a Arnoldová (2012) uvádějí, že v akutní lůžkové péči intenzivní poskytují zdravotničtí pracovníci ošetrovatelskou péči u pacientek, u kterých hrozí náhlé selhání nebo ohrožení základních životních funkcí.

Následná lůžková péče je poskytována pacientkám, u kterých byla stanovena základní diagnóza a stabilizoval se jejich zdravotní stav (Plevová et al., 2012). Následná péče lůžkové části oddělení hospitalizuje pacientky, které vyžadují doléčení chronické nemoci nebo jejich zdravotní stav vyžaduje poskytnutí léčebně rehabilitační péče (Arnoldová, 2012). Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) uvádí, že součástí této následné lůžkové péče může být i následná intenzivní péče, kde jsou hospitalizované pacientky závislé na podpoře základních životních funkcí.

V gynekologii má význam i dlouhodobá lůžková péče, která je podle Proškové et al. (2014) a Plevové et al. (2012) poskytována pacientkám, které bez léčebné péče nejsou schopny zlepšit svůj zdravotní stav a potřebují soustavnou ošetrovatelskou péči. Bez soustavné ošetrovatelské péče, podle Arnoldové (2012), by v tomto případě mohlo u pacientek dojít ke zhoršení zdravotního stavu, a proto je nezbytné jim poskytnout

dlouhodobou lůžkovou péčí. V rámci této péče může zdravotnický pracovník poskytovat intenzivní ošetrovatelskou péči u pacientek, které mají narušené základní životní funkce (Plevová et al., 2012).

## **1.2 Metody poskytované péče**

Každý člen zdravotnického týmu má jasně dané úkoly, které musí plnit v průběhu své pracovní doby, aby byla pacientkám poskytovaná kvalitní ošetrovatelská péče (Vytejková et al., 2011). Dále autoři uvádějí, že společný cíl všech členů týmu je, aby chod oddělení byl plynulý, byly zajištěny individuální potřeby pacientek a byly splněny všechny lékařské ordinace. Také autoři zdůrazňují, že péči musí zdravotničtí pracovníci poskytovat komplexně, a hlavně přistupovat ke každé pacientce individuálně.

Kvalita a efektivnost poskytované ošetrovatelské péče souvisí s formou ošetrovatelské péče, kterou obvykle vybírá vedoucí sestra oddělení (Brabcová, 2016a). Vedoucí sestra musí zvolit vhodnou formu ošetrovatelské péče, kterou má zdravotnický personál poskytovat u pacientek a tím zaručit zmiňovanou kvalitu a efektivnost poskytované péče (Brabcová, 2016a). Díky správné volbě formy ošetrovatelské péče, může ošetrovací jednotka pracovat kvalitně (Ma Chenjuan et al., 2015). Nettina (2014), Plevová et al. (2012) a Vytejková et al. (2011) rozlišují formy poskytované péče na systém skupinové péče, pokojový systém, systém primárních sester a funkční systém. Každá metoda poskytované péče ve zdravotnických zařízeních zahrnuje své specifické postupy pro zdravotnický personál, a proto si je v následujících odstavcích podrobněji rozpracujeme.

Systém skupinové péče je nejběžnější a nejvíce využívanou metodou podle Plevové et al. (2012). Dle Kudlové (2016) se systém skupinové péče mnohdy nazývá jako komplexní péče. Vytejková et al. (2011) uvádějí, že porodní asistentka má zodpovědnost za skupinu konkrétních pacientek a Kudlová (2016) doplňuje tvrzením, že porodní asistentka může mít v každé službě jinou skupinu pacientek, o kterou se bude starat v rámci skupinové péče. Následně Vytejková et al. (2011) uvádí, že ošetrovací jednotka je rozdělena na různé úseky a podle přiřazeného úseku se porodní asistentka, nebo všeobecná sestra věnuje skupině nemocných, u kterých zajišťuje ošetrovatelskou péči po celou dobu její služby. V systému skupinové péče má možnost lépe a důvěrněji poznat pacientku, má možnost s ní navázat větší komunikaci, čímž mezi porodní asistentkou a pacientkou vzniká pevnější vazba (Vytejková et al., 2011). Porodní

asistentka by podle autorů v tomto případě měla spolupracovat se stejnou skupinou ošetřujících lékařů nebo jen s jedním z nich.

Pokojevý systém péče je velmi podobný skupinové péči, ale rozdílný je v tom, že porodní asistentka poskytuje péči v rámci ošetrovací jednotky, kde pečuje pouze o pacientky na „svých pokojích“ (Vytejšková et al., 2011). Pokud je pacientka přeložena na jiný pokoj, mění se pacientce i ošetřující porodní asistentka. Tento systém je nejčastěji uplatňován na odděleních intenzivní či resuscitační péče, kde se častěji obměňují pacientky. Při nástupu na směnu je porodní asistentce přidělen určitý počet lůžek s nemocnými, o které bude pečovat i v případě, že by bylo lůžko prázdné (Vytejšková et al., 2011).

Systém primárního ošetřovatelství funguje na principu, že při příjmu je porodní asistentce přidělena pacientka, u které provádí veškerou ošetrovatelskou péči po celou dobu její hospitalizace v nemocnici (Nettina, 2014). Následně Plevová et al. (2012) uvádějí, že s pacientkami sepisuje ošetrovatelskou anamnézu a plánuje ošetrovatelskou péči. Díky systému primárních sester má možnost dokonale poznat problematiku pacientky a díky tomu může kvalitně informovat ostatní členy ošetrovatelského týmu o zdravotním stavu a dalších nezbytných informací o pacientce. Vytejšková et al. (2011) v této souvislosti uvádějí, že cílem primárního ošetřovatelství je, aby každá pacientka měla „svoji porodní asistentku“, ke které má důvěru a je schopná s ní navázat komunikaci a sdělovat jí eventuálně problémy, které ji trápí. Primární porodní asistentka či všeobecná sestra má na starosti skupinu nemocných, ale musí se podílet i na ošetřování ostatních pacientek, které nemají ve službě svoji primární porodní asistentku (Vytejšková et al., 2011). Podle Kudlové (2016) je péče v rámci primárního ošetřovatelství zaměřena na posouzení individuálních potřeb pacientky a na její aktivní účasti na péči. Tento systém je u nás uplatňován převážně v sociálních zařízeních, kde pacientky pobývají delší dobu (Vytejšková et al., 2011).

Funkční systém patří ke starším formám práce porodních asistentek, je odvozen od jednotlivých výkonů a někdy se tento systém označuje jako výkonový (Plevová et al., 2012). Dále Plevová et al. (2012) tvrdí, že při příchodu do služby jsou porodní asistence či všeobecné sestře přiděleny určité výkony, které bude v průběhu své směny provádět. Nettina (2014) uvádí, že jedna porodní asistentka má například na starosti aplikaci injekcí v průběhu své směny, druhá porodní asistentka má na starosti převazování ran a třetí provádí hygienickou péči u pacientek. Dále Vytejšková et al. (2011) dodávají, že funkční systém může být využit na operačním sále,



kde jedna porodní asistentka asistuje operatérovi a druhá je tzv. „obíhací sestra“. Zdravotnický personál je v tomto případě zaměřený spíše na výkony, ale bohužel není zaměřen na pacientku, proto systém řadíme mezi starší formy poskytované péče. Výhodou této metody dle Plevové et al. (2012) je úspornost týkající se personálu, nevýhodou je nekomplexnost pohledu porodní asistentky na pacientku.

### ***1.2.1 Ošetrovatelský proces***

Ošetrovatelský proces je soubor činností, při kterém si porodní asistentky vytváří plánované ošetrovatelské činnosti, které jsou vždy zaměřeny na individualitu potřeb pacientek a na aktuální a potenciální problémy (Tóthová et al., 2014). Jacob (2012) uvádí, že je ošetrovatelský proces systematický a Tóthová et al. (2014) dodávají, že je racionální metodou plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem péče v ošetrovatelském procesu je posoudit zdravotní stav pacientky, diagnostikovat její problémy, naplánovat péči, zrealizovat ji a na závěr proces zhodnotit (Jacob, 2012). Tóthová et al. (2014) předchozí autorku doplňují tvrzením, že cílem porodních asistentek je změnit zdravotní stav pacientky. Špirudová (2010) uvádí, že ošetrovatelský proces patří mezi základní metodu ošetrovatelské péče a s Jacob (2012) se shodují v tom, že slouží jako nástroj k řízení ošetrovatelské péče u pacientky. Zdravotnický tým provádí ošetrovatelské vzájemně propojené činnosti, které jsou zaměřené na individuální potřeby pacientky (Tóthová et al., 2014). Propojením činností v rámci ošetrovatelského procesu napomáhá ošetrovatelskému týmu se rozhodnout samostatně a tím dosáhnout stanovených cílů (Tóthová et al., 2014). Tento proces hraje důležitou roli v managementu ošetrovatelské péče, protože porodní asistentka si skládá dohromady izolované kousky informací, nebo poznatky o pacientce a dává si je do smysluplného celku (Jacob, 2012). Tóthová et al. (2014) následně prohlašují, že se ošetrovatelský proces se realizuje zároveň s medicínským procesem, ale liší se od něj v tom, že medicínský proces se zaměřuje konkrétně na vyšetření, určení lékařské diagnózy a plánování. Dále dle autorů je tedy základem ošetrovatelského procesu řešení problému, který porodní asistentka shledala u pacientky.

### ***1.2.1.1 Fáze ošetrovatelského procesu***

V České republice se do praxe zavedl pětifázový ošetrovatelský postup obsahující, dle Špirudové (2010) a Tóthové et al. (2014) fázi posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Fáze posuzování slouží k tomu, aby porodní asistentka zhodnotila všechny dostupné informace, zjistila aktuální zdravotní stav pacientky a sledovala rizikové faktory, které mohou ovlivnit její zdravotní stav (Kudlová, 2016).

Ve fázi stanovení ošetrovatelské diagnózy porodní asistentka analyzuje získaná data od pacientky a stanovuje existující i potenciální problémy (Tóthová et al., 2014).

Ve fázi plánování si porodní asistentka stanovuje cíle a očekávané výsledky, zároveň musí navrhnout vhodné opatření, kterým dosáhne u pacientky požadovaného cíle a vše musí neustále zaznamenávat do plánu ošetrovatelské péče, ve kterém zjišťuje, zda jsou respektovány individuální potřeby pacientky (Tóthová et al., 2014). Dále dle autorů tedy musí vykonávat čtyři základní kroky, kterými určuje, na které problémy by se měla soustředit. To znamená, že se zaměřuje na problémy, které vyžadují její okamžitou pozornost, které nemusí být hned řešeny, a které může naopak přesunout na dalšího člena z ošetrovatelského týmu. Kudlová (2016) autorky doplňuje tím, že na závěr by porodní asistentka měla formulovat ošetrovatelské diagnózy.

Ve fázi realizace porodní asistentka realizuje stanovené ošetrovatelské intervence, zjišťuje, zda se nevyskytl nový problém, zda nedošlo ke změnám nebo jak pacientka reaguje na plán péče (Kudlová, 2016). Následně musí tyto poznatky zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace, kde hodnotí nové informace a efekt ošetrovatelských intervencí, které u pacientky provedla (Kudlová, 2016).

V poslední fázi vyhodnocení porodní asistentka zjišťuje, zda došlo k dosažení cílů, které si na začátku ošetrovatelského procesu stanovila (Tóthová et al., 2014). Porovnává data s dosaženými výsledky a snaží se z toho vyvodit závěr o stavu ošetrovatelských problémů. Pokud byl cíl ošetrovatelského procesu splněn, může být dle Kudlové (2016) ukončen, v opačném případě musí porodní asistentka ošetrovatelský plán předělat a znovu zahájit ošetrovatelskou péči.

### ***1.2.2 Interdisciplinární spolupráce***

Bártlová et al. (2010) a Vytejčková et al. (2011) uvádějí, že do zdravotnického týmu patří zdravotničtí pracovníci, jako jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti,

psychologové a sanitáři, kteří mají různé odborné vzdělání a různou kvalifikaci. Zdravotnický tým je multidisciplinární a každý člen tohoto týmu má společný cíl, kterým je spokojená pacientka (Vytejková et al., 2011). Bártlová et al. (2010) uvádějí, že rozdílné postavení zdravotnických pracovníků, a to konkrétně porodní asistentky a lékaře, může hrát roli ve vztahu mezi nimi. Porodní asistentka patří mezi členy zdravotnického týmu, kteří přichází nejčastěji do kontaktu s pacientkou, a tudíž od ní lékař či jiný zdravotnický pracovník, může čerpat velké množství informací o zdravotním stavu pacientky (Vytejková et al., 2011).

Bužgová et al. (2011) a Vytejková et al. (2011) uvádějí, že ošetrovatelský tým poskytuje ošetrovatelskou péči za pomoci odborných činností, které jsou zaměřeny na udržení, podporu a navrácení zdraví, a hlavně na uspokojování individuálních potřeb, které se nemocí u pacientky modifikovaly nebo nově vznikly.

Členové ošetrovatelského týmu realizují odborné činnosti, ke kterým mají předpoklady a jsou schopni je po absolvování odborného studia poskytovat v souladu s příslušnými právními normami (Mikšová et al., 2014). Hlavní úlohou ošetrovatelského týmu je zachovat, nebo navrátit soběstačnost pacientce, zmírnit její utrpení a zajistit jí klidné umírání a důstojnou smrt (Vytejková et al., 2011). Tento tým je tedy složen ze zdravotníků, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání a pracují bez odborného dohledu všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále jsou to zdravotníci pracující pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením jako je ošetrovatel, sanitář a zdravotnický asistent (Bužgová et al., 2011). Podle Majerčíkové a Wictmadyové (2010) tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků v ošetrovatelském týmu porodní asistentky a všeobecné sestry, které jsou velmi významným článkem tohoto týmu. Bártlová et al. (2010) upozorňují na to, že je velmi důležité, aby každý člen ošetrovatelského týmu ochotně spolupracoval na péči o pacientky, aby ochotně komunikoval s ostatními členy týmu a aktivně jim naslouchal. Dále Bártlová et al. (2010) poukazují na to, aby členové týmu kvalitně formulovali své myšlenky, porozuměli kolegům, měli schopnost pozorovat okolí a v neposlední řadě uměli vyjádřit své názory. Brabcová et al. (2016b) uvádějí, že každý z členů týmu by se měl navzájem podporovat, respektovat a měl by mít k sobě důvěru. Všechny tyto aspekty vedou k tomu, aby tým pracoval efektivně a kvalitně.

### **1.3 Ošetrovatelská péče o ženy s gynekologickými problémy**

Ošetrovatelská péče pacientek, které jsou hospitalizované na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení nebo přicházejí do ambulantní části zdravotnického zařízení, je zajišťována odborným zdravotnickým personálem, konkrétněji porodní asistentkou. Porodní asistentky ženám poskytují ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu (Slezáková et al., 2011). Organizace ošetrovatelské péče se podle autorů významně neliší od organizace péče na jiných částech oddělení.

#### ***1.3.1 Vymezení ošetrovatelské péče***

Dle Bužgové et al. (2011) a Mastiliakové (2014) je ošetrovatelství multidisciplinární obor a vědní disciplína, která je zaměřená na vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného a zdravého člověka. Plevová et al. (2012) a Kudlová (2016) uvádějí, že ošetrovatelství se zaměřuje na udržení, podporu, navrácení zdraví a rozvíjí soběstačnost k tomu, aby pacientka mohla samostatně uspokojovat své fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Metaparadigma ošetrovatelství je charakterizováno čtyřmi pojmy, a to osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelská péče (Bužgová et al., 2011).

Dle Plevové et al. (2012) je ošetrovatelství založeno na samostatnosti porodní asistentky, ale Kudlová (2016) dodává, že je založeno také na týmové spolupráci s lékaři a dalším odborným personálem. Bártlová et al. (2010) dokonce v této souvislosti uvádějí, že kvality této péče není možné dosáhnout bez účasti ošetrovatelského týmu. Bartůněk et al. (2016) dodávají, že kvalitu ošetrovatelské péče zajišťují standardní postupy, které jsou uvedeny v platných legislativních předpisech, metodických opatřeních, ale také ve zdravotnických zařízeních, kde si své standardy každé zdravotnické zařízení stanovuje samostatně. Ošetrovatelství staví na nových poznatcích, které se snaží ošetrovatelský tým aplikovat v praxi a také vyžaduje praktickou aplikaci specifických ošetrovatelských znalostí (Plevová et al., 2012). Charakteristickými rysy ošetrovatelství je poskytování individuální péče prostřednictvím zmiňovaného ošetrovatelského procesu a poskytování aktivní ošetrovatelské péče (Bužgová et al., 2011). Ošetrovatelský personál klade důraz na edukaci pro rodinné příslušníky, které vzdělávají v oblasti poskytování laické ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství má také za úkol podle Kudlové (2016) vyhledávat a zmírňovat problémy v individuálních potřebách pacientek. Každý člen ve zdravotnickém týmu musí být

schopen se aktivně začlenit do týmu, ovládnout řízení a poskytování ošetrovatelské péče a edukovat pacientky či své kolegy z týmu (Bužgová et al., 2011).

### **1.3.2 Dělení ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelskou péči rozlišujeme dle toho, jakou úroveň péče porodní asistentky a všeobecné sestry na oddělení poskytují. Dle Pochylé (2003) rozdělujeme tuto péči na základní, specializovanou a Prošková et al. (2014) doplňují rozdělení péče o vysoce specializovanou péči (Prošková et al., 2014).

Mezi základní ošetrovatelskou péči zahrnujeme dle Pochylé (2003) péči o osobní hygienu, stravování, vyprazdňování, pohybovou schopnost a komunikaci. Této péči přisuzuje Pochylá (2003) pěti minutovou zátěž za 24 hodin na jednu soběstačnou pacientku. Základní ošetrovatelská péče se dle Proškové et al. (2014) považuje za péči, která je poskytována pacientkám, kterým jejich zdravotní stav, nebo léčebný postup umožňuje vykonávat aktivity denního života. Dále Prošková et al. (2014) dodávají, že u těchto pacientek nejsou patologie v oblasti psychického stavu. Vytejková et al. (2011) uvádějí, že u pacientek, které vyžadují základní ošetrovatelskou péči, jsou stabilizované základní životní funkce, tudíž nejsou ohroženy na životě.

Specializovanou ošetrovatelskou péči dělíme na čtyři skupiny dle Pochylé (2003).

První skupina „Podávání léků“ obsahuje výkon podávání léků ústy (per os), podávání léků subkutánně (s.c.) a intramuskulárně (i.m.), aplikace injekcí intravenózně (i.v.), aplikace a sledování infúzí, asistence při aplikaci krevních derivátů, místní aplikace zevních léčebných prostředků, inhalace kyslíku a jiných léčebných prostředků.

Druhá skupina „Sledování“ obsahuje sledování vitálních funkcí a rozměrů tělesných částí. Na gynekologicko-porodnickém oddělení se zejména sledují pánevní rozměry.

Třetí skupina „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“ zahrnují výkony péče o ránu, jednoduchý převaz, péče o žilní přístup, epidurální katétr, bandážování dolních končetin (DK), klyzma, zavedení periferního žilního katétru (PŽK), speciální vyšetření prováděná sestrou, cévkování močového měchýře, odběry biologického materiálu (BM), dechová rehabilitace, nácvik dýchání, léčebné polohy, asistence při vyšetření, příprava pacientky k náročnému operačnímu výkonu, instruktáž a jednoduchá edukace a psychická podpora.

Čtvrtá skupina „Jiné činnosti ve vztahu k pacientovi“ obsahuje zajištění konziliárního vyšetření, příjem, propuštění a přeložení pacientky s dokumentací.

Pochylá (2003) uvádí jednorázovou denní hodnotu 40 minut (min) za 24 hodin (hod) na jednu pacientku, do které zařazuje vizity, písemné plánování péče, předávání služeb, předávání pacientky, telefonické hovory a tak dále.

Speciální činnosti ošetrovatelské péče poskytují porodní asistentky pacientkám, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje provádět aktivity denního života (Prošková et al., 2014). Dle Vytejškové et al. (2011) jsou u pacientky obvykle ohroženy základní životní funkce a objevují se u ní patologické abnormality v psychickém stavu, které nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků. Prošková et al. (2014) ještě doplňují Vytejškovou et al. (2011), že tato péče může být poskytována pacientkám, které mají závažné problémy s imunitou, ale také těm, které se nacházejí v terminálním stádiu chronické nemoci, kde není předpokladem kardiopulmonální resuscitace. Pokud by se předpokládala kardiopulmonální resuscitace u pacientky v terminálním stádiu, zařadila by se tato péče do vysoce specializované péče (Prošková et al., 2014).

Další ošetrovatelskou péči, kterou mohou někteří nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytovat je vysoce specializovaná ošetrovatelská péče. Tato péče je poskytována obvykle u pacientek, kterým selhaly základní životní funkce nebo u pacientek s hrozícím selháním těchto funkcí (Prošková et al., 2014). Pacientky, u kterých se objevují patologie v psychickém stavu, vyžadují stálý dozor zdravotnického personálu a v případě ohrožení života samotné pacientky nebo jejího okolí, je nutné využít omezující prostředky (Vytejšková et al., 2011). Tuto vysoce specializovanou péči může poskytovat pouze porodní asistentka či všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru. Pokud tuto specializaci vlastní, mají širší rozpětí kompetencí, například mohou hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a mohou provádět ošetrovatelský výzkum (Prošková et al., 2014).

### ***1.3.3 Organizace práce porodní asistentky***

Porodní asistentky mají velmi rozmanitou náplň práce a své uplatnění mohou nacházet v ambulantních provozech, v nemocnicích, ve školství či administrativě (Vytejšková et al., 2011). Jacob (2012) uvádí, že role a jejich činnosti se odvíjí od toho, kde svojí práci vykonávají. Skladba jejich práce se bude lišit dle toho, zda budou pracovat ve zdravotnickém zařízení, ve školství či administrativě (Jacob, 2012). Pokud

porodní asistentka vykonává práci ve zdravotnickém zařízení, pracuje obvykle ve dvanáctihodinových službách, kdy se střídá s kolegyněmi v denních a nočních směnách (Vytejšková et al., 2011). Pokud slouží osmihodinové služby, pak se podle autorky střídá ve směnách ranních, odpoledních, nočních, nebo může pracovat pouze v ranní směně na ambulantních provozech. Jacob (2012) znovu upozorňuje na to, že veškerá činnost porodní asistentky musí směřovat k uspokojování individuálních potřeb pacientky za pomoci ošetrovatelského procesu a Vytejšková et al. (2011) v této souvislosti autorku doplňují, že činnosti prováděné u pacientky se liší podle jejího aktuálního zdravotního stavu.

Nejčastější činnosti, které vykonává porodní asistentka v lůžkovém zařízení jsou diagnostiko-terapeutické, které jsou blíže specifikované v Metodice od Pochylé a Pochylého (1999). Vytejšková et al. (2011) dodávají, že dále provádí administrativní činnosti v elektronické i písemné formě, které zahrnují plánování ošetrovatelské péče, vyplňování žádanek na vyšetření, objednávání diety, práce s výkazy pro pojišťovny a vyplňování zdravotnické dokumentace. Je tedy nezbytností, aby uměla ovládat počítačovou techniku. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 98/2012 o zdravotnické dokumentaci stanovuje vše, co je nezbytné do dokumentace zaznamenat. Dle této vyhlášky musí dokumentace obsahovat ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán obsahující všech pět fází, průběžný záznam o vývoji zdravotního stavu pacientky, překladové zprávy, propouštěcí zprávy, edukační záznamy a spoustu dalších nezbytných věcí, které musí být ve zdravotnické dokumentaci zaznamenány.

Porodní asistentka také provádí přípravné práce, dokončovací a výchovně vzdělávací činnosti. V činnosti diagnostiko-terapeutické obvykle spolupracuje dle Vytejškové et al. (2011) s lékařem a vykonává mnoho specializovaných výkonů. V přípravných pracích a dokončovacích pracích zajišťuje podle zmiňovaných autorů hladký průběh ošetřování pacientky, chod oddělení, připravuje pacientky na léčebné a ošetrovatelské výkony. V dokončovacích pracích uklízí pomůcky včetně dezinfekce, mechanické očisty a sterilizace. Výchovně vzdělávací činnost je dle Vytejškové et al. (2011) zaměřena na pacientku a její rodinu, kdy porodní asistentka může edukovat členy rodiny o daném problému, který se vyskytuje u pacientky a naučit je například, jak správně aplikovat inzulín.

Cílem organizace práce ve zdravotnických zařízeních podle Vytejškové et al. (2011) je, aby se snížila činnost porodních asistentek v oblasti přípravných, dokončovacích

a administrativních prací, aby mohly svůj pracovní čas věnovat naplno činnostem zejména v ošetrovatelské péči u pacientek.

Roztočil et al. (2011) zařazují mezi základní gynekologické vyšetření aspekci, klinické vyšetření, gynekologické vyšetření zahrnující zevní vyšetření rodidel, vyšetření genitálu v zrcadlech, bimanuální vyšetření, kolposkopické vyšetření a odběry cytologického materiálu z děložního hrdla pacientky. Lékař by podle Roztočila et al. (2011) neměl opomenout na vyšetření prsou pacientek, protože ve většině případů se ženy o vyšetření stydí lékaře požádat.

Kelnarová a Matějková (2014) poukazují na to, že by porodní asistentka měla v rámci ošetrovatelské péče o ženy poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, být obětavá vůči pacientkám, dodržovat mlčenlivost, vhodně se ženami na gynekologicko-porodnickém oddělení komunikovat a Roztočil et al. (2011) v této souvislosti dodávají, že by měla aktivně asistovat lékaři při gynekologických vyšetření žen.

#### **1.4 Personální zabezpečení gynekologicko-porodnických oddělení**

Slezáková et al. (2011) uvádějí, že na odborných pracovištích v oboru gynekologie a porodnictví se v dnešní době při poskytování ošetrovatelské péče o ženy uplatňují zejména vystudované diplomované porodní asistentky, které jsou absolventkami vyšší odborné školy a porodní asistentky, které absolvovaly bakalářské studium na vysoké škole. Dále autoři uvádějí, že ošetrovatelskou péči mohou zároveň poskytovat s porodními asistentkami i všeobecné sestry, které absolvovaly vyšší odbornou školu či bakalářské studium na vysoké škole.

##### ***1.4.1 Hierarchie v ošetrovatelském týmu***

Hierarchické uspořádání ve zdravotnickém zařízení podle Altmana (2016) přispívá k tomu, že každý člen zdravotnického týmu má jasně danou pracovní roli a odpovědnost. Samotné slovo "hierarchie" pochází z řeckého slova hierarchia a znamená uspořádání pracovníků, kdy někdo je nad nebo pod někým (Altman, 2016). Brabcová (2016a) poukazuje na to, že vedoucí sestra by měla mít znalosti a dovednosti rozvinuté především v samotném vedení pracovníků, v komunikaci, plánování, motivaci, rozhodování a kreativité. Sestra manažerka musí umět rozdávat úkoly, nastavit jasné cíle, navrhnout



způsob jejich dosažení a v neposlední řadě pozitivně motivovat ostatní porodní asistentky, které jsou hierarchicky na nižší úrovni (Brabcová, 2016a).

Hlavní sestra je v nejvyšším postavení v ošetrovatelském managementu, stojí tedy na vrcholu manažerské pyramidy. Musí být vysokoškolsky vzdělaná v oblasti manažerské, řídí kontrolu oddělení poskytující ošetrovatelskou péči, řídí zdravotně sociální oddělení, ústavní hygieny a epidemiologie (Vytečková et al., 2011). Sestra v této funkci zodpovídá za úroveň vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na oddělení, řídí činnosti vrchních sester, podílí se na tvorbě ošetrovatelské dokumentace, kontroluje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, zodpovídá za zavádění nových ošetrovatelských standardů a realizuje projekty podpory zdraví včetně koncepce zdravotní výchovy (Plevová et al., 2012).

Vrchní sestra patří do střední třídy ošetrovatelského managementu a nachází se tedy ve střední úrovni manažerské pyramidy (Plevová et al., 2012). Autoři následně uvádějí, že obvykle se nachází v roli vedoucího nejen na jedné ošetrovatelské jednotce. Má vysokoškolské a manažerské vzdělání, podílí se na chodu oddělení a na jeho ekonomickém hospodaření. Plevová et al. (2012) a Vytečková et al. (2011) uvádějí, že vrchní sestra obvykle spolupracuje s vedoucími lékaři, a to konkrétně s primářem, zodpovídá za přijímání a propouštění nelékařských zdravotnických pracovníků, pečuje o jejich vzdělání a jmenuje do funkce staniční sestry. Vrchní sestra zodpovídá také za kvalitu péče, která je poskytována na konkrétních oddělení (Vytečková et al., 2011).

Staniční sestra je vysokoškolsky vzdělaná, může mít vystudovanou specializaci v oboru, je vždy vedoucí ošetrovatelské jednotky a řídí práci nelékařského zdravotnického personálu na ošetrovatelské jednotce, kterou má na starosti (Plevová et al., 2012). Dle Brabcové (2016a) se staniční sestra nachází na základní linii v manažerské pyramidě. Jedním z povinností staniční sestry je rozpis služeb, spolupráce s vrchní sestrou, s vedoucími lékaři a podílení se na hospodaření s léky na konkrétní ošetrovací jednotce. Staniční sestra by měla kontrolovat kvalitu ošetrovatelské péče, která je na ošetrovací jednotce poskytována a měla by umět hospodařit s inventářem na oddělení (Vytečková et al., 2011). Staniční sestra školí nové pracovníky a zajišťuje nad novými členy týmu odborný dohled (Plevová et al., 2012).

Dále dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, musí být zdravotní péče na standardním lůžkovém oddělení gynekologie zabezpečena zdravotnickými pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, tedy porodními

asistentkami, popřípadě všeobecnými sestrami, které mají specializaci v oboru. Na lůžkové části gynekologie a porodnictví musí být zajištěn sanitář nebo ošetřovatel, který se musí nacházet i na porodním sále spolu s porodní asistentkou, která pracuje bez odborného dohledu. Porodní asistentky, které vykonávají odbornou péči na gynekologicko-porodnickém oddělení, musí být registrované v České komoře sester a porodních asistentek (Simočková, 2011).

Mezi další zdravotnický personál, který s porodními asistentkami spolupracuje je například nutriční terapeut, který podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, poskytuje bez odborného dohledu ošetrovatelskou péči tím, že zabezpečuje nutriční potřeby pacientek v oblasti preventivní a léčebné výživy. Dále hodnotí pacientkám nutriční anamnézu, navrhuje případné změny v dietě a způsobu přijímání stravy s potravinovými doplňky. Dále dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví může provádět poradenství a edukaci na téma zdravá a léčebná strava, může provádět nezbytná vyšetření ke zjištění aktuálního stavu výživy pacientky a organizuje její přípravu.

Zdravotnický asistent patří hned po nutričním terapeutovi také do ošetrovatelského týmu, kde pracuje pod odborným dohledem porodní asistentky nebo všeobecné sestry (Mikšová et al., 2014). Podle Vytejškové et al. (2011) poskytuje ošetrovatelskou péči v souladu s odbornou způsobilostí a dodržuje hygienicko-epidemiologický režim.

Dalším nezbytným článkem ošetrovatelského týmu může být dle Vytejškové et al. (2011) zmiňovaný ošetrovatel, který pracuje pod odborným dohledem porodní asistentky či všeobecné sestry, ale ve spolupráci s lékařem podle Mikšové et al. (2014) se může podílet na léčebné, rehabilitační či diagnostické péči. Jak uvádí výše zmíněná vyhláška ošetrovatel poskytuje také základní ošetrovatelskou péči, provádí hygienickou péči u pacientek, pečuje o jejich vyprazdňování, včetně případného provedení očistného klyzmatu. Měří fyziologické funkce, doprovází pacientky na odborná vyšetření a pečuje o úpravu prostředí pacientek (Vytejšková et al., 2011).

Po ošetrovateli bychom do týmu zařadili všeobecného sanitáře pracujícího pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka, který je způsobilý k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu (Vytejšková et al., 2011). Následně podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků může pečovat o hygienu prostředí, dováží a dle potřeby připravuje stravu, transportuje biologický a zdravotnický materiál, manipuluje s prádlem a zajišťuje jeho přepravu. Většinou doprovází a převáží dospělé

pacientky na vyšetření, při překladu na jiné oddělení provádí technickou manipulaci s lůžkem, v rozsahu své způsobilosti může přejímat a ukládat léčivé přípravky (Vytejková et al., 2011). Pod odborným dohledem může ošetřovatel vykonávat činnosti základní ošetřovatelské péče, například asistovat při provádění hygienické péče o pacienta, pomáhat při polohování pacienta, roznášet přidělenou stravu a pečovat o vyprazdňování pacientů (Mikšová et al., 2014).

Povinnosti porodní asistentky a ostatních pracovníků zdravotnického zařízení jsou podle Roztočila et al. (2011) většinou stanoveny a sepsány v platné náplni práce. Dále dle autorů by měla nemocnice vést pro každého zaměstnance osobní spis, ve kterém jsou zahrnuty informace o dosažené kvalifikaci konkrétního zaměstnance a další informace požadované zákonem a podzákonnými normami. Každý zaměstnanec nemocnice poskytuje zdravotní péči takovou, která je stanovena dle aktuálního spektra jeho dosažených kompetencí, které jsou pravidelně ze strany nemocnice hodnoceny (Roztočil et al., 2011).

Podle Roztočila et al. (2011) mají porodní asistentky na oddělení stanovené pravomoce, podle jednotlivých úrovní řízení. Jejich rozsah je uveden v organizačním řádu, kde jsou definované vztahy mezi nadřízeným a podřízeným. Vedení nemocnice také musí stanovit optimální počet kvalifikovaného personálu na ošetrovací jednotce k tomu, aby byla zajištěna kvalitní a odpovídající péče o hospitalizované pacientky (Roztočil et al., 2011). Dále pak stanovují plán pro rozvíjení kvalifikace jednotlivých zdravotnických pracovníků na určité ošetrovací jednotce (Roztočil et al., 2011).

#### ***1.4.2 Osobnost porodní asistentky a všeobecné sestry***

Simočková (2011) tvrdí, že porodní asistentka by měla být za každé své jednání a rozhodování vždy zodpovědná, měla by mít rozvinuté kritické myšlení a umět správně komunikovat se ženami. Dále dle autorky musí znát náležitosti ke správné a efektivní komunikaci, jelikož komunikace je základ každé dobré spolupráce s pacientkami, které jsou těhotné nebo jsou už po porodu. Jacob (2012) a Simočková (2011) uvádějí, že porodní asistentka musí umět spolupracovat se členy zdravotnického týmu, protože obor gynekologie a porodnictví je podle Roztočila et al. (2011) multidisciplinární. Venglářová et al. (2011) dodávají, že by se měla umět zamyslet hlouběji nad svými osobnostními předpoklady.

Pro úspěšné vykonávání práce v roli porodní asistentky a všeobecné sestry musí mít tato osoba pod kontrolou své emoce, které dokáže vhodně regulovat (Kelnarová a Matějková, 2014). Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí, že musí být psychicky odolná vůči zevním stresům, které na ní při výkonu povolání působí, musí mít znalosti v oblasti psychologie nemocného a musí klást velký důraz na dodržování vhodné formy chování k pacientce. Dále Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) tvrdí, že porodní asistentka a všeobecná sestra by měla zvládnout vykonávat odbornou činnost a pracovat s moderními technologiemi, které se neustále vyvíjí. Nesou velkou zodpovědnost za vykonávání své práce, tudíž musejí perfektně využívat specifické znalosti a dovednosti v oboru (Jacob, 2012). Měly by mít přehled v právu, orientovat se v etickém kodexu práva pacientů, etickém kodexu zdravotních sester a ošetřovatelek (Kelnarová a Matějková, 2014). Venglářová et al. (2011) podotýkají, že porodní asistentky musí mít pevnou vůli a být odhodlané ve výkonu své práce.

Následně Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí, že osobnostními předpoklady porodní asistentky by měl být tvůrčí přístup při řešení úkolů, schopnost vnímat a realizovat podněty, dostatečná schopnost vcítit se do pacientek a porozumět jejím problémům. Jejich silnou stránkou musí být klidné vystupování ve společnosti, pohotové jednání, velká trpělivost a nesmí chybět sebekritika (Kelnarová a Matějková, 2014). Porodní asistentka by měla být technicky zručná a správně dokázat manipulovat s předměty a příslušnou technikou (Jacob, 2012). Kelnarová a Matějková (2014) upozorňuje na znalosti v oblasti ekonomiky, kdy musí být schopná hospodařit se zdravotnickým materiálem a umět si dobře rozvrhnout čas na určité výkony.

Podle International Confederation of Midwives (ICM) (2013), je porodní asistentka plně zodpovědný pracovník, který se snaží pracovat jako partner ženy a poskytuje jí potřebnou psychickou podporu. Jak už bylo zmíněno, pečuje o ženy během těhotenství, porodu, po porodu a poskytuje jim všechny nezbytné rady. Dále dle ICM (2013) vede porod na vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům, ale také dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje hlavně preventivní opatření a nezbytnou podporu fyziologického porodu. Porodní asistentka dle ICM (2013) zjišťuje případné komplikace u matky nebo dítěte, zprostředkovává ženám přístup k lékařské péči a provádí vhodná opatření při jakékoliv naléhavé situaci.

ICM (2013) dále uvádí, že porodní asistentka poskytuje ženám odborné informace a rady v oblasti zdravotnictví, ale také v oblasti vzdělávání žen a edukaci jejich rodin,

popřípadě celých komunit. Porodní asistentka může edukovat rodiny nebo komunity na téma předporodní přípravy, sexuálního a reprodukčního zdraví, přípravy na rodičovství a péči o novorozence. Dále ICM (2013) uvádí, že porodní asistentka poskytuje pomoc v citlivých situacích v životě žen, jako může být například interrupce, ukončení těhotenství, nebo ztráta těhotenství. Slezáková et al. (2011) dodávají, že může poskytnout i rady v oblasti sociálně právní.

Uvedené kompetence, které uvádí ICM (2013) jsou výsledkem jejich vzdělání, které dosáhly ještě před zahájením praxe. Dále dodává, že kompetence si mohou doplňovat i v průběhu praxe, a to ať vykonává praxi v jakémkoli prostředí.

## **1.5 Kompetence nelékařských zdravotnických oborů v oblasti gynekologie a porodnictví**

Nelékařský zdravotnický pracovník poskytující odborné činnosti v oblasti gynekologie a porodnictví musí být oprávněn k tomu, aby tyto činnosti mohl vykonávat a musí mít stanovené kompetence, které jsou profesí regulovány. Díky stanovení kompetencí lze poskytovat ženám kvalitní a bezpečnou péči (Bartůněk et al., 2016).

### ***1.5.1 Vymezení pojmu kompetence***

Kompetencí se rozumí podle Zítkové et al. (2015) a Proškové et al. (2014) jako souhrn vědomostí, dovedností a schopností, které umožňují porodní asistentce vykonávat odborné činnosti kvalifikovaně, pravomocně a oprávněně. Podle Proškové et al. (2014) je kompetence regulovaná profesí, kterou konkrétní osoba vykonává. Dále autoři uvádějí, že se kompetence odlišuje od skutečných znalostí a dovedností, které má každá porodní asistentka individuální. Podle Kudlové (2015) je kompetentnost porodních asistentek a všeobecných sester dána také platnou legislativou, která je uvedena ve Sbírce zákonů a jejich důkladná příprava na vysokých školách přispívá k tomu, že se zvyšuje úroveň v poskytování ošetrovatelské péče.

Obecně by zdravotnický pracovník měl vykonávat takové činnosti, ke kterým je kompetentní a které ovládá, konkrétněji jsou kompetence nelékařského povolání uvedeny v zákoně č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Mikšová et al., 2014). Podle Proškové et al. (2014) je zdravotnický pracovník povinen vykonávat odborné činnosti

eticky, a hlavně podle umění lékařského. Podle akreditačních standardů, které jsou stanoveny pro nemocnice, musí mít každý zaměstnanec zdravotnického zařízení písemně stanovenou náplň práce, která by měla být v souladu s jeho dosaženým vzděláním, kvalifikací a předchozí odbornou praxí (Prošková et al., 2014). Autoři dále uvádějí, že nelékařský zdravotnický pracovník bývá zařazován do platové třídy, dle kompetencí, které zdravotník má a dle toho, jak náročné odborné činnosti zdravotník pro zaměstnavatele poskytuje.

### ***1.5.2 Kompetence porodních asistentek***

V České republice jsou kompetence porodní asistentky a ostatních členů zdravotnického týmu uvedeny v legislativě, a to konkrétně v zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, který stanovuje jejich činnosti. Kompetence porodní asistentky také upravuje komunitní právo, a to konkrétně směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací. Tato směrnice také podrobněji specifikuje kompetence porodní asistentky (Bartůněk et al., 2016).

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, může porodní asistentka poskytovat zdravotní služby, ke kterým získala odbornou způsobilost. V ohrožení života a zdraví pacientky musí porodní asistentka poskytnout odbornou první pomoc, ale pokud by poskytnutí zdravotní služby bylo v rozporu s jejím svědomím či náboženským vyznáním, může tuto službu odmítnout. V tomto případě musí informovat poskytovatele služeb, který je povinen zajistit jiného zdravotnického pracovníka k poskytnutí zdravotní služby.

Slezáková et al. (2011) uvádějí, že porodní asistentka může edukovat ženu o vhodném stravování v těhotenství a při kojení. Může poskytovat informace o péčování novorozence a předvést ženě nácvik, jak správně o novorozence pečovat. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků uvádí, že porodní asistentka může navštěvovat rodinu těhotné ženy v průběhu šestinedělí a předcházet potencionálním komplikacím, které

se mohou vyskytnout u ženy a novorozence v tomto období. Dle směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací může porodní asistentka diagnostikovat těhotenství a předepisovat nebo doporučit ženě nutná vyšetření k určení diagnózy rizikového těhotenství. Směrnice také určuje, že porodní asistentka musí při zjištění rizika předat ženu do péče lékaře, který je specializovaný v oboru gynekologie a porodnictví.

Jak uvádí směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací, může porodní asistentka sledovat stav plodu v děloze metodami, které jsou klinicky a technicky k tomu přizpůsobeny. Dle Slezákové et al. (2011) musí porodní asistentka v případě nepřítomnosti lékaře provést neodkladné opatření, které by vyžadoval zdravotní stav pacientky, může připravit ženu k porodu, pečovat o ní a psychicky jí podpořit ve všech porodních dobách. Dále autoři uvádějí, že také může vést fyziologický porod a provést nástřih hráze u ženy při porodu. Výše zmíněná vyhláška, která specifikuje kompetence porodní asistentky uvádí, že porodní asistentka musí umět v případě nouze porodit plod koncem pánevním a ošetřit poporodní poranění, které při porodu hrozí.

Porodní asistentka má kompetenci kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, dle výše uvedené platné legislativy může také manipulovat se zdravotními prostředky, zajišťovat dezinfekci, sterilizaci a dostatek zásob prádla na gynekologicko-porodnickém oddělení. Slezáková et al. (2011) poukazují na to, že porodní asistentka může pečovat bez odborného dohledu a bez jakékoliv indikace o fyziologického novorozence, ale musí perfektně ovládat resuscitaci novorozence, kterou by zahájila v případě vzniku komplikací. Podle vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, může porodní asistentka asistovat lékaři, který je specializovaný v oboru gynekologie a porodnictví, při komplikovaném porodu a v případě nouze mu instrumentovat na operačním sále.

Jak uvádí výše zmíněná vyhláška, porodní asistentka uspokojuje potřeby pacientek, řeší jejich aktuální problémy a snaží se zlepšit jejich zdravotní stav. Dále dle výše uvedené legislativy by se měla porodní asistentka podílet na poskytování preventivní, léčebné, diagnostické a rehabilitační péče, připravovat pacientky k diagnostickým a léčebným výkonům dle ordinace lékaře. Následně vyhláška konstatuje, že může provádět vysoce specializovanou péči pod odborným dohledem lékaře v případě, že vlastní specializaci v příslušném oboru.

## **1.6 Vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů v oblasti gynekologie a porodnictví**

Neustálé rozvíjení vědomostí provází každého nelékařského zdravotnického pracovníka pracujícího na gynekologicko-porodnickém oddělení. Rozvíjet si své vědomosti je nezbytné, jelikož v ošetrovatelské péči jsou stále nové trendy. Tudiž jsou porodní asistentky a další nelékařští zdravotničtí pracovníci povinni neustále své znalosti doplňovat (Jacob, 2012). V následujících kapitolách se podrobněji zabýváme vzděláváním těchto zdravotnických oborů.

### **1.6.1 Vymezení pojmu vzdělávání**

Vzdělání je pojem, který podle Zítkové et al. (2015) označuje soubor vědomostí, dovedností, ale také postojů, které jsou důležité pro výkon každého zdravotnického povolání. Plevová et al. (2012) uvádějí, že vzdělávání je silný nástroj k rozvoji kompetencí a schopnosti organizace. Následně autoři poukazují na to, že kvůli novým změnám ve světě je nelékařský zdravotnický pracovník nucen se celoživotně vzdělávat. Zdravotníci musejí být vzděláváni v oblasti poskytování odborných činností, ale také v oblasti cizích jazyků a počítačové technologie, která je v dnešní době plně zastoupena v každém zdravotnickém zařízení (Adamczyk, 2012).

### **1.6.2 Formy vzdělávání**

Podle Plevové et al. (2012) je proces vzdělávání rozdělen na dvě fáze. První fáze vzdělávání je pregraduální (Plevová et al., 2012). Autoři uvádějí, že v této první fázi vzdělávání získají absolventi způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Možnost získat způsobilost k výkonu zdravotnického povolání se nachází na střední zdravotnické škole, zdravotnickém lyceu, vyšší zdravotnické škole a vysoké škole v bakalářských programech (Plevová et al., 2012).

Druhou fází vzdělávání je označováno postgraduální studium, které poskytují vysoké školy v magisterských a doktorských programech (Plevová et al., 2012). Plevová et al. (2012) uvádějí, že do postgraduálního studia zařazujeme specializační či kvalifikační vzdělávání a kontinuální, které je nejdelší, co se týče praxe, a má velký vliv na poskytování kvalitní péče.

Slowik (2012) a Bužgová et al. (2011) uvádějí, že specializační studium patří do postgraduálního studia, které je zaměřeno na specifiku ošetrovatelské péče v různých



klinických oborech, na různé typy nemocniční péče a na management. Toto studium probíhá v akreditovaných zařízeních dle vzdělávacího programu, který má daný počet kreditů (Slowik, 2012). Vzdělávací program dle Bužgové et al. (2011) stanovuje, jak dlouho bude trvat příprava, jaký bude jeho obsah, kolik hodin bude obsahovat praktické a teoretické vyučování a výuková pracoviště, na kterých vzdělávání probíhá. Program obsahuje seznam doporučené literatury, která je vhodná ke studiu a charakteristiku činností absolventů specializačního studia pro jednotlivé moduly (Bužgová et al., 2011). Dále dle autorů může program stanovit délku výkonu povolání a může být zaměřen na konkrétní typ pracoviště, kde je povolání vykonáváno. Porodní asistentka má na výběr ze vzdělávacích programů například intenzivní péče v porodní asistenci, komunitní péče v porodní asistenci, perioperační péče v gynekologii a porodnictví, a navíc se může každoročně vzdělávat prostřednictvím vzdělávacích akcí, které pořádá Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO, © 2017). Aktuální nabídku ke konkrétnímu roku mohou porodní asistentky nalézt na internetových stránkách této společnosti každý rok.

Celoživotní vzdělávání řadíme do postgraduální fáze vzdělávání a konkrétněji ho specifikuje zákon č. 96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Každý zdravotník je dle této platné legislativy povinen se celoživotně vzdělávat v příslušném oboru. Celoživotní vzdělávání je dynamický proces, který se prolíná v profesním životě porodní asistentky, ale také v jejím osobním životě. Davis et al. (2014) charakterizuje celoživotní vzdělávání jako průběžné obnovování, prohlubování, zvyšování a doplňování vědomostí zdravotnického nelékařského pracovníka v příslušném oboru v souladu s rozvojem konkrétního oboru a nejnovějšími poznatky. Bužgová et al. (2011) a Simočková (2011) také upozorňují na to, že by porodní asistentka měla udržovat svoji odbornost na úrovni během svého profesního života tím, že se celoživotně bude vzdělávat. Dle výše zmiňované legislativy se povinnost celoživotně vzdělávat prokáže na základě kreditního systému. Výše zmiňovaná legislativa, která definuje celoživotní vzdělávání nelékařského zdravotnického povolání uvádí, že kreditní systém slouží k zápočtu vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a je dále určen vyhláškou 4/2010 Sb., která stanovuje tento kreditní systém sloužící k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu

zdravotnických pracovníků. Porodní asistentka má oprávnění vykonávat odbornou péči dle své kompetence a je za ní plně odpovědná (Bužgová et al., 2011). Hekelová (2012) tvrdí, že by měla k celoživotnímu vzdělávání přistupovat aktivně a měla by chápat jeho nutnost a význam.

Mezi formy celoživotního vzdělávání řadíme již zmiňované specializační vzdělávání, které navazuje na získanou odbornou způsobilost, kterou má zdravotnický pracovník (Bužgová et al., 2011). Dále zákon specifikující celoživotní vzdělávání uvádí jako další formy tohoto vzdělávání absolvování certifikovaných a odborných kurzů, inovační e-learningové kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, semináře, účast na školicích akcích a samostatné studium odborné literatury.

V České republice se v současnosti nachází 4500 registrovaných porodních asistentek, které pracují na gynekologicko-porodnických odděleních a klinikách, ale v komunitním prostředí se nachází přibližně 200 porodních asistentek (Citores, 2014). Dle toho můžeme říci, že jejich zastoupení je v nemocnicích dostatečné, ale v komunitním prostředí je jejich přítomnost zcela nedostatečná (Citores, 2014). Malý počet komunitních porodních asistentek není jen v České republice, ale dle prezidentky České konfederace Věry Vránové, není dostatečný ani v dalších střeoevropských zemích. Dle prezidentky České konfederace udělalo vzdělávání porodních asistentek velký pokrok a Citores (2014) dodává, že porodní asistentky dosahují odborného vzdělání prostřednictvím vysokých škol.

### **1.7 Způsobilost nelékařských zdravotnických oborů v oblasti gynekologie a porodnictví**

Způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických oborů musí být uvedeny v zákonu, aby bylo zcela jasné, jak nelékařský zdravotnický pracovník získá oprávnění k vykonávání odborné činnosti. Legislativa definuje u každého oboru zcela jasné požadavky a konkrétněji bychom je mohli najít v zákonu č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. V následujících odstavcích jsou uvedeny podmínky dle uvedené legislativy

ke konkrétním nelékařským zdravotnickým oborům, které pracují na gynekologicko-porodnickém oddělení.

### ***1.7.1 Způsobilost k výkonu porodní asistentky***

Porodní asistentka, která absolvovala tříletý akreditovaný bakalářský obor porodní asistence, absolvovala obor diplomovaná porodní asistentka na vyšší zdravotnické škole a zahájila první ročník ve školním roce nejpozději do 2003/2004, získává způsobilost k výkonu povolání. Dále pokud absolvovala střední zdravotnickou školu v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka (PA) a zahájila první ročník ve školním roce 1996/1997. Poslední variantou z této legislativy je varianta, kdy absolventka studovala na střední zdravotnické škole v oboru ženská sestra a zahájila první ročník ve školním roce nejpozději v letech 1996/1997 a odpracovala 3 roky jako porodní asistentka.

### ***1.7.2 Způsobilost k výkonu všeobecné sestry***

Na gynekologicko-porodnickém oddělení může pracovat i všeobecná sestra, a proto je nezbytné jí v kapitole způsobilosti k výkonu zmínit. Výše zmiňovaný zákon uvádí, že všeobecná sestra získává způsobilost k výkonu pomocí absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru po dobu tří let pro všeobecné sestry, absolvováním studia na vyšší zdravotnické škole po dobu tří let v oboru diplomovaná všeobecná sestra a absolvováním vysokoškolského studia v oboru psychologie. Způsobilost získává i v případě, kdy absolvovala tříleté studium v oboru diplomovaná dětská sestra nebo sestra pro psychiatrii. Dále pokud zahájila první ročník v roce 2003/2004 na střední zdravotnické škole, tříleté studium v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšší zdravotnické škole do roku 2003/2004 a pracovala v oboru po dobu tří let.

### ***1.7.3 Způsobilost k výkonu nutričního terapeuta***

Nutriční terapeut se také nachází na gynekologicko-porodnickém oddělení, jak už bylo zmíněno výše v textu a způsobilost k výkonu získává absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru a tříletého studia na vyšší zdravotnické škole v oboru diplomovaná dietní sestra při zahájení školního ročníku do roku 2004/2005. Způsobilost k výkonu získává, pokud absolvuje na vyšší zdravotnické škole obor diplomovaný nutriční terapeut a na střední zdravotnické škole v oboru dietní sestra při zahájení prvního ročníku v roce 2004/2005.

#### ***1.7.4 Způsobilost k výkonu ošetřovatele***

Ošetřovatel získá způsobilost k výkonu absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetřovatel a tříletého studia, které ukončil závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole v oboru ošetřovatel. Následně může získat způsobilost k výkonu povolání absolvováním 4 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický asistent a absolvováním 3 ročníků studia na střední zdravotní škole v oboru všeobecná sestra. Další varianty, které umožňují získat způsobilost k výkonu ošetřovatele jsou uvedeny v zákonu č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Ošetřovatel dle legislativy poskytuje ošetřovatelskou péči pod odborným dohledem porodní asistentky.

#### ***1.7.5 Způsobilost k výkonu sanitáře***

Dalším nezbytným článkem lůžkového oddělení je sanitář, který získává odbornou způsobilost k výkonu při absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru sanitář. Dále pokud absolvoval část studia na vysokých školách nebo na vyšších odborných zdravotnických školách v akreditovaných studijních oborech. Sanitář poskytuje pomocné činnosti pod odborným dohledem nebo přímým vedením porodní asistentky či všeobecné sestry.

## **2 CÍL PRÁCE**

### **2.1 Cíl práce**

Na základě prostudování odborné literatury byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Cíl 2: Zjistit průměrné časové hodnoty pro jednotlivé ošetrovatelské činnosti speciální ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Cíl 3: Stanovit časové hodnoty ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientek.

### **2.2 Výzkumné otázky**

K prvnímu cíli bakalářské práce se vztahuje následující:

Výzkumná otázka 1: Jaký výkon se na gynekologicko-porodnickém oddělení nejčastěji vykonává?

### **2.3 Hypotézy**

Ke druhé části výzkumného šetření stanovujeme následující:

HA 1: Průměrná časová náročnost sledovaných výkonů se liší.

Ke třetí části výzkumného šetření stanovujeme následující:

HA 2: Celková časová náročnost péče o srovnávané skupiny pacientek se liší.

### 3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

„Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče“ se dle Pochylé a Pochylého (1999) zabývá stanovením metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických oborů.

„Základní ošetrovatelská péče (ZOP)“ označuje Pochylá (2003) za činnosti, které se vztahují k uspokojení základních potřeb pacientek. Zahrnuje tedy ošetrovatelskou péči o osobní hygienu, stravování, vyprazdňování, pohybovou schopnost a komunikaci (Pochylá, 2003). Autorka rozděluje základní péči do čtyř kategorií. První kategorie jsou soběstační pacienti, druhá kategorie pacientů potřebuje částečnou pomoc, třetí kategorie potřebuje kompletní péči při hygieně a jídle a čtvrtá kategorie potřebuje intenzivní péči. Na gynekologicko-porodnickém oddělení byly zaregistrované ženy spadající do první kategorie a tuto kategorii autorka ohodnotila časovou náročností 5 minutami na 1 pacientku za 24 hodin.

„Speciální ošetrovatelská péče (SOP)“ zahrnuje činnosti, které jsou převážně ordinované lékařem a dělí se dle Pochylé (2003) do čtyř kategorií. První kategorie „Podávání léků“, druhá kategorie „Sledování“, „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“ a čtvrtá kategorie „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“. Blíže jsou výkony uvedené v empirické části bakalářské práce.

„Jednorázovou denní hodnotou ( $T_c$ )“ se rozumějí činnosti, které se nepřímou podílí na péči o pacientku a jsou časově ohodnoceny. Mezi tyto činnosti zařadila Pochylá (2003) vizitu, písemné plánování ošetrovatelské péče, předávání služby, jednání s rodinnými příslušníky a telefonické hovory. Tyto činnosti ohodnotila autorka 40minutovou náročností na 1 pacientku za 24 hodin.

„Celkovou ošetrovací dobou ( $T$ )“ se rozumí celkový čas, který je potřebný na ošetrovatelskou péči a je roven dle Pochylé (2003) součtu základní ošetrovatelské péče ( $T_A$ ), speciální ošetrovatelské péče ( $T_B$ ) a jednorázové denní hodnoty ( $T_C$ ). Vzorec k výpočtu celkové ošetrovací doby je:  $T = T_A + T_B + T_C$  [ min / 24 hod ].

„Ošetrovatelská péče“ má za cíl se zaměřit na prevenci a včasný záchyt komplikací, které se u pacientky mohou objevit (Pochylá a Pochylý, 1999).

„ $T$ “ označuje celkovou ošetrovací dobu.

„ $T_A$ “ označuje základní ošetrovatelskou péči.

„ $T_B$ “ značí speciální ošetrovatelskou péči.

„ $T_C$ “ označuje jednorázovou denní hodnotu.

## 4 METODIKA

V této bakalářské práci bylo použito kvantitativní šetření. K zahájení výzkumu bylo nezbytné požádat o povolení Nemocnici Písek, a.s. (Příloha 5). Konkrétně jsme se obrátili na hlavní sestru Mgr. Janu Somrovou a následně na vrchní sestru gynekologicko-porodnického oddělení Mgr. Lenku Kostohryzovou.

První část výzkumného šetření probíhala na gynekologicko-porodnickém oddělení na stanici šestinedělí a operativní gynekologie Nemocnice Písek, a. s. Byla použita metoda přímého strukturovaného pozorování. Pozorovány byly speciální ošetrovatelské výkony klasifikované dle „Metody pro stanovení počtu a kvantifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé“ (Pochylá a Pochylý, 1999). Pozorovaly se četnosti výkonů u 15 respondentek během dvanáctihodinové denní služby. Na stanicích bylo zaregistrováno celkem 27 výkonů, které byly rozděleny do čtyř kategorií: Podávání léků, Sledování, Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony a Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi. Výkony, které se u respondentek prováděly byly zaznamenány do záznamového listu (Příloha 1). Součet četností u speciálních ošetrovatelských výkonů byl 328. V každé kategorii byl zjištěn nejvíce a nejméně frekventovaný výkon a jeho procentuální zastoupení z celkového součtu výkonů. Procenta byla zaokrouhlována na celá čísla. Data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2010. Výzkumné šetření probíhalo v listopadu 2016.

Ve druhé části výzkumného šetření bylo vybráno 27 ošetrovatelských výkonů, které se vyskytovaly na stanici operativní gynekologie a šestinedělí. Každý tento výkon byl měřen za pomoci hodinek s vteřinovou ručičkou 30krát a poté byl zapsán do předem vytvořeného záznamového listu (Příloha 2). Naměřené hodnoty byly zadány do programu Microsoft Excel 2010. Z naměřených hodnot byla vyškrtnuta nejnižší a nejvyšší časová hodnota, dle doporučení Pochylé a Pochylého (1999). U zbylých 28 hodnot byla zjištěna průměrná časová hodnota a směrodatná odchylka (Příloha 4). Na závěr se porovnávaly časové hodnoty dvou nejrychlejších výkonů. Náměry byly měřeny od přípravy, přes provádění výkonu až do ukončení, včetně dokumentace. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2016 do února 2017.

Ve třetí části byly sledovány tři skupiny pacientek. Každá skupina obsahovala 5 pacientek. První skupina byly ženy po císařském řezu, druhá skupina byla tvořena ženami po fyziologickém porodu a třetí skupina ženami s rizikovým těhotenstvím.

U respondentek byly sledovány výkony, které u nich byly prováděny v průběhu 24hodinové směny za pomoci strukturovaného pozorování a analýzy zdravotnické dokumentace. Pozorovány byly porodní asistentky, které vykonávaly výkony u vybrané skupiny žen. Všechny zaznamenané výkony byly pečlivě zapsány do předem připraveného záznamového listu (Příloha 3). Následně se stanovila časová náročnost speciální ošetrovatelské péče tím, že se vynásobily četnosti u jednotlivých výkonů průměrnou časovou hodnotou, která byla zjištěna u konkrétního výkonu. Vypočítaná časová náročnost speciální ošetrovatelské péče na jednu pacientku se poté sečetla se základní ošetrovatelskou péčí a jednorázovou denní hodnotou dle vzorce, který uvádí Pochylá a Pochylý (1999) ve své publikaci. Výsledek tohoto vzorce znázorňoval celkovou ošetrovací dobu na jednu pacientku. Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2017.

Statistické vyhodnocení výsledků bylo provedeno v programu Microsoft Excel 2010. Pro srovnání průměrů byly využity dvouvýběrový T test a analýza rozptylu (ANOVA). Zvolená hladina významnosti byla 5 %.

#### **4.1 Výzkumný soubor**

V první části výzkumu tvořily výzkumný soubor pacientky na stanicích šestinedělí a operativní gynekologie. Celkový počet pacientek byl 15 a inventarizováno bylo 27 výkonů.

Ve druhé části byl výzkumný soubor tvořen 27 výkony. Každý z výkonů byl měřen 30krát.

Ve třetí části výzkumný soubor tvořily tři skupiny pacientek. Každá ze tří skupin obsahovala 5 pacientek. Jedna skupina byla tvořena ženami po císařském řezu, druhá skupina žen s rizikovým těhotenstvím a třetí skupina byla tvořena ženami po fyziologickém porodu.



## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Inventarizace výkonů

Pozorování četností výkonů bylo prováděno na gynekologicko-porodnickém oddělení na stanici šestinedělí a operativní gynekologie u 15 respondentek po dobu denní služby (12 hodin).

**Tabulka 1** Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Podávání léků“

Inventarizace výkonů v kategorii „Podávání léků“	Četnost výkonů	
	N	%
Podávání léků per os	45	14
Aplikace infúzí, sledování	28	9
Aplikace léků i.m.	16	5
Aplikace léků i.v.	13	4
Zevní léčebné prostředky – místní aplikace	13	4
Aplikace léků s.c.	5	2
Asistence při aplikaci krevních derivátů	3	1
Inhalace kyslíku a jiných léčebných prostředků	3	1
<b>Celkem všech výkonů</b>	<b>328</b>	<b>100</b>
<b>Maximum</b> – Podávání léků per os	<b>45</b>	<b>14</b>
<b>Minimum</b> – Asistence při aplikaci krevních derivátů	<b>3</b>	<b>1</b>
– Inhalace kyslíku a jiných léčebných prostředků		

Z celkového počtu 328 provedených výkonů v kategorii „Podávání léků“ (100 %) bylo 45x zaznamenáno podání léků per os (14 %), 28x aplikace infúze (9 %) a 16x aplikace intramuskulární injekce (5 %). 13x porodní asistentky podaly lék intravenózní cestou (4 %). Stejný počet výkonů byl registrován ve skupině místní aplikace zevního léčebného prostředku (13x, 4 %). 5x byly aplikovány léky podkožní cestou (2 %). Nejméně frekventovaný výkon z této skupiny byl asistence při podání krevního derivátu a inhalace kyslíku a jiných léčebných prostředků (3x, 1 %).

**Tabulka 2 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Sledování“**

Inventarizace výkonů v kategorii	Četnost výkonů	
	N	%
„Sledování“		
Sledování vitálních funkcí	40	12
Rozměry tělesných částí	6	2
<b>Celkem všech výkonů</b>	<b>328</b>	<b>100</b>
<b>Maximum</b> – sledování vitálních funkcí	<b>40</b>	<b>12</b>
<b>Minimum</b> – rozměry tělesných částí	<b>6</b>	<b>2</b>

Z celkového počtu 328 inventarizovaných výkonů (100 %) byla zjištěna četnost výkonů z kategorie „Sledování“ 40x bylo zaznamenáno sledování vitálních funkcí (12 %) a 6x sledování rozměrů tělesných částí (2 %).

**Tabulka 3 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Speciální ošetřovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“**

Inventarizace výkonů v kategorii	Četnost výkonů	
	N	%
„Speciální ošetřovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“		
Péče o žilní přístup, epidurální katétr	25	8
Asistence při vyšetření	17	5
Instruktaž a edukace – jednoduchá	17	5
Speciální vyšetření prováděná sestrou	13	4
Odběry biologického materiálu	14	4
Psychická podpora	14	4
Zavedení periferního žilního katétru	10	3
Dechová rehabilitace, nácvik dýchání, léčebné polohy	11	3
Péče o ránu, převaz – jednoduchý	8	2
Bandážování dolních končetin	4	1
Klyzma	2	1
Příprava pacientky k náročnému operačnímu výkonu	4	1
Cévkování močového měchýře	1	0
<b>Celkem všech výkonů</b>	<b>328</b>	<b>100</b>
<b>Maximum</b> – Péče o žilní přístup, epidurální katétr	<b>25</b>	<b>8</b>
<b>Minimum</b> – Cévkování močového měchýře	<b>1</b>	<b>0</b>

Z celkového počtu 328 inventarizovaných výkonů (100 %) byla zjištěna četnost výkonů z kategorie „Speciální ošetřovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“ (100 %). Nejpočetnější zastoupení z této skupiny bylo zaregistrováno u výkonu péče o žilní přístup a epidurální katétr 25x (8 %). 17x porodní asistentky asistovaly při vyšetření (5 %)

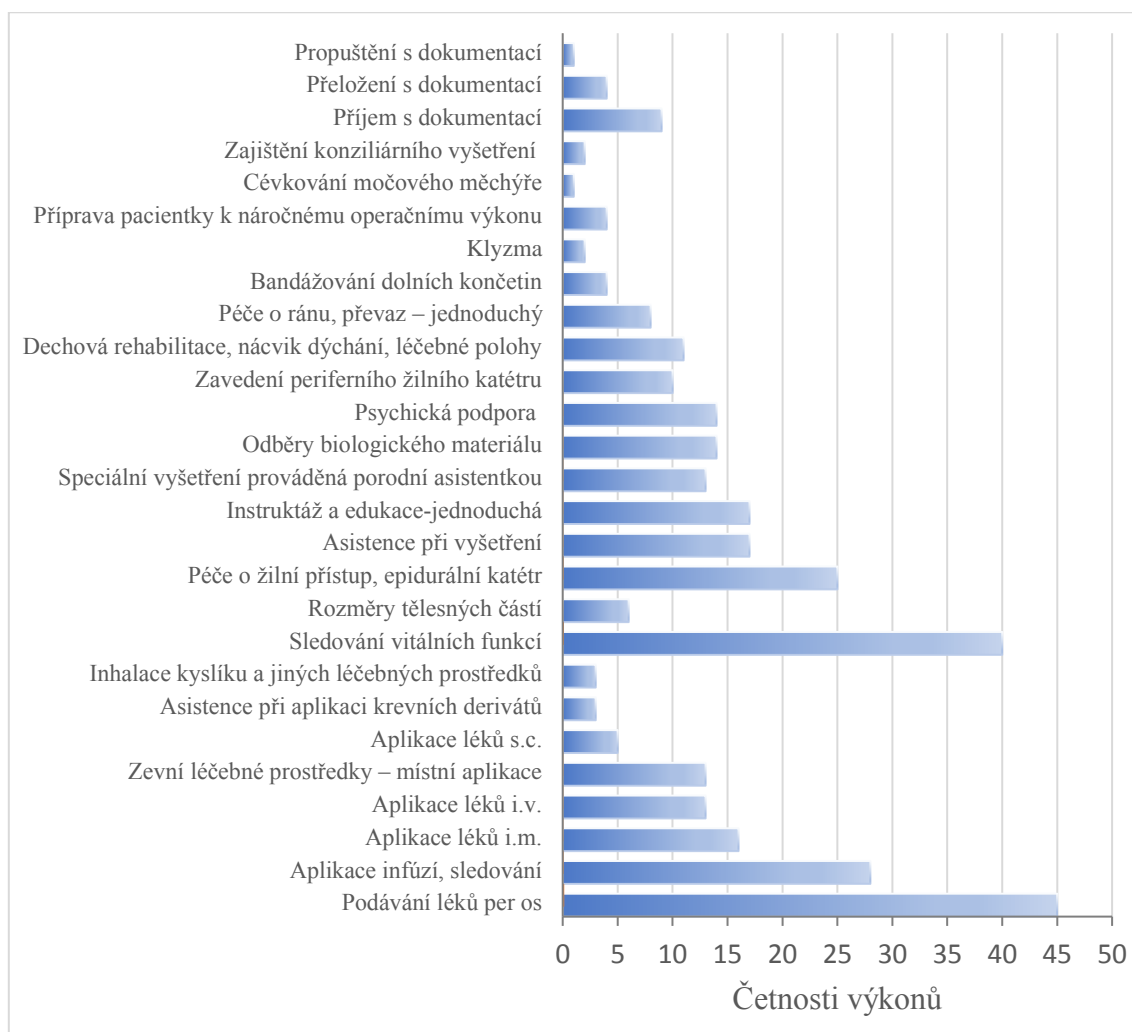
a stejný počet výkonů byl registrován ve skupině jednoduchá instruktáž a edukace (17x, 5 %). Dále bylo zaznamenáno 14x (4 %) odběry biologického materiálu a stejný počet výkonů byl zaznamenán ve skupině psychická podpora (14x, 4 %). 13x porodní asistentky provedly výkon speciální vyšetření prováděná sestrou (4 %), 11x nácvik dýchání, léčebné polohy, dechová rehabilitace (3 %), 10x zavedení periferního žilního katétru (3 %). 8x porodní asistentky provedly složitý převaz rány a pečovaly o ránu (2 %), 4x bandážování dolních končetin (1 %) a stejný počet výkonů byl zaregistrován ve skupině příprava pacientky k náročnému operačnímu výkonu (4x, 1 %). 2x (1 %) podaly porodní asistentky klyzma a nejméně prováděly cévkování močového měchýře (1x, 0 %).

**Tabulka 4 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“**

Inventarizace výkonů v kategorii	Četnost výkonů	
	N	%
<b>„Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“</b>		
Příjem s dokumentací	9	3
Zajištění konziliárního vyšetření	2	1
Přeložení s dokumentací	4	1
Propuštění s dokumentací	1	0
<b>Celkem všech výkonů</b>	<b>328</b>	<b>100</b>
<b>Maximum – Příjem s dokumentací</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
<b>Minimum – Propuštění s dokumentací</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

Z celkového počtu 328 inventarizovaných výkonů (100 %) byla zjištěna četnost výkonů z kategorie „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“. Z této skupiny porodní asistentky nejčastěji provedly výkon příjem s dokumentací (9x, 3 %), 4x přeložení s dokumentací (1 %) a 2x zajistily konziliární vyšetření (1 %). Nejméně frekventovaným výkonem bylo propuštění s dokumentací (1x, 0 %).

Obrázek 1 znázorňuje výsledek srovnání četností u speciálních ošetrovatelských výkonů



**Obrázek 1 Srovnání četností u jednotlivých speciálních ošetrovatelských výkonů**

Dle důslednému zpracování dat v tabulkách mohly být shrnuty všechny speciální ošetrovatelské výkony v grafické podobě, díky které si můžeme odpovědět na výzkumnou otázku. Na gynekologicko-porodnickém oddělení je zjevné, že porodní asistentky nejvíce prováděly výkon podávání léků ústy (45x). Výkon, který byl nejméně zaregistrován, byl cévkování močového měchýře (1x) a propuštění s dokumentací (1x).

## 5.2 Vyhodnocení časové náročnosti ošetrovatelských výkonů

Náměry výkonů byly prováděny na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. na stanici operativní gynekologie a šestinedělí. Jednotlivé výkony byly naměřeny 30krát. Z naměřených hodnot byla vždy vyškrtnuta nejvyšší a nejnižší časová hodnota výkonu dle doporučení Pochylé a Pochylého (1999). Popisnou statistikou v programu Microsoft Excel 2010 tedy bylo zpracováno 28 naměřených hodnot.

**Tabulka 5 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Podávání léků“**

Časová náročnost výkonů v kategorii „Podávání léků“	min:s			
	Průměr	SD	Min.	Max.
Aplikace infuzí, sledování	10:55	1:42	8:14	14:23
Inhalace kyslíku	6:55	1:23	4:05	9:30
Asistence při aplikaci krevních derivátů	34:23	4:55	25:50	45:02
Podávání léků per os	2:34	0:21	1:45	3:57
Zevní léčebné prostředky – místní aplikace	3:27	0:38	2:15	5:02
Aplikace léků i.v.	8:16	1:22	4:45	10:43
Aplikace léků i.m.	3:20	0:15	2:02	4:18
Aplikace léků s.c.	2:18	0:20	1:45	3:10

Výkon aplikace infuzí a její sledování trval průměrně 10 min 55 s, SD (směrodatná odchylka) 1 min 42 s, minimální hodnota naměřených hodnot (Min.) byla 8 min 14 s a maximální hodnota (Max.) 14 min 23 s. Inhalace kyslíku trvala průměrně 6 min 55 s, SD 1 min 23 s, minimální hodnota byla 4 min 5 s a maximální hodnota 9 min 30 s. Asistence při aplikaci krevních derivátů trvala průměrně 34 min 23 s, SD 4 min 55 s, min. hodnota byla 25 min 50 s, max. hodnota výkonu 45 min 2 s. Výkon podávání léků per os měl průměrnou hodnotu 2 min 34 s, SD 21 s, min. hodnota 1 min 45 s a max. hodnota 3 min 57 s. Zevní léčebné prostředky – místní aplikace trvala průměrně 3 min 27 s, SD 38 s, min. hodnota 2 min 15 s a max. hodnota 5 min 2 s. Aplikace léků i.v. trvala průměrně 8 min 16 s, SD 1 min 22 s, min. hodnota 4 min 45 s a max. hodnota 10 min 43 s. Aplikace léků i.m. trvala porodním asistentkám průměrně 3 min 20 s, SD 15 s, minimální hodnota 2 min 2 s a max. hodnota 4 min 18 s. Aplikace léků s.c. trvala průměrně 2 min 18 s, SD 20 s, min. hodnota 1 min 45 s a max. hodnota 3 min 10 s.

**Tabulka 6 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Sledování“**

Časová náročnost výkonů v kategorii  „Sledování“	min:s			
	Průměr	SD	Min.	Max.
Rozměry tělesných částí	3:29	0:23	2:39	4:21
Sledování vitálních funkcí	2:55	0:09	2:35	3:36

V této kategorii měl výkon rozměry tělesných částí nejdelší průměrnou časovou hodnotu 3 min 29 s, SD byla 23 s, minimální hodnota 2 min 39 s a maximální hodnota 4 min 21 s. Sledování vitálních funkcí trvalo porodním asistentkám průměrně 2 min 55 s, SD 9 s, minimální časová hodnota byla 2 min 35 s a maximální hodnota 3 min 36 s.

**Tabulka 7 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“**

Časová náročnost výkonů v kategorii  „Speciální oše. a diagnosticko-terapeut. výkony“	min:s			
	Průměr	SD	Min.	Max.
Příprava pacientky k náročnému operačnímu výkonu	14:59	2:43	10:23	20:32
Klyzma	9:58	0:50	8:32	12:00
Zavedení periferního žilního katétru	6:45	0:15	5:35	7:45
Instruktaž a edukace – jednoduchá	6:43	0:25	5:51	8:21
Speciální vyšetření prováděná sestrou	9:33	1:16	7:14	12:03
Bandážování dolních končetin	5:34	0:24	4:49	6:08
Péče o žilní přístup, epidurální katétr	6:22	0:25	5:33	7:02
Cévkování močového měchýře	10:12	0:52	9:11	12:43
Odběry biologického materiálu	8:09	1:21	5:04	9:43
Psychická podpora	10:06	0:54	7:55	12:00
Péče o ránu, převaz – jednoduchý	5:11	0:22	4:29	5:55
Asistence při vyšetření	6:08	0:39	5:03	8:02
Dechová rehabilitace, nácvik dýchání, léčebné polohy	5:03	0:43	4:02	6:38

Výkon příprava pacientky k náročnému operačnímu výkonu měl z této skupiny nejdelší průměrnou hodnotu (14 min 59 s), SD činila 2 min 43 s, minimální časová hodnota 10 min 23 s, maximální časová hodnota 20 min 32 s. Výkon klyzma měl průměrnou hodnotu 9 min 58 s, směrodatná odchylka 50 s, minimální časová hodnota 8 min 32 s a maximální 12 min. Výkon zavedení periferního žilního katétru měl

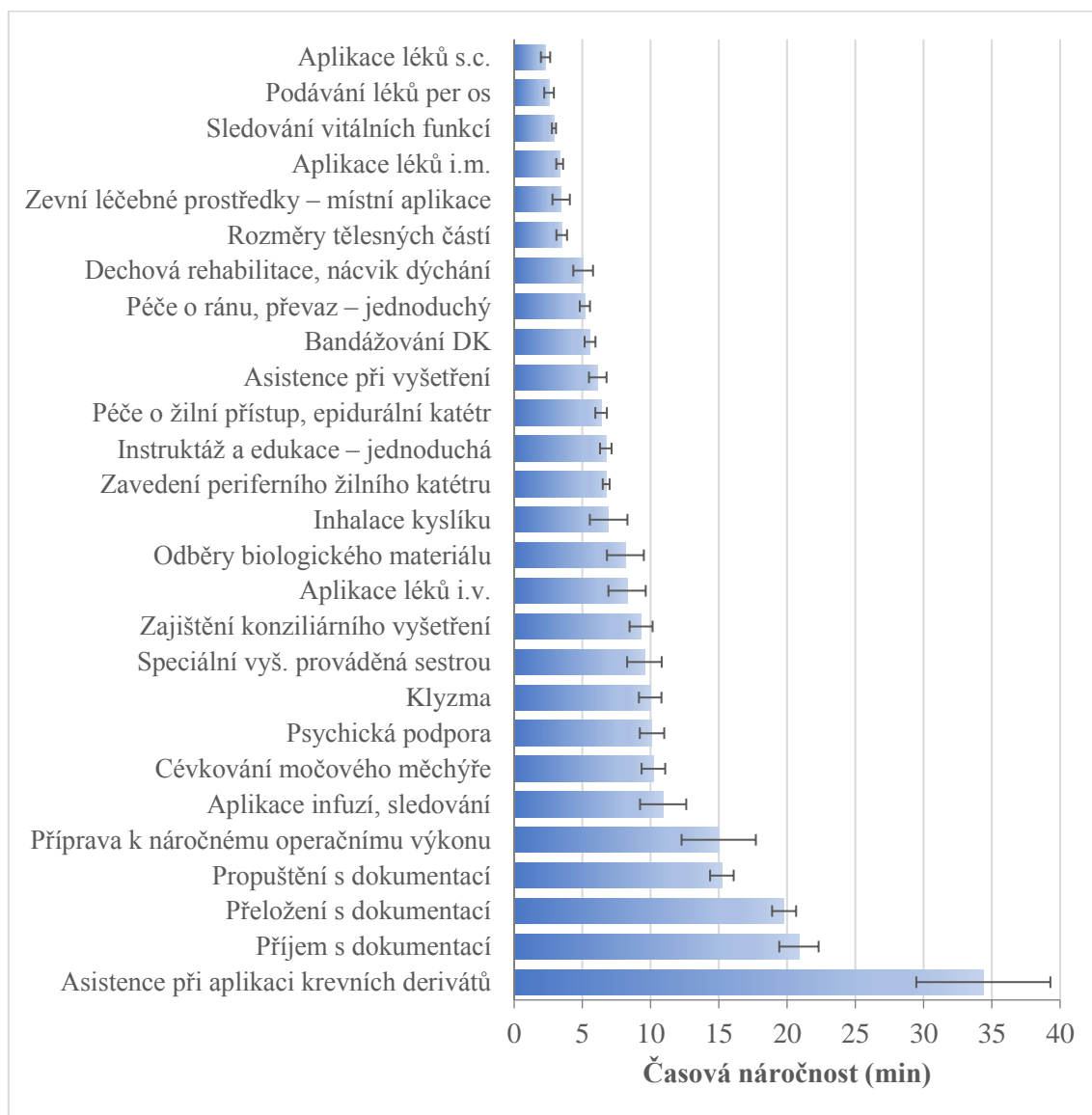
průměr 6 min 45 s, SD 15 s, min. hodnota 5 min 35 s a max. hodnota 7 min 45 s. Instruktaž a jednoduchá edukace měla průměrnou hodnotu 6 min 43 s, SD 25 s, minimální (5 min 51 s) a max. hodnota (8 min 21 s). Speciální vyšetření prováděná sestrou trvala porodním asistentkám průměrně 9 min 33 s, SD 1 min 16 s, minimální (7 min 14 s) a max. hodnota byla 12 min 3 s. Bandážování dolních končetin trvalo průměrně 5 min 34 s, SD 24 s, minimální 4 min 49 s a max. hodnota 6 min 8 s. Péče o žilní přístup a epidurální katétr trvala průměrně 6 min 22 s, SD 25 s, min 5 min 33 s, max 7 min 2 s. Cévkování močového měchýře trvalo průměrně 10 min 12 s, SD 52 s, minimální 9 min 11 s a max. hodnota 12 min 43 s. Výkon odběry biologického materiálu trval průměrně 8 min 9 s, SD 1 min 21 s, minimální 5 min 4 s a maximální hodnota činila 9 min 43 s. Psychická podpora měla průměr 10 min a 6 s, SD 54 s, minimální hodnota 7 min 55 s a max. hodnota 12 min. Péče o ránu a jednoduchý převaz trval průměrně 5 min 11 s, SD 22 s, minimální hodnota 4 min 29 s a max. 5 min 55 s. Asistence při vyšetření trvala průměrně 6 min 8 s, SD 39 s, minimální hodnota byla 5 min 3 s a max. 8 min 2 s. Poslední výkon v této kategorii trval 5 min 3 s, SD 43 s, minimální hodnota 4 min 2 s a maximální hodnota výkonu 6 min 38 s.

**Tabulka 8 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“**

Časová náročnost výkonů v kategorii „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“	min:s			
	Průměr	SD	Min.	Max.
Příjem s dokumentací	20:52	1:27	18:02	32:42
Přeložení s dokumentací	19:47	0:53	17:25	22:05
Propuštění s dokumentací	15:13	0:52	12:09	18:35
Zajištění konziliárního vyšetření	9:18	0:51	6:00	11:02

Výkon příjem s dokumentací měl průměrnou hodnotu 20 min a 52 s, přeložení s dokumentací 19 min a 47 s, propuštění s dokumentací 15 min a 13 s a zajištění konziliárního vyšetření trvalo porodním asistentkám 9 min a 18 s. Směrodatná odchylka u výkonu příjem s dokumentací byla 1 min 27 s, přeložení s dokumentací 53 s, propuštění s dokumentací 52 s a zajištění konziliárního vyšetření 51 s. Minimální hodnota naměřeného času byla u výkonu příjem s dokumentací 18 min 2 s, přeložení s dokumentací 17 min 25 s, propuštění s dokumentací 12 min 9 s a zajištění konziliárního

vyšetření 6 minut. Maximální hodnota naměřeného času je nejvyšší u výkonu příjem s dokumentací (32 min 42 s), přeložení s dokumentací (22 min 5 s), propuštění s dokumentací (18 min a 35 s) a zajištění konziliárního vyšetření (11 min 2 s).



**Obrázek 2 Průměrná časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů**

Obrázek 2 znázorňuje seřazené průměrné časové hodnoty jednotlivých speciálních výkonů a směrodatné odchylky značené chybovou úsečkou v minutách. Nejdelší průměrná časová hodnota z výkonů je asistence při aplikaci krevních derivátů (34 min 23 s). Podle průměrné časové hodnoty trvala porodním asistentkám aplikace léků subkutánně nejkratší dobu (2 min 18 s).

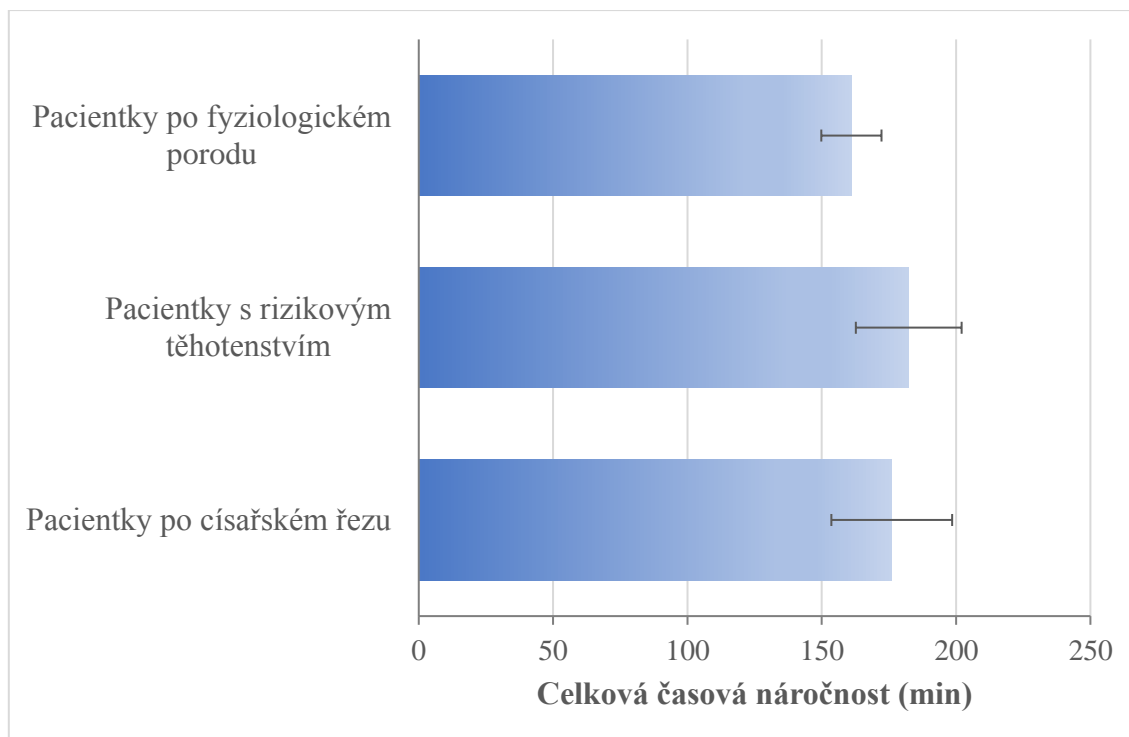


### 5.3 Časová náročnost u vybraných skupin pacientek

**Tabulka 9 Časová náročnost u vybraných skupin pacientek**

Pacientka	Celková časová náročnost (min) / 24 hodin		
	Pacientky po císařském řezu	Pacientky s rizikovým těhotenstvím	Pacientky po fyziologickém porodu
1.	155,1	193	166,6
2.	163	205	171,3
3.	187,5	153	147,1
4.	210	185,7	150,9
5.	164,7	175,2	169,3
<b>Průměr</b>	<b>176,1</b>	<b>182,4</b>	<b>161,0</b>
<b>Sm. odchylka</b>	<b>22,5</b>	<b>19,7</b>	<b>11,2</b>

Tabulka 9 znázorňuje skupiny pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení. Každá skupina se skládala z pěti pacientek, u kterých byly sledovány výkony ošetrovatelské péče v průběhu 24 hodin. Následně u každé pacientky byla spočítána celková ošetrovací doba podle Metodiky Pochylé a Pochylý (1999), poté všechny časy byly zprůměrovány a v tabulce jsou uvedeny v celých minutách. Pacientkám po císařském řezu byla poskytována ošetrovatelská péče, která měla průměrnou celkovou časovou náročnost 176,1 minut za 24 hodin. Směrodatná odchylka byla v této skupině pacientek 22,5 minut. První pacientka po císařském řezu měla celkovou ošetrovací náročnost 155,1 minut za 24 hodin, druhá pacientka 163 min/24 hod, třetí pacientka 187,5 min/24 hod, čtvrtá pacientka 210 min/24 hod a pátá pacientka 164,7 min/24 hod. Pacientkám s rizikovým těhotenstvím byla poskytována ošetrovatelská péče, která měla průměrnou celkovou časovou náročnost 182,4 min/24 hod. SD byla 19,7 min. První pacientka z této skupiny obnášela 193 min/24 hod celkové časové náročnosti, druhá pacientka 205 min/24 hod, třetí pacientka 153 min/24 hod, čtvrtá pacientka 185,7 min/24 hod a poslední pacientka 175,2 min/24 hod. Pacientkám po fyziologickém porodu byla poskytována ošetrovatelská péče, která měla průměrnou časovou náročnost 161 min/24 hod a SD byla 11,2 min. První pacientka z této kategorie obnášela 166,6 min/24 hod celkové časové náročnosti, druhá pacientka 171,3 min/24 hod, třetí pacientka 147,1 min/24 hod, čtvrtá pacientka 150,9 min/24 hod a poslední pacientka 169,3 min/24 hod.



**Obrázek 3 Celková časová náročnost u vybraných skupin pacientek za 24 hodin**

Obrázek 3 znázorňuje průměrnou celkovou časovou náročnost u vybraných skupin pacientek na gynekologicko-porodnickém oddělení. Nejmenší celkovou časovou náročnost tvořily pacientky po fyziologickém porodu (161 min/24 hod) a pacientky po císařském řezu (176,1 min/24 hod). Největší celkovou časovou náročnost tvořily pacientky s rizikovým těhotenstvím (182,4 min/24 hod). Obrázek znázorňuje i směrodatné odchylky u každé skupiny žen za pomoci chybové úsečky.

#### 5.4 Statistické vyhodnocení hypotéz

Výsledek srovnání časové náročnosti sledovaných výkonů pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) uvádí Tabulka 10.

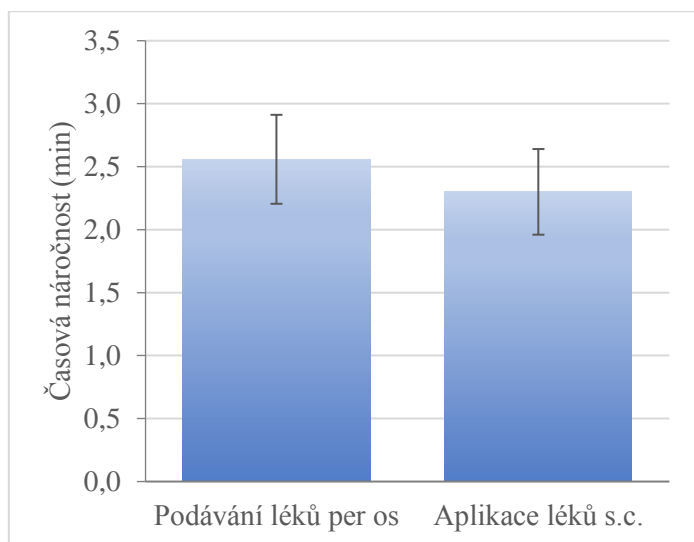
**Tabulka 10 ANOVA – srovnání časové náročnosti sledovaných výkonů**

Zdroj variability	SS	DF	MS	F	Dosažená hladina významnosti
Mezi výběry	35609	26	1370	729,5	<0,1%
Uvnitř výběrů	1369	729	1,88		
Celkem	36978	755			

Protože je dosažená hladina významnosti  $p$  menší než 5 %, zamítáme nulovou hypotézu.

Platí alternativní hypotéza, srovnávané výkony nemají stejnou časovou náročnost.

Obrázek 4 znázorňuje porovnání dvou nejkratších výkonů, a to aplikace léků s.c. a podávání léků per os. HA3: Průměrná časová náročnost se liší.



**Obrázek 4 Průměrná časová náročnost dvou nejkratších výkonů**

Rozdíl mezi dvěma nejrychlejšími výkony byl porovnán dvouvýběrovým T testem. Dosažená hladina významnosti 0,7 % svědčí o statisticky významném rozdílu mezi srovnávanými výkony – aplikace léků s.c. je rychlejší než podávání léků per os.

Srovnání časové náročnosti péče o tři vybrané skupiny pacientek pomocí analýzy rozptylu uvádí Tabulka 11.

**Tabulka 11 ANOVA – srovnání celkové časové náročnosti ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientek**

<i>Zdroj variability</i>	<i>SS</i>	<i>DF</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Dosažená hladina významnosti</i>
Mezi výběry	1202	2	600,8	1,770	21,2 %
Uvnitř výběrů	4073	12	339,5		
Celkem	5275	14			

Protože dosažená hladina významnosti je vyšší než 5 %, nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Celková časová náročnost péče o srovnávané skupiny pacientek se neliší. Rozdíly nejsou statisticky významné.

## 6 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá problematikou stanovení časové náročnosti ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení. Práce poslouží jako podklad pro novou metodiku kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu. Bakalářská práce vychází z původní Metodiky od Pochylé a Pochylého, kterou vydali v roce 1999. Tudíž se domníváme, že je správný čas na to, aby byla vytvořena nová aktuální metodika, která bude odpovídat této době.

Cílem práce bylo inventarizovat speciální ošetrovatelskou péči na gynekologicko-porodnickém oddělení, zjistit průměrné časové hodnoty u jednotlivých výkonů a stanovit časovou náročnost u vybraných skupin pacientek.

Inventarizace speciální ošetrovatelské péče byla realizována na stanici operativní gynekologie a šestinedělí. Výkony byly sledovány u 15 pacientek během denní dvanáctihodinové služby. Výzkumný soubor tvořily pacientky na stanicích. Zjišťovalo se, jaký je nejčastější prováděný výkon na gynekologicko-porodnickém oddělení. Na stanicích bylo inventarizováno 27 výkonů, které porodní asistentky provádějí. V porovnání s Metodikou Pochylé a Pochylého (1999) nebyly zaregistrovány výkony péče o stomie, podávání léků sondou a složitý převaz s péčí o ránu. Z výzkumného šetření je možné konstatovat, že ženy se stomiemi se na oddělení gynekologicko-porodnickém nevyskytují, a proto nebylo možné tento výkon na stanicích zaregistrovat. Složitý převaz s péčí o ránu, který dle Pochylé a Pochylého (1999) zahrnuje tamponády tělesných dutin, zábaly a obvazy rozsáhlých ran s komplikovaným hojením, porodní asistentky neprováděly. Tento výkon nebyl zaregistrován, protože obvykle porodní asistentky pečovaly o operační rány po císařském řezu a epiziotomie bez komplikovaného hojení. Roztočil et al. (2011) uvádějí, že jedna z činností, které provádí porodní asistentka u ženy po císařském řezu je kontrola operační rány a edukace pacientky o vhodné poloze na lůžku.

Výkony byly pečlivě zaznamenávány v průběhu výzkumného šetření do záznamového listu (Příloha 1). Součet četností u speciálních ošetrovatelských výkonů u 15 pacientek za denní dvanáctihodinovou službu byl 328. Z celkového počtu měl nejvyšší četnost výkon podávání léků per os 45krát (Tabulka 1). Vytejková et al. (2015) uvádějí, že podávání léků ústy patří mezi nejčastější způsoby aplikace léků a zdůrazňují, že před podáním léků ústy by si měla porodní asistentka zjistit všechny důležité informace, které se týkají pacientky. To znamená vhodně ji edukovat, připravit

a zkontrolovat lék s pomůckami. Pokud bychom se zamysleli nad výsledkem četností, zřejmě je výkon podávání léků ústy tolik frekventovaným výkonem, kvůli zdravotnímu stavu žen v šestinedělí a žen po operačních výkonech. Většina žen v šestinedělí má potíže s peristaltikou střev a nadýmáním, které jsou obvykle řešeny pravidelným užíváním léků na podporu peristaltiky a adsorbencí plynů. Naopak nejmenší četnost byla zaregistrována u výkonu cévkování močového měchýře 1krát (Tabulka 3) a propuštění pacientky 1krát (Tabulka 4). Vytečková et al. (2015) upozorňují na to, že porodní asistentka musí při cévkování močového měchýře myslet na intimitu pacientky, vhodnou edukaci a dodržení aseptického postupu. V případě, kdy má být pacientka propuštěna, musí ji porodní asistentka seznámit s dodržováním následného léčebného režimu v domácí péči a přesvědčit se, zda pacientka porozuměla všem informacím, které jí budou v domácím prostředí čekat a předat ji propouštěcí zprávy. Porodní asistentky na stanicích šestinedělí a operativní gynekologie v průběhu výzkumného šetření prováděly výkon cévkování močového měchýře u ženy po fyziologickém porodu, která se nemohla spontánně vymočit. Vytečková et al. (2015) uvádějí, že k indikaci jednorázové močové katetrizace přistupuje porodní asistentka v případě nemožnosti spontánního vyprázdnění po gynekologické operaci, po fyziologickém porodu a po vyšetření. Obvykle se zároveň zjistí reziduální množství moči. Porovnané četnosti výkonu se od sebe liší a jejich grafické shrnutí znázorňuje Obrázek 1.

Dalším cílem bakalářské práce bylo stanovení průměrné časové náročnosti speciálních ošetrovatelských výkonů. Sledování časové náročnosti je důležité pro stanovení celkové ošetrovatelské péče, která byla zjišťována ve třetí části výzkumného šetření, ale také pro novou připravovanou metodiku, která bude vycházet z průměrných časů při stanovení počtu ošetrovatelského personálu. Časové hodnoty byly zjišťovány u 27 speciálních ošetrovatelských výkonů. Každý z výkonů byl měřen 30krát na hodinkách s vteřinovou ručičkou od přípravy, přes provádění výkonu až do ukončení, včetně dokumentace. Časové hodnoty byly v průběhu výzkumného šetření zaznamenávány do záznamového listu (Příloha 2). Popisnou statistikou bylo zpracováno 28 časových hodnot u každého výkonu. Stanovené hypotézy u časových náročností byly otestovány za pomoci analýzy rozptylu a dvouvýběrového T testu. Výsledkem byla potvrzena HA 1, že speciální ošetrovatelské výkony ze všech uvedených kategorií se od sebe časovou náročností navzájem liší, protože hladina dosažené významnosti je nižší než 5 % (Tabulka 10). Myslím si, že je důležité, aby porodní asistentka před zahájením

ošetřovatelského výkonu přibližně věděla, jakou časovou náročnost daný výkon má a mohla si díky tomu naplánovat organizaci času pro ostatní pacientky.

Statisticky byly porovnány dvě nejrychlejší časové hodnoty u výkonů (Obrázek 4). Rozdíl byl porovnán dvouvýběrovým T testem. Dosažená hladina významnosti 0,7 % svědčí o statisticky významném rozdílu mezi srovnávanými výkony, to znamená že platí HA 3 – aplikace léků s.c. (2 min 18 s) je rychlejší než podávání léků per os (2 min 34 s) (Obrázek 4). Rychlejšímu provedení výkonu aplikace léku s.c. lze přisuzovat to, že nízkomolekulární hepariny, které porodní asistentky na oddělení používají jsou od výrobců předplněny, a tudíž lze tvrdit, že díky velmi krátké přípravě výkonu, je výkon aplikace léků s.c. rychlejší, než podávání léků per os. Naopak výkon podávání léků per os zahrnuje podle Vytejškové et al. (2015) složitější přípravu, kdy porodní asistentka na pokoji nemocné musí edukovat pacientku o důvodu medikace, způsobu podání, o správném užívání léku, vhodných tekutinách pro zapíjení léku a o spoustu dalších důležitých informacích. Například lék musí zkontrolovat, vhodně ho připravit do lékovek, zkontrolovat dokumentaci a posoudit stav pacientky. Díky tomu lze usuzovat delší průměrnou časovou náročnost u výkonu podávání léků per os, než u výkonu aplikace léků s.c.

Dále v kategorii „Podávání léků“ byl výkon asistence při aplikaci krevních derivátů s průměrnou časovou náročností 34 minut a 23 sekund (Tabulka 5). Vytejšková et al. (2015) uvádějí činnosti, které porodní asistentka musí provést před a během výkonu asistence při aplikaci krevních derivátů. Příprava pacientky před aplikací krevních derivátů zahrnuje dlouhodobou a bezprostřední přípravu. Během asistence při aplikaci krevních derivátů musí porodní asistentka například zkontrolovat shodnost dat krevního přípravku a výdejce, vyplnit ošetřovatelskou dokumentaci, zaznamenávat do dokumentace všechny potřebné informace, které se týkají podávání krevního derivátu. Dále sleduje pacientku během výkonu a také po výkonu, kdy například pozoruje fyziologické funkce. Lze se domnívat, že průměrná časová náročnost je v současné době delší, než bývala před lety, a to zřejmě kvůli administrativě, která tento výkon provází. Tuto domněnku lze potvrdit porovnáním časové náročnosti z Metodiky Pochylé a Pochylého (1999), kde je časová náročnost tohoto výkonu kratší.

Z kategorie „Sledování“ (Tabulka 6) má delší průměrnou časovou náročnost výkon sledování rozměrů tělesných částí (3 min 29 s), než výkon sledování vitálních funkcí (2 min 55 s). Domníváme se, že sledování pánevních rozměrů, které patří do výkonu rozměrů tělesných částí, je dle Pochylé a Pochylého (1999) časově náročnější.

Delší časovou náročnost přisuzujeme obtížnému vyhmatání tělesných částí při měření pánevních rozměrů. Dle Slezákové et al. (2011) je pelvimetrie (měření pánevních rozměrů) jednou ze základních činností, která se na gynekologicko-porodnickém oddělení provádí. Dle Hájka et al. (2014) provádí porodní asistentky zevní vyšetření pánve pelvimetrem dle Baudelocqua-Breiskyho. Pokud bychom se zamysleli nad časovou náročností výkonu sledování vitálních funkcí v porovnání s výkonem sledování rozměrů tělesných částí, lze mu usuzovat kratší časovou náročnost (2 min 55 s) z důvodu využívání moderních technologií. Moderní technologie v současné době hrají velkou roli při poskytování ošetrovatelské péče. Porodní asistentky v průběhu výzkumného šetření využívaly moderní technologie například v podobě bezdotykových teploměrů a digitálních tlakoměrů, které zaručují rychlejší zjištění hodnot vitálních funkcí.

V kategorii „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“ (Tabulka 7) je uvedena nejkratší časová náročnost u výkonu dechová rehabilitace, nácvik dýchání, léčebné polohy (5 min 3 s) a naopak nejdelší časová náročnost je v této kategorii u výkonu příprava pacientky k náročnému operačnímu výkonu (14 min 59 s). V porovnání s výsledkem časové náročnosti v Metodice od Pochylé a Pochylého (1999) je výkon dechová rehabilitace, nácvik dýchání a léčebné polohy kratší o 4 minuty a 57 s. Kratšímu výsledku lze přisuzovat, že porodní asistentky na gynekologicko-porodnickém oddělení při výzkumném šetření prováděly spíše nácvik dýchání a léčebné polohy, které mají kratší časovou náročnost než provádění dechové rehabilitace, která zahrnuje i delší edukaci pacientky. Naopak pokud bychom hodnotili časovou náročnost mezi oběma výkony, došli bychom k úsudku, že porodní asistentky při přípravě pacientky k náročnému operačnímu výkonu, musí provést spoustu nezbytných úkonů, které jsou časově náročnější než u výkonu dechová rehabilitace, nácvik dýchání a léčebné polohy. Slezáková et al. (2011) uvádějí, že úkolem porodní asistentky při přípravě pacientky k náročnému operačnímu výkonu, je psychická a somatická příprava pacientky, která také musí obsahovat edukaci o intervencích v předoperačním období a pooperačním období. Průměrná časová náročnost výkonu instruktáž a edukace – jednoduchá (6 min 43 s) byla v porovnání s Metodikou Pochylé a Pochylého (1999) delší o 1 minutu a 43 sekund. Lze se domnívat, že v současnosti je kladen větší důraz na edukaci pacientek, na její formu a obsah, tudíž časová náročnost výkonu je větší, než uvádí Pochylá a Pochylý (1999). U výkonu péče o žilní přístup, epidurální katétr byla stanovena průměrná časová náročnost 6 minut a 22 sekund. Pokud bychom porovnály časové hodnoty z Metodiky Pochylé a Pochylého (1999), náš výsledek je o 1 minutu a 22 sekund delší. Domníváme

se, že porodní asistentky v současné době musí věnovat větší péči žilním katétrům a pečlivě hodnotit jejich stav, a proto průměrná časová náročnost se s Metodikou Pochylé a Pochylého (1999) liší. Vytejková et al. (2015) v této souvislosti podotýkají, že s technologickým rozvojem se ve zdravotnictví v současné době v péči o pacientky na gynekologicko-porodnickém oddělení více využívají invazivní vstupy, které mohou zdravotnickému personálu dobře sloužit, pokud je o ně adekvátně pečováno. Adekvátní péče o žilní vstup si žádá vysokou vzdělanost zdravotnického personálu. Výkon bandážování dolních končetin trvá průměrně 5 min 34 s. Porodní asistentky bandážují dolní končetiny elastickými kompresivními obinadly, které slouží jako prevence tromboembolické nemoci a vyžaduje od porodní asistentky určitou manuální zručnost (Bartůněk et al., 2016). Na základě tvrzení Bartůňka et al. (2016) se lze domnívat, že časová náročnost tohoto výkonu se u každé porodní asistentky může lišit vzhledem k její manuální zručnosti a o tom také svědčí náš výsledek směrodatné odchylky, která u toho výkonu činí 24 s. Výkon odběry biologického materiálu má průměrnou časovou hodnotu 8 minut 9 sekund. Na základě vypočítání směrodatné odchylky výkonu (1 min 21 s) se lze domnívat, že jednotlivé průměrné časové hodnoty při odebírání biologického materiálu porodními asistentkami se výrazně lišily. Časové hodnoty měly větší směrodatnou odchylku a lze to přisuzovat tomu, že při výzkumném šetření porodní asistentky pokaždé odebíraly jiné množství a druh biologického materiálu, který se časovou hodnotou provádění výkonu liší. Vytejková et al. (2013) uvádějí časové aspekty u vyšetření biologického materiálu, které hrají roli v časové náročnosti při provádění výkonu. Jeden z časových aspektů, při kterém porodní asistentka musí výkon provést okamžitě a co možná v nejrychlejším čase je statimový vzorek, který má přednost před všemi ostatními. Obvykle se na základě statimového vzorku zásadním způsobem rozhoduje o léčbě pacientky. Souhrn výsledků průměrných časových hodnot lze pozorovat v Obrázku 2.

Cílem třetí části výzkumného šetření bylo stanovit časové hodnoty ošetrovatelské péče u vybrané skupiny pacientek. Výzkumný soubor byl tvořen pacientkami, které byly rozděleny na tři skupiny. První skupina obsahovala 5 pozorovaných pacientek po fyziologickém porodu, druhá skupina 5 pacientek po císařském řezu a třetí skupina obsahovala 5 pacientek s rizikovým těhotenstvím. U pacientek byly pozorovány speciální ošetrovatelské výkony za 24 hodin. Výkony byly zapisovány do záznamového listu (Příloha 3) a následně byly zpracovány v Microsoft Excel 2010. U každé pacientky byla spočítána celková ošetrovatelská náročnost podle Metodiky Pochylé a Pochylého (1999).



Časy byly v každé skupině sečteny a byl zjištěn jeden průměrný čas na jednu pacientku (Tabulka 9). Nejdelší časová náročnost byla zaregistrovaná u pacientek s rizikovým těhotenstvím 182,4 min/24 hod (Obrázek 3). Bašková (2015) uvádí, že u žen s rizikovým těhotenstvím je velmi důležitá správná komunikace a podání dostatečného množství informací. Podle autorky u žen mohou vzniknout psychopatologie v důsledku zařazení do rizikového těhotenství a další příčinou může být i dlouhá hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, která je s tímto stavem obvykle spjata. Časová náročnost u ženy po císařském řezu byla 176,1 min/24 hod a nejmenší celková časová náročnost byla u pacientek po fyziologickém porodu 161 min/24 hod (Obrázek 3). Hájek et al. (2014) uvádějí, že těhotenství ukončené císařským řezem je pro ženy mnohem náročnější než porod spontánní a je s tím spojen větší výskyt komplikací, které ženu mohou po porodu provázet. Lze se domnívat že ošetrovatelská péče u žen po císařském řezu je náročnější než u žen po fyziologickém porodu. Z výzkumného šetření u žen po císařském řezu byl zaregistrován větší počet výkonů než u žen po fyziologickém porodu, a tudíž časová ošetrovatelská náročnost na tyto dvě odlišné skupiny byla jinak časově náročná. Hájek et al. (2014) popisují období po fyziologickém porodu jako šestinedělí, při kterém se ženě organismus vrací do původního stavu než otěhotněla. Časové náročnosti ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientek se otestovaly za pomoci analýzy rozptylu, kde dosažená hladina významnosti vyšla 21,2 % (Tabulka 11). Jelikož dosažená hladina významnosti je vyšší než 5 %, nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, tudíž celková časová náročnost péče o srovnávané skupiny pacientek se neliší. Rozdíly nejsou statisticky významné. Pokud bychom porovnali časové náročnosti ošetrovatelské péče na obor gynekologicko-porodnickém, které uvádí v Pochylá (2003), naše nejnižší časová náročnost (161 min/24 hod) se liší od průměrné hodnoty Pochylé (2003) (110,6 min/24 hod). Domníváme se, že časově náročnější ošetrovatelskou péčí lze přisuzovat větší časové náročnosti v edukaci pacientek, na kterou je v současné době kladen větší důraz, než býval kladen. Na závěr se lze domnívat, že celková časová náročnost u žen na gynekologicko-porodnickém oddělení je náročná a může být i náročnější v případech, kdy jsou zdravotní stavy pacientek provázeny komplikacemi.

## 7 ZÁVĚR

Závěrem lze říci, že bakalářská práce na téma „Využití kvantifikace ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení“ přinesla v empirické části poznatky o četnostech výkonů na oddělení, časové náročnosti speciální ošetrovatelské péče a celkové časové náročnosti péče u vybraných skupin pacientek. Teoretická část se zabývala oborem gynekologie a porodnictví, členěním jeho částí a metodami poskytované péče na lůžkové části tohoto oddělení. Dále bylo v teoretické části popsáno ošetrovatelství a ošetrovatelský proces, který s poskytováním ošetrovatelské péče souvisí. Specifikované jsou kompetence, vzdělání, způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického personálu a manažerské rozvrstvení personálu pracujícího na gynekologicko-porodnickém oddělení.

V empirické části byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo inventarizovat speciální ošetrovatelské výkony na oddělení, druhým cílem bylo zmapovat průměrnou časovou náročnost jednotlivých speciálních ošetrovatelských výkonů a třetím cílem bylo stanovit časové hodnoty ošetrovatelské péče u vybrané skupiny pacientek. Z práce vyplynula jedna výzkumná otázka a dvě hypotézy. K prozkoumání této problematiky bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření pomocí strukturovaného pozorování. Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici Písek, a.s. na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Vzhledem k detailnímu výzkumnému šetření byla zodpovězena výzkumná otázka a ověřeny pracovní hypotézy. Z výsledků tedy vyplynulo, že na stanicích operativní gynekologie a šestinedělí se provádí 27 speciálních ošetrovatelských výkonů, celkem bylo zaregistrováno 328 četností a z těch bylo určeno, že nejčastěji prováděný výkon porodními asistentkami byl výkon podávání léků ústy. Naopak nejméně prováděný výkon v průběhu výzkumného šetření byl výkon cévkování močového měchýře a propuštění s dokumentací.

Z výsledku dále vyplynulo, že HA 1 je platná, tedy jednotlivé průměrné časové hodnoty výkonů se navzájem liší. Při porovnání dvou nejkratších výkonů bylo zjištěno, že rychlejší je podávání léků s.c., než podávání léků ústy. Lze se domnívat, že kratší časová náročnost výkonu podávání léků s.c. napomáhá kratší příprava samotného výkonu, kdy porodní asistentky využívají předplněné stříkačky nízkomolekulárních heparinů.

Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že nejdelší celková časová náročnost je u žen s rizikovým těhotenstvím, které jsou na gynekologicko-porodnickém oddělení

hospitalizované. Naopak v porovnání mezi časovou náročností u žen po císařském řezu a fyziologickém porodu byla zjištěna menší celková časová náročnost ošetrovatelské péče u žen po fyziologickém porodu.

Výsledky výzkumného šetření mohou posloužit zdravotnickému personálu k tomu, aby měl představu o časové náročnosti jednotlivých výkonů u vybraných skupin pacientek a díky tomu si mohl efektivněji zorganizovat svou práci. Pro pacientky gynekologicko-porodnického oddělení může tato práce posloužit k tomu, aby si uměly představit časovou náročnost jednotlivého výkonu. Domníváme se, že nejvíce výsledky výzkumného šetření poslouží jako podklad pro připravovanou novou metodiku, která bude stanovovat počet ošetrovatelského personálu na gynekologicko-porodnickém oddělení.

## 8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMCZYK, R., 2010. Jazyky pro budoucnost v ošetrovatelském vzdělávání. In: HALUZÍKOVÁ, J., ARCHALOUSOVÁ, A. (eds). *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků V. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, roč. 5. s. 320-322. ISBN 978-80-7248-607-6.

ACHARYA, G., WESTGREN, M., 2016. Obstetrics and gynecology a specialty in crisis? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* [databáze]. 95(10). [cit. 2017-03-22]. DOI: 10.1111/aogs.12946. s. 1087-1088. ISSN 16000412. Dostupné z: <http://1url.cz/gt3ne>.

ALTMAN, R., 2016. HR Organizational Structure – Past, Present, and Future. *Workforce Solutions Review* [databáze]. 7(4), s. 13-15. [cit. 2017-01-29]. ISSN 21546975. Dostupné z: <http://1url.cz/JtlXV>.

ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada. Aktuální legislativa. s. 280-282. ISBN 978-80-247-3724-9.

BÁRTLOVÁ, S., et al., 2010. *Vztah sestry - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 25-95. ISBN 978-80-7013-526-6.

BARTŮNĚK, P., et al., (eds), 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. s. 22-333. ISBN 978-80-2474-343-1.

BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. s. 40. ISBN 978-80-2475-361-4.

BRABCOVÁ, I., 2016a. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s. 32-38. ISBN: 978-80-7394-573-2.

BRABCOVÁ, I., 2016b. Proaktivní strategie prevence chyb – kultura bezpečí. In: BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., et al. *Nursing Management*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. s.156. ISBN: 978-80-7394-589-3.

BUŽGOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. s. 45-74. ISBN 978-80-247-3557-3.

- BYDŽOVSKÝ, J., 2011. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. s. 99. ISBN 978-80-2472-334-1.
- CITORES, FILIP K., 2014. Kompetence porodních asistentek nejsou v České republice naplňovány. *Zdravotnictví a medicína* 14 (12). s. 17. ISSN 1805-2355.
- DAVIS, L., et al., 2014. Lifelong learning in nursing: A Delphi study. *Nurse Education Today* [databáze]. 34(3). [cit. 2017-03-22]. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.04.014. s. 441-445. ISSN 02606917. Dostupné z: <http://1url.cz/It3Yk>.
- HÁJEK, Z., et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. s. 208-422. ISBN 9788024745299.
- HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. s. 88. ISBN 978-80-247-4032-4.
- CHANG, ANNE LYNN S., 2016. Gynecology. *Magill 19s Medical Guide* (Online Edition) [databáze]. [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://1url.cz/AtGfS>.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM), 2013. *The Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010 (Revised 2013)* [online]. The Hague. [cit. 2017-4-7]. Dostupné z: <http://1url.cz/3tkW7>.
- JACOB, A., 2012. *A Comprehensive Textbook of Midwifery and Gynecological Nursing*. Third edition. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P). s. 11-34. ISBN 978-935-025-557-5.
- JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. s. 28. ISBN 978-80-247-4412-4.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Grada. s. 54-88. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KUDLOVÁ P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace* [online]. Zlín. [cit.2016-12-10]. s.8-19. ISBN 978-80-7454-600-6. Dostupné z: <http://1url.cz/1t2mf>.
- KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada. s. 20-30. ISBN 978-802-475-367-6.

MA, CH., et al., 2015. Nurse Work Environment and Quality of Care by Unit Types: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* [databáze]. 52(10). [cit. 2017-03-22]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.011. s. 1565-1572. ISSN 00207489. Dostupné z: <http://1url.cz/9t3Ys>.

MAJERČÍKOVÁ, K., WICTMADYOVÁ, D., 2010. Osobnostné predpoklady sestry v primarnej zdravotnej starostlivosti. In: HALUZÍKOVÁ, J., ARCHALOUSOVÁ, A., (eds). *Cesta k profesionálnému ošetrovatelstvu: sborník příspěvků V. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, roč. 5. s. 172-174. ISBN 978-80-7248-607-6.

MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s. 23. ISBN 978-80-247-5376-8.

MIKŠOVÁ, Z., et al., 2014. Fulfilling the Competencies of Members of a Nursing Team. *Kontakt*. 16 (2), s. 108–118. ISSN 1804-7122.

NCONZO VZDĚLÁVÁNÍ, © 2017. *Nabídka vzdělávacích akcí* [online]. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. [cit. 2017-01-20]. Tirážní znak 57-855-16. Dostupné z: <http://1url.cz/Mtluw>.

NETTINA, Sandra M., 2014. *Lippincott Manual of Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-145-117-354-3.

PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. s. 40-221. ISBN 978-80-247-3871-0.

POCHÝLÁ, K., 2003. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče a možnosti jejího využití při plánování počtu ošetrovatelského personálu*. Trnava. Rigorózná práca. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce – Trnavská univerzita v Trnave.

POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O., 1999. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 3-38. ISBN 80-7013-290-6.

PROŠKOVÁ, E., et al., 2014. *Podávání léčivých přípravků v lůžkové péči*. Praha: Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. s. 64-69. ISBN 978-80-260-7414-4.

ROZTOČIL, A., et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 54, s. 459-479. ISBN 978-80-247-2832-2.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. s. 196. ISBN 978-80-247-4414-8.

SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. s. 132. ISBN 978-80-247-3592-4.

SIMOČKOVÁ, V., 2011. *Gynekologicko-pôrodnícke ošetrovatelstvo: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. s. 13-41. ISBN 978-80-8063-362-2.

SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. s. 9-34. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLOWIK, R., 2012. Personální management. In: PLEVOVÁ, I., et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. s. 200–221. ISBN 978-80-247-3871-0.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací, 2005. [online]. In: *Úřední věstník Evropské unie*, článek 42, s. 225/45-46. [cit.2016-05-03]. ISSN 1977-0863. Dostupné z: <http://1url.cz/qtKFI>

ŠPIRUDOVÁ, L., 2010. Ošetrovatelský proces v praxi jako stálý výukový i studijní problém. In: HALUZÍKOVÁ, J., ARCHALOUSOVÁ, A., (eds). *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků V. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, roč. 5. s. 277-291. ISBN 978-80-7248-607-6.

TÓTHOVÁ, V., et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Stanislav Juhaňák-Triton. s. 16-21. ISBN 978-80-7387-785-9.

VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. s. 14-89. ISBN 978-80-247-3174-2.

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit.2016-11-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>.

Vyhláška MZ ČR č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 36, s. 1522-1603. [cit.2016-01-10]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6148>.

Vyhláška MZ ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1666-1685. [cit.2016-09-12]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=24067>.

Vyhláška MZ ČR č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686-1723. [cit.2016-09-10]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=24068>.

VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. s. 14-23. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. s. 203-219. ISBN 978-80-2473-420-0.

VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. s. 27-128. ISBN 9788024734217.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. s.157. ISBN 978-80-247-4062-1.

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, 2011. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 40, s. 1053-1055. [cit.2016-09-11]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23371>.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*,



částka 131, s. 4730-4798. [cit.2016-01-10]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1479. [cit.2016-05-11]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334>.

ZÍTKOVÁ, M., et al., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. s. 137. ISBN 978-80-247-5094-1.

## **9 PŘÍLOHY**

### **9.1 Seznam příloh**

**Příloha 1** – záznamový list k první části výzkumného šetření

**Příloha 2** – záznamový list k druhé části výzkumného šetření

**Příloha 3** – záznamový list ke třetí části výzkumného šetření

**Příloha 4** – Tabulka 12 časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů

**Příloha 5** – žádost o výzkumné šetření

**Příloha 6** – seznam tabulek a obrázků

## Příloha 1 – záznamový list k první části výzkumného šetření

Náměry za 12 hodin		Respondentky														
Název	Četnost (N)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Podávání léků per os	N															
2. Aplikace léků s.c.	N															
3. Aplikace léků i.m	N															
4. Aplikace léků i.v.	N															
5. Aplikace infúzí, sledování	N															
6. Asistence při aplikaci krevních derivátů	N															
7. Zevní léčebné prostřed. místní aplikace	N															
8. Inhalace kyslíku a jiných léčeb. prostřed.	N															
9. Sledování vitálních funkcí	N															
10. Rozměry tělesných částí	N															
11. Péče o ránu, převaz – jednoduchý	N															
12. Zavedení PŽK	N															
13. Péče o žilní přístup, epidurální katetr	N															
14. Bandážování dolních končetin	N															
15. Klyzma	N															
16. Speciální vyšetření prováděná sestrou	N															
17. Cévkování močového měchýře	N															
18. Odběry biolog. materiálů	N															
19. Dechová rehabilitace, nácvik dýchání	N															
20. Asistence při vyšetření	N															
21. Příprava pacientky k nároč.oper.výkonu	N															
22. Instruktaž a edukace – jednoduchá	N															
23. Psychická podpora, rozhovor	N															
24. Zajištění konziliárního vyšetření	N															
25. Příjem s dokumentací	N															
26. Propuštění s dokumentací	N															
27. Přeložení s dokumentací	N															

**Příloha 2 – záznamový list k druhé části výzkumného šetření**

**Záznamový list**

**1. Podávání léků**

Název	Náměry																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1. Podávání léků per os	mín																														
2. Aplikace léků s.c.	mín																														
3. Aplikace léků i.m.	mín																														
4. Aplikace léků i.v.	mín																														
5. Aplikace infuzí, sledování	mín																														
6. Asistence při aplikaci krevních derivátů	mín																														
7. Zevní léčebné prostřed. – místní aplikace	mín																														
8. Inhalace kyslíku a jiných léčeb. prostřed.	mín																														

**2. Sledování**

Název	Náměry																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
9. Sledování vitálních funkcí	mín																														
10. Rozměry tělesných částí	mín																														

### 3. Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony

Název		Náměry																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
11. Péče o ránu, převaz – jednoduchý	min																														
12. Zavedení PŽK	min																														
13. Péče o žilní přístup, epidurální katetr	min																														
14. Bandážování dolních končetin	min																														
15. Klyzma	min																														
16. Spec. vyš. prov. sestrou	min																														
17. Čevkování močového měchýře	min																														
18. Odběry biolog. materiálu	min																														
19. Dechová rehabilitace, nácvik dýchání	min																														
20. Asistence při vyšetření	min																														
21. Příprava pacientky k nároč. oper. výk.	min																														
22. Instruktaž a edukace – jednoduchá	min																														
23. Psychická podpora, rozhovor	min																														

### 4. Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi

Název		Náměry																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
24. Zajištění konziliárního vyšetření	min																														
25. Příjems dokumentací	min																														
26. Propuštění s dokumentací	min																														
27. Přeložení s dokumentací	min																														

### Příloha 3 – záznamový list ke třetí části výzkumného šetření

Náměry za 24 hodin		Respondentky				
Název	mín	1	2	3	4	5
1. Podávání léků per os	mín					
2. Aplikace léků s.c.	mín					
3. Aplikace léků i.m.	mín					
4. Aplikace léků i.v.	mín					
5. Aplikace infúzí, sledování	mín					
6. Asistence při aplikaci krevních derivátů	mín					
7. Zevní léčebné prostř. místní aplikace	mín					
8. Inhalace kyslíku a jiných léčeb. prostř.	mín					
9. Sledování vitálních funkcí	mín					
10. Rozměry tělesných částí	mín					
11. Péče o ránu, převaz – jednoduchý	mín					
12. Zavedení PŽK	mín					
13. Péče o žilní přístup, epidurální katetr	mín					
14. Bandážování dolních končetin	mín					
15. Klyzma	mín					
16. Speciální vyšetření prováděná sestrou	mín					
17. Cévkování močového měchýře	mín					
18. Odběry biolog. materiálu	mín					
19. Dechová rehabilitace, nácvik dýchání	mín					
20. Asistence při vyšetření	mín					
21. Příprava pacientky k nároč. oper. výkonu	mín					
22. Instruktaž a edukace – jednoduchá	mín					
23. Psychická podpora, rozhovor	mín					
24. Zajištění konziliárního vyšetření	mín					
25. Přijem s dokumentací	mín					
26. Propuštění s dokumentací	mín					
27. Pfození s dokumentací	mín					

**Příloha 4 Tabulka 12 – časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů**

Výkony	průměr	SD	průměr	SD
	(min)		(min:s)	
Aplikace léků s.c.	2,30	0,34	2:18	0:20
Podávání léků per os	2,56	0,35	2:34	0:21
Sledování vitálních funkcí	2,92	0,15	2:55	0:09
Aplikace léků i.m.	3,34	0,25	3:20	0:15
Zevní léčebné prostředky-místní aplikace	3,44	0,64	3:27	0:38
Rozměry tělesných částí	3,49	0,39	3:29	0:23
Dechová rehabilitace, nácvik dýchání	5,06	0,72	5:03	0:43
Péče o ránu, převaz – jednoduchý	5,18	0,37	5:11	0:22
Bandážování DK	5,56	0,40	5:34	0:24
Asistence při vyšetření	6,13	0,64	6:08	0:39
Péče o žilní přístup, epidurální katétr	6,37	0,42	6:22	0:25
Instruktaž a edukace – jednoduchá	6,72	0,42	6:43	0:25
Zavedení periferního žilního katétru	6,74	0,25	6:45	0:15
Inhalace kyslíku	6,92	1,38	6:55	1:23
Odběry biologického materiálu	8,15	1,35	8:09	1:21
Aplikace léků i.v.	8,27	1,37	8:16	1:22
Zajištění konziliárního vyšetření	9,30	0,84	9:18	0:51
Speciální vyš. prováděná sestrou	9,54	1,27	9:33	1:16
Klyzma	9,97	0,83	9:58	0:50
Psychická podpora	10,10	0,89	10:06	0:54
Cévkování močového měchýře	10,20	0,86	10:12	0:52
Aplikace infuzí, sledování	10,92	1,69	10:55	1:42
Příprava k náročnému operačnímu výkonu	14,99	2,72	14:59	2:43
Propuštění s dokumentací	15,22	0,86	15:13	0:52
Přeložení s dokumentací	19,78	0,88	19:47	0:53
Příjem s dokumentací	20,87	1,44	20:52	1:27
Asistence při aplikaci krevních derivátů	34,38	4,91	34:23	4:55

## Příloha 5 – žádost o výzkumné šetření

Nemocnice Písek, a.s.  
Karla Čapka 589 397 01 Písek

Vážená paní  
Mgr. Jana Somrová  
Hlavní sestra

Ve Vodňanech dne 22. listopadu 2016

Počet listů: 2  
Přílohy: 1

### Žádost studentky o výzkum k bakalářské práci v rámci praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení

Vážená paní magistro. Dovoluji si Vás oslovit se žádostí vztahující se k mému studiu.

V současné době jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia, studijního programu Porodní asistence v oboru Porodní asistentka. V rámci studia nyní zpracovávám bakalářskou práci na téma Využití kvantifikace ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení, při které mě vede paní Mgr. Alena Machová.

Prosím Vás o schválení mého výzkumu v termínech od 21.11. 2016 do 13.1. 2017, u zimního semestru a od 13.02. 2017 do 16.05.2017, u letního semestru. Navrhuji, že bych využila vždy mé praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení. Výzkum by vycházel z Metodiky kvantifikace oše. péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu od Pochylé a Pochylého, kterou Vám přikládám v příloze

Děkuji. S pozdravem

Nela Helešicová

23. 11. 2016

.....  
datum

NEMOCNICE PÍSEK, a.s.  
hlavní sestra  
Mgr. Jana Somrová

.....  
podpis hlavní sestry



## **Příloha 6 – Seznam tabulek a obrázků**

Tabulka 1 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Podávání léků“

Tabulka 2 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Sledování“

Tabulka 3 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“

Tabulka 4 Souhrnné vyhodnocení četnosti výkonů v kategorii „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“

Tabulka 5 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Podávání léků“

Tabulka 6 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Sledování“

Tabulka 7 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony“

Tabulka 8 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů „Jiné činnosti ke vztahu k pacientovi“

Tabulka 9 Časová náročnost u vybraných skupin pacientek

Tabulka 10 ANOVA – srovnání časové náročnosti sledovaných výkonů

Tabulka 11 ANOVA – srovnání celkové časové náročnosti ošetrovatelské péče u vybraných skupin pacientek

Tabulka 12 Časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů

Obrázek 1 Srovnání četností u jednotlivých speciálních ošetrovatelských výkonů

Obrázek 2 Průměrná časová náročnost speciálních ošetrovatelských výkonů

Obrázek 3 Celková časová náročnost u vybraných skupin pacientek za 24 hodin

Obrázek 4 Průměrná časová náročnost dvou nejkratších výkonů

## 10 SEZNAM ZKRATEK

ANOVA – analýza rozptylu

BM – biologický materiál

BP – bakalářská práce

DF – stupně volnosti

DK – dolní končetiny

F – F test

HA – alternativní hypotéza

HO – nulová hypotéza

hod – hodina

i.m. – intramuskulární

i.v. – intravenózní

ICM – International Confederation of Midwives, Mezinárodní konfederace porodních asistentek

max. – maximum

min – minuta

min. – minimum

MS – průměrný čtverec

N – četnost výkonů

PA – porodní asistentka

per os – ústy

PŽK – periferní žilní katétr

s – sekunda

s.c. – subkutánní

SD – směrodatná odchylka

SOP – speciální ošetrovatelská péče

SS – suma čtverců

T – celková ošetrovací doba

T<sub>A</sub> – základní ošetrovatelská péče

T<sub>B</sub> – speciální ošetrovatelská péče

T<sub>C</sub> – jednorázová denní hodnota

ZOP – základní ošetrovatelská péče